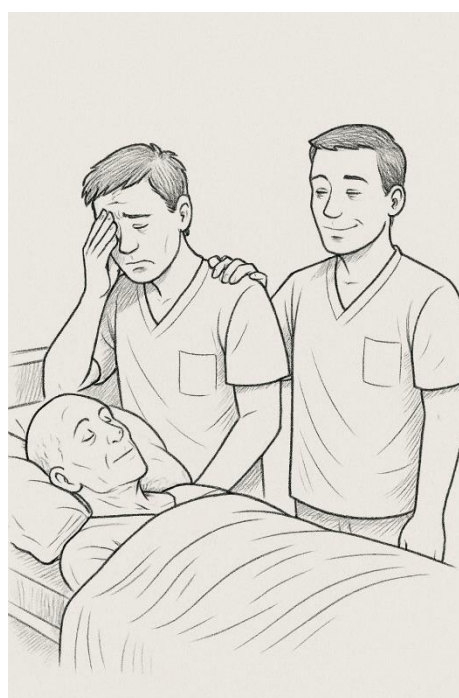




VEERAPEN Mathieu
Promotion 2022-2025

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

L'expérience des soignants : posture et ressenti face à la mort



Unité d'enseignement : 5.6 S6 - Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : le 19 mai 2025

Directeur de mémoire : SCHILTZ Sylvia

NOTE AUX LECTEURS :

“ Il s’agit d’un travail personnel et il ne peut faire l’objet d’une publication en tout ou partie sans l’accord de son auteur. ”

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Sylvia SCHILTZ, cadre formateur à l'IFSI d'Avignon et directrice de mon mémoire, qui a accepté de m'accompagner dans ce travail de fin d'études. Sa bienveillance, sa disponibilité, sa gentillesse et son écoute ont été d'une grande aide pour moi. Elle a su m'aider et m'a encouragé à continuer lorsque je rencontrais difficultés. C'est grâce à vous que j'ai réussi à réaliser ce mémoire qui me paraissait insurmontable, je vous remercie.

Je voudrais également remercier mes ami(e)s qui ont été d'un grand soutien moral lors de mes remises en question quant à ce projet, ils ont toujours su trouver les mots pour me rassurer et continuer à me pousser vers le haut.

Enfin, je voudrais remercier ma famille qui a toujours été là pour moi et qui m'a accompagné depuis le début de cette formation. Je n'oublierai jamais les sacrifices qui ont été fait pour que je puisse poursuivre cette formation, à la fois enrichissante et complexe. Je les remercie pour les valeurs qui m'ont transmises car elles contribuent à forger le futur soignant que je voudrais être. Merci maman, merci papa.

Table des matières

Introduction.....	1
1. Situation d'appel.....	2
2. Analyse et questionnements	4
3. Question de départ	6
4. Cadre de référence	7
4.1 La mort.....	7
4.1.1 La mort, définition et perception.....	7
4.1.2 La mort, un sujet tabou en Occident ?	8
4.1.3 La place de la mort chez les soignants	11
4.2 Les émotions	13
4.2.1 Etymologie et définition de l'émotion.....	13
4.2.2 Les émotions comme moteur d'adaptation	15
4.2.3 Le vécu émotionnel des soignants face à la mort	16
4.2.4 Le transfert et contre-transfert.....	17
4.3 La posture professionnelle.....	19
4.3.1 Définition de la posture professionnelle	19
4.3.2 Les mécanismes de défenses du soignant.....	20
4.3.3 Le deuil du soignant	23
5. L'enquête exploratoire	24
5.1 Méthodologie de l'enquêtes exploratoire	24
5.1.1. Méthode clinique.....	24
5.1.2 Population et lieux	25
5.1.3 L'outil d'enquête	25
5.2 Réalisation de l'enquête : déroulement et limites	26
5.3 Résultat de l'enquête : Présentation des personnes interviewées	26
5.4 Résultat de l'enquête : Analyse des données	27
5.4.1 La représentation de la mort chez les soignants.....	27
5.4.2 Le vécu de l'infirmière face à un patient décédée	28
5.4.3 L'influence des deuils ou des expériences antérieurs sur leur posture	31
5.4.4 La place des émotions des soignants face à un décès.....	33
5.4.5 L'influence des émotions dans la pratique	35
5.4.6 Les moyens mis en place pour conserver une posture professionnelle	36
6. La problématique de recherche	38
7. Conclusion	39

Bibliographie.....	41
Ouvrages	41
Articles et sitographies.....	41
Illustration.....	43
Annexes.....	I
Annexe 1 : Guide d'entretien	I
Annexe 2 : Demande d'autorisation d'entretien.....	II
Annexe 3 : Entretien n°1	III
Annexe 4 : Entretien n°2	XI
Annexe 5 : Entretien n°3	XIX
Annexe 6 : Grille d'analyse	XXVII
Annexe 7 : Réponse de la structure.....	XXXII
Annexe 8 : L'autorisation de diffusion du travail de fin d'études	XXXIII

Introduction

Au cours de ma formation en soins infirmiers, je réalise ce mémoire, qui est un travail de recherche de fin d'études. Ces trois années ont été enrichissantes pour moi, rythmées par un apprentissage théorique, un apprentissage pratique et des expériences de vie qui continueront de forger le soignant que je deviendrai.

Ce mémoire prend ses racines suite à une expérience vécue en stage où j'ai été confronté au décès d'un patient avec une étudiante, et les émotions issues de cette situation m'ont amené à écrire ce mémoire. Durant mon parcours professionnel en tant qu'étudiant en soins infirmiers, j'ai constaté que les étudiants en soins infirmiers et les infirmiers sont confrontés régulièrement à des décès. Cependant, au cours de nos premières années en institut de soins infirmiers, il est possible que nous ne soyons pas formés pour y faire face.

Chaque décès est vécu différemment et j'ai constaté que les soignants peuvent être plus ou moins affectés par la perte d'un patient, de par son histoire de vie, des liens qui se sont créés, ou bien alors de l'image que le patient nous renvoie. Cela m'a amené à des questionnements autour du comportement des soignants devant le décès de leur patient et de l'empreinte que cela peut leur laisser. C'est ainsi que j'ai décidé d'introduire une situation de décès qui m'est arrivée en unité de soins de longue durée (USLD).

Afin de réaliser ce travail de recherche, je vais vous présenter dans un premier temps cette situation d'appel que j'ai vécu en stage, puis de l'analyse et de mon questionnaire découlera ma question de départ.

Dans un deuxième temps, je vous présenterai mon cadre de référence dans lequel j'aborderai les thèmes suivants : la mort, les émotions et la posture professionnelle, en me référant à des auteurs.

Dans un troisième temps, je vous présenterai mon enquête exploratoire et les résultats recueillis auprès de trois infirmières diplômées d'états, à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif.

Enfin, je vous présenterai la question de recherche que j'ai élaborée suite à la mise en tension de mon enquête exploratoire et de mon cadre théorique, puis je conclurai mon travail.

1. Situation d'appel

Nous sommes le mercredi matin de ma dernière semaine stage. Ce jour-là, nous sommes deux étudiants de la même promotion et nous partageons chacun un secteur du service. Toutefois, ce matin est particulier car l'équipe n'est pas au complet, il manque une IDE du matin. Nous nous retrouvons donc deux étudiants sous la responsabilité d'une IDE que nous allons appeler Valérie.

Il est 7h30, l'étudiante et moi, travaillons en binôme pour le lever et l'installation des résidents. Nous progressons de la chambre 1 à 14, tandis deux AS débutent de la chambre 27 à 15. En parallèle, Valérie prépare les thérapeutiques pour ce matin.

C'est une journée comme une autre qui semble bien débuter. Mon binôme et moi arrivons à la chambre 14, où se trouve deux résidentes que nous nommerons Mme Anderson et Mme Bertrand. Elles partagent une chambre double séparée par un rideau pour leur intimité.

Mme Anderson est une résidente que je prends en soin, elle est âgée de 82 ans et bénéficie d'une aide totale dans les gestes de la vie quotidienne sauf pour s'alimenter.

Mme Bertrand est une résidente âgée de 79 ans atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé. Le contact est difficile, car ces derniers jours elle est asthénique, réagit peu aux stimulations extérieures et obtenir le consentement dans les soins est difficile. Ce matin, elle peine à ouvrir ses yeux lorsque nous lui parlons et répond par de légers hochements de têtes.

Avec mon binôme nous hésitons à la déranger au vu de son état clinique. Toutefois, l'équipe nous demande de la réinstaller puisqu'il faudra lui administrer ses traitements. A ce moment, je me sens un peu gêné de la réinstaller car le manque de communication ne nous permet pas d'avoir son consentement, de plus elle est très asthénique et affaiblie. Malgré ses troubles cognitifs, j'essaie de me mettre à la place de Madame Bertrand, en me demandant si je n'aurais pas souhaité que l'équipe me laisse me reposer tranquillement. Mais nous nous plions à la réponse de l'équipe et nous la réinstallons tout de même.

A 8h, nous sommes désormais sous la responsabilité de Valérie pour la distribution et l'administration des thérapeutiques. Nous nous retrouvons devant la chambre des deux résidentes

Je prépare les traitements de Mme Anderson et Valérie demande à mon binôme si elle souhaite réaliser l'injection d'anticoagulant de Mme Bertrand, soin qu'elle accepte. J'entre dans la chambre et je donne les médicaments à Mme Anderson, tout en restant à ses côtés afin de m'assurer qu'elle ait bien pris ses traitements. Puis Valérie et mon binôme entrent dans la chambre et informent Mme Bertrand des soins qu'elles vont réaliser : *“Bonjour Mme Bertrand, je viens vous changer votre poche et ma collègue qui est étudiante vient pour votre piqûre de Lovenox”*.

Une fois mes soins finis, je retourne vers le chariot infirmier, lorsque tout à coup je sens de l'inquiétude dans la voix de Valérie : *“Mme Bertrand ? Mme Bertrand est-ce que vous m'entendez ?... Mme Bertrand répondez ! ...”*. Puis elle s'adresse à mon binôme en lui demandant de prendre ses constantes. Valérie semble paniquée et sort précipitamment de la chambre en disant *“Je n'aime pas du tout ça, pourquoi ça m'arrive dès le matin...”* et part rapidement chercher un médecin et un ECG. Sa réaction ne me rassure pas car elle me transmet indirectement sa panique, et je pense déjà au pire pour Madame Bertrand.

Mon binôme revient avec un tensiomètre et alors qu'elle s'apprête à rentrer dans la chambre, elle fait deux trois pas puis s'arrête. Elle reste immobile pendant une dizaine de secondes avant de se retourner et de me dire d'une voix un peu tremblante : *“S'il te plaît, peux-tu prendre les constantes à ma place, je ne me sens pas du tout à l'aise, je t'expliquerais pourquoi plus tard...”*. A ce moment je suis dans l'incompréhension de sa réaction, toutefois je remarque que ses yeux deviennent brillants et une larme commence à s'écouler de son visage. Je ne connais pas sa proximité relationnelle avec Mme Bertrand, ni sa relation avec la mort. Je me dis tout d'abord que c'est peut-être son premier décès, puis je suppose la perte d'un proche.

J'accepte de prendre la relève et me dirige vers le lit de Mme Bertrand. Arrivé au pied de lit, je la vois les yeux ouverts et eupnéique. Valérie revient avec l'ECG et fait la même constatation. Nous sommes tous soulagés mais cette situation a suscité en nous une légère panique accompagnée d'angoisse et de stress.

Valérie s'approche au niveau de son visage et accompagné d'un geste affectueux elle lui caresse les cheveux, et lui dit *“Vous m'avez fait peur, vous ne me répondiez plus tout à l'heure...”*. Sans un mot, c'est avec un petit sourire que Mme Bertrand lui répond. Valérie discute avec elle et l'informe des soins qui vont être réalisés. Mon binôme ne se sentait plus à l'aise de faire l'injection d'anticoagulant et a décidé de me laisser la réaliser.

Plus tard dans la journée à la pause du petit déjeuner, par curiosité, je lui pose la question concernant la situation de ce matin et elle me confia qu'un membre de sa famille était décédé lorsqu'elle était plus jeune, et le fait d'être confronté au supposé décès de Mme Bertrand lui renvoyait l'image de cette personne. Je lui ai conseillé d'en parler avec l'équipe afin que cela ne perturbe pas la fin de son stage. Malheureusement quelques jours plus tard, Mme Bertrand nous quitte.

2. Analyse et questionnements

Cette situation que j'ai vécue en stage, a fait émerger en moi de nombreux questionnements. La première question qui m'a interpellé, traite de la communication entre les soignants et les personnes atteintes de démence. La situation clinique de Madame Bertrand ne me permettait pas d'établir un échange adéquat. Je me sentais en difficultés face à elle, car je ne pouvais pas obtenir une réponse concrète et je voulais avoir son consentement. Alors, comment rechercher le consentement chez une personne qui n'a pas la capacité de s'exprimer ? Je cherchais à identifier de ses besoins pour pouvoir agir au mieux pour sa santé. D'après les 14 besoins de Virginia Henderson, rechercher la communication dans les soins est un élément essentiel pour aider les patients à satisfaire leurs besoins de santé, je me suis alors reposé sur la communication non verbale de Madame Bertrand pour identifier ses besoins, mais cela me semblait insuffisant. Et c'est ainsi que je me suis demandé, comment les soignants parviennent-ils à créer et maintenir une relation de soins avec des patients atteints de démence, où la communication est l'une des principales difficultés rencontrées ? Dans cette situation elle ne peut pas donner son consentement, mais alors qui prend la décision en son nom ? La famille ? La personne confiance ? A-t-elle des directives anticipées ?

Comme tout étudiant qui cherche une réponse, je me suis alors tourné vers l'équipe soignante. Madame Bertrand devait prendre ses traitements, il était alors nécessaire de la réinstaller. A ce moment je ne comprenais pas le choix de l'équipe, car pour moi, Madame Bertrand renvoyait une image d'une personne qui ne souhaitais pas être dérangée. Peut-être que mon interprétation était fautive, mais lorsque je l'ai réinstallée j'avais la sensation qu'elle était devenue un objet de soin et que nous faisons abstraction de sa personne en raison de sa pathologie. Je me demande alors, si j'ai respecté sa dignité, ai-je agi en sa faveur ? Cela m'a

amené à revenir sur les concepts de la dignité, de la banalisation des soins et de l'obstination thérapeutique. En me demandant qu'est-ce que la dignité ? Suis-je dans une situation de banalisation des soins au point d'oublier la dignité de la personne démente ? Comment s'assurer que les soins prodigués à Madame Bertrand ne bascule pas vers une obstination thérapeutique compromettant sa dignité ?

Un peu plus tard dans la matinée, l'état de santé de Madame Bertrand ne s'est pas amélioré, pire, nous pensons qu'elle était décédée. A cet instant, j'ai observé 3 types de réactions :

- La première, celle de l'infirmière qui semble paniquée mais qui a su maîtriser ses émotions pour pouvoir agir rapidement.
- La deuxième, celle de mon binôme qui semble avoir été submergé par ses émotions, notamment par la peur et la tristesse, l'empêchant de pouvoir réaliser une action.
- La troisième, qui est la mienne, où j'étais confus et désorienté par la situation.

J'avais un sentiment de doute car Mme Bertrand était encore parmi nous il y a une heure, je n'imaginais pas qu'elle allait nous quitter ce matin. De plus avant d'accepter de prendre la relève de mon binôme, j'admets avoir eu un moment d'hésitation, je ne savais pas quelle décision prendre, ni comment me positionner. Pour moi il s'agit d'un événement soudain auquel je ne suis pas préparé, et c'est ainsi que je me questionne sur les concepts de la gestion des émotions et de la posture à adapter face à la fin de vie. Je me suis demandé comment les professionnels de santé sont-ils préparés émotionnellement à faire face à un décès inattendu ? Quelle est la posture à adopter pour un étudiant dans une situation de décès, particulièrement face à une réaction émotionnelle importante d'un membre de l'équipe ? Comment les équipes soignantes collaborent-elles pour maintenir une posture professionnelle, malgré des réactions émotionnelles différentes au sein du groupe ? Quelles sont les stratégies qui peuvent être mises en place pour assurer une meilleure gestion des émotions dans ces situations ?

Ainsi, j'arrive à mes derniers questionnements. La réaction de mon binôme m'a laissé dans une incompréhension. Je cherchais à comprendre pourquoi avait-elle agi ainsi, et pourquoi sa réaction était différente de la mienne ? L'échange que j'ai eu avec mon binôme ont suscité des questionnements autour du concept de transfert contre transfert. Mme Bertrand lui renvoyait l'image d'un proche décédé, ce qui l'a affectée lors de sa prise en soin. C'est alors que je me suis demandé, comment en tant que soignant, est-il possible d'assurer une gestion de ses émotions face à un patient en fin de vie, qui nous renvoie l'image d'un défunt qui nous est

familier ? Comment les soignants sont-ils formés sur la gestion du contre transfert dans les soins afin que cela n'impacte pas la prise en soin des patients ?

Pour ma part, Madame Bertrand ne me renvoyait pas cette image, au contraire, c'était une personne en fin de vie qui souhaitait seulement se reposer. Les soignants jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement de la fin de vie en assurant au maximum le confort et le respect de la dignité du patient. A son réveil, Valérie avait informé Madame Bertrand des soins qui vont lui être prodigué. A ce moment je n'avais pas l'apport théorique concernant les soins palliatifs, mais je me demandais si ces soins étaient nécessaire et si cela assurer vraiment son confort de vie ?

Lors du décès de Madame Bertrand je n'étais pas présent mais je me suis interrogé sur les soins prodigués après la mort. Comment s'organisent les soins d'un défunt ? Comportent-ils des différences avec des soins réalisés en fin de vie ? Ces soins préservent-ils la dignité du défunt ? Par ailleurs, l'accompagnement des familles soulève d'autres interrogations quant à notre posture : comment les soignants soutiennent-ils émotionnellement les familles tout en respectant une distance professionnelle ? Quelle place occupent les émotions des soignants dans cet accompagnement, et quelles ressources les soignants peuvent mobiliser pour accompagner les familles ?

3. Question de départ

De ce fait, à l'issue de cette analyse de situation, j'ai élaboré ma question de départ :
“ En quoi les émotions des soignants face à la mort impactent-elles la posture professionnelle ? ”

4. Cadre de référence

4.1 La mort

Tout d'abord qu'est-ce que la mort ? Pour l'élaboration du cadre de recherche, nous allons dans un premier temps définir cette notion et analyser les différentes perceptions, puis nous allons aborder l'évolution des attitudes devant la mort dans la société occidentale et enfin, nous verrons la place de la mort chez les soignants.

4.1.1 La mort, définition et perception

L'origine du mot mort provient du latin « mortem, mors, mortuus » qui signifie : mort, paralysé, qui a cessé d'être, d'après le dictionnaire de la langue française. Cette signification rejoint la définition que propose Le Larousse où elle définit la mort comme : « *L'arrêt de toutes les fonctions vitales, avec cessation définitive de toute activité cérébrale* ». C'est le décès de la personne, la fin de son histoire de vie.

La mort est phénomène universelle commun chez tous les individus mais dont la perception diffère selon les cultures, les origines, les religions et certaines disciplines tel que la biologie, la philosophie ou l'anthropologie. Il serait difficile de regrouper chaque façon de penser selon les cultures et les origines de chacun, toutefois il me semble intéressant d'ajouter une approche philosophique et historique car elles ont permis de façonner la conception de la mort dans nos sociétés occidentales, société dans laquelle les soignants font partie.

Penser à la mort peut nous inviter à réfléchir sur notre propre finitude. D'après Platon, l'âme et le corps seraient deux entités distinctes : « *On est mort quand le corps, séparé de l'âme, reste seul, à part, avec lui-même, et quand l'âme, séparée du corps, reste seule, à part, avec elle-même.* » (*Le Phédon*, n.d 68). Une fois mort l'âme pur partirait vers « *Ce qui est invisible, divin, immortel et sage [...] délivrée de l'erreur, de la folie, des craintes, des amours sauvages et de tous les autres maux de l'humanité.* ». L'âme souillée et impure quant à lui, serait tirée vers le monde visible. (*Le Phédon*, n.d, p.111 à 113).

Il est intéressant de noter que nous retrouvons des similitudes avec les croyances monothéistes. Dans le Christianisme et l'Islam, l'âme et le corps se sépare. Il y aurait une résurrection et les actes réalisés sur Terre exerceraient une influence sur l'entrée au Paradis ou en Enfer. Dans le Judaïsme, il y a de légère différence, il n'y a pas l'existence d'un Enfer mais on parle d'errance sur Terre. La mort est aussi décrite comme une séparation entre le corps et l'âme. La montée au Ciel serait définie par le poids de l'âme qui est mesurer par les bonnes et les mauvaises actions.

Vladimir Jankélévitch, philosophe du XXème siècle nous offre une autre perspective de la mort. Selon lui, la mort est « *irrévocable et irréversible, mais cet évènement scelle pour toujours l'existence de quelqu'un* » (*Penser la mort ?*, 1994, p.38 à 39). Il ne fait pas l'état des lieux d'un monde supérieur, pour lui, cette perception dépasse la réflexion humaine, elle est inexplicable et impensable. Par ailleurs, il dit : « *Où je suis, la mort n'est pas ; et quand la mort est là, c'est moi qui n'y suis plus. Tant que je suis, la mort est à venir ; et quand la mort advient, ici et maintenant, il n'y a plus personne.* » (*La mort*, 1977, p.39).

Nous observons ainsi, que selon les philosophies de vie et les croyances de chacun, la conception de la mort est différente. Elles permettent de combler et de faire face à cette inconnue.

4.1.2 La mort, un sujet tabou en Occident ?

Pour comprendre la place de la mort en Occident, il me semblait pertinent de citer Philippe Ariès et son livre « *Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen Âge, à nos jours* ». C'est un historien qui a étudié l'évolution des attitudes devant la mort dans nos sociétés occidentales.

- La mort apprivoisée (du Moyen Âge jusqu'au XVIIème siècle) :

L'auteur emploie le terme « apprivoisée » pour nous dire que durant ces époques, la mort était « *familière, proche et atténuée* » (*Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen Âge, à nos jours*, 1975, p.24). Les personnes en fin de vie étaient conscientes que leur mort approchait, et se préparaient à l'accepter, via des gestes rituels et des actes cérémoniales. Issus des anciennes coutumes, le mourant est couché sur le dos afin que le visage regarde le ciel, et

qu'ils puissent accomplir les derniers actes cérémoniales de la mort qui comprend le regret de la vie, le pardon et la prière.

C'était une cérémonie organisée par le mourant, où sa chambre devenait un lieu public, parents, enfants, amis et voisins étaient présents. Les prêtres, les médecins et les assistants étaient sollicités si le mourant avait oublié d'organiser cette cérémonie. La mort est acceptée « *sans caractère dramatique, sans mouvement d'émotion excessif.* » (*Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen Âge, à nos jours, 1975, p.24*) ; « *La familiarité avec la mort est une forme de l'acceptation de l'ordre de la nature, acceptation à la fois naïve dans la vie quotidienne et savante dans les spéculations astrologiques.* » (*Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen Âge, à nos jours, 1975, p.32*).

- La mort de soi (du XII^e au XV^e siècle) :

Bien que « la mort apprivoisée » soit une dimension prédominante durant le Moyen-Âge, il n'en est pas moins que les attitudes devant la mort connaissent une transformation. La familiarité entre l'homme et la mort devient plus personnelle. Il est introduit la représentation et le déplacement du jugement dernier à la fin de chaque vie. Influencé par un contexte religieux, l'idée est que le mourant prend conscience de ses actes durant sa vie, et qu'il se voit jugé en fonction des bonnes ou mauvaises actions. Cela renforçait alors l'implication du mourant dans les actes et rites cérémoniaux vu précédemment. Par la suite, à partir du XVIII^e siècle, il y a une individualisation des sépultures, les plaques tombales avec l'inscription des défunts sont de plus en plus nombreuses. Il y a une volonté par le défunt, de conserver son identité et de laisser un souvenir, une trace de son passage.

- La mort de toi (du XVIII^e au XIX^e siècle) :

Cette dimension marque une transition où la mort n'est plus vue comme un événement personnel mais comme une expérience centrée sur les émotions et le deuil des proches : « *l'homme des sociétés occidentales, tend à donner à la mort un sens nouveau. Il l'exalte, la dramatise [...] en même temps, il est déjà moins occupé de sa propre mort, et la mort romantique, rhétorique, est d'abord la mort de l'autre.* » (*Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen Âge, à nos jours, 1975, p.46*). Durant ces périodes, l'art et la littérature romantise la mort, ils la représentent comme noble et dramatique : « *Le mort ne sera pas*

désirable, comme dans les romans noirs, mais il sera admirable par sa beauté. » (*Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen Âge, à nos jours*, 1975, p.48). Arrivée au XIX^{ème} siècle, la perte d'un proche est caractérisé par un deuil excessif : « *une passion nouvelle s'est emparée des assistants. L'émotion les agite, ils pleurent, prient, gesticulent...* » (*Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen Âge, à nos jours*, 1975, p.48). Cela reflète une intolérance nouvelle à la séparation et à l'acceptation de la mort de l'autre.

- La mort interdite (A partir de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle) :

Progressivement, entre 1930 et 1950, la société occidentale tend à déplacer, à cacher et à rejeter la mort : « *La mort si présente autrefois, tant elle était familière, va s'effacer et disparaître. Elle devient honteuse et objet d'interdit* » (*Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen Âge, à nos jours*, 1975, p.61). Ce n'est plus un évènement social et public comme vu précédemment, c'est désormais un évènement privé et médicalisée où les mourants ne meurent plus chez eux, mais à l'hôpital. L'état de santé du mourant lui est dissimuler, afin d'épargner non plus au mourant, mais à la société et à son entourage, un trouble émotionnel intense et insoutenable, causée par l'agonie et la confrontation de la mort au sein d'un contexte de vie heureuse. Les rites et actes cérémoniales tendent peu à peu à s'effacer et à évoluer vers une médicalisation ou une technisation de la mort, où les équipes hospitalières se retrouvent seules face à cet évènement : « *la mort est un phénomène technique obtenu par l'arrêt des soins, c'est-à-dire, de manière plus ou moins avouée, par une décision du médecin et de l'équipe hospitalière.* » (*Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen Âge, à nos jours*, 1975, p.63).

De ce fait, les établissements de santé sont confrontés de manière directe à la mort. Les infirmiers et infirmières font partie des personnes qui côtoient la mort au quotidien et cela m'a invité à me questionner sur les conséquences de cette évolution chez les soignants. C'est dans ce contexte que je vais orienter ma recherche sur la place de la mort chez les soignants.

4.1.3 La place de la mort chez les soignants

Pour commencer, j'ai choisi d'introduire l'article, « *les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux* » écrit par Pauline Laporte, infirmière diplômée et titulaire d'un master en science infirmières, et Nicolas Vonarx, professeur à la faculté des sciences infirmières de l'Université Laval au Québec. Cet article traite des défis émotionnels et psychologiques auxquels les infirmiers sont confrontés face à cette « mort interdite ».

D'après les auteurs la « mort interdite » a trois conséquences majeures chez les individus :

- Une impasse : « *Elle pousserait l'être humain dans une impasse dans la mesure où la mort est énigmatique puisqu'aucun vivant n'en connaît les contours.* » (*Les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux* 2015, p.150). Cela signifie que la mort est un mystère auxquels personne ne peut résoudre, nous laissant face à une réalité qu'on ne peut pas concevoir.
- Un sentiment d'infinitude ou sentiment d'immortalité : « *Même si techniquement, chacun sait qu'il va mourir, au fond de nous, nous ne nous sentons pas mortels [...]* *Le sentiment ou l'impression d'invulnérabilité confère ainsi à la mort une tonalité absurde et scandaleuse lorsqu'elle se présente.* » (*Les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux* 2015, p.150)
- Un isolement intense : « *dans la mesure où la démission de notre société envers la gestion de la mort interdite précipiterait l'être humain dans une solitude absolue à cet endroit.* » (*les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux* 2015, p.150 à 151)

Cette conception moderne de la mort rend plus complexe l'accompagnement des patients en fin de vie, notamment des jeunes infirmiers et des étudiants : « *beaucoup d'infirmières se sentent immatures à l'idée d'accompagner la fin de vie [...]* *Les étudiants se postent bien sûr en première ligne et se perçoivent trop jeunes pour aborder la tragédie du mourir.* » (*Les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux* 2015, p.151). De plus, cela engendre une « douleur privée » où les soignants éprouve des émotions qu'il faut éviter dans la société et à l'hôpital : « *On n'a le droit de s'émouvoir qu'en cachette* » (*Les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux* 2015, p.152).

Face aux personnes décédées, les soignants et les étudiants doivent également gérer le rapport à leur propre finitude, ce qui crée un sentiment d'insécurité ou d'inconfort : « *Ils transfèrent alors sur le mourant la terreur de leur propre Fin qui souligne en creux l'inquiétude d'un futur impalpable.* » (Les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux 2015, p.152). Les soignants et les étudiants peuvent éprouver des sentiments d'impuissance, de détresse et une profonde tristesse, notamment face à l'inefficacité des traitements devant une maladie incurable ou à la proximité avec les patients. Cela peut intensifier la tristesse et s'installe alors un deuil chez le soignant : « *De cette proximité émergent des échanges et des confidences sur les inquiétudes ou les regrets. Et bien souvent, le lien avec le malade déborde d'intensité et est fatal à l'infirmière.* » (Les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux 2015, p.152). Ce lien intense peut fragiliser les soignants, qui, souvent, peinent à accepter la mort : « *Innombrables sont les soignants qui n'acceptent pas la mort des patients* » (Les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux 2015, p.152).

Pour compléter ma recherche, le livre *Face à la maladie grave, patients, familles, soignants* de Martine Ruszniewski, psychanalyste et psychologue clinicienne en unité de mobiles d'accompagnement et de soins palliatifs, comporte un chapitre concernant les soignants et la mort. L'auteure nous fait part que les soignants peuvent avoir deux attitudes face à la mort, la première est « dépasser-la-mort », c'est-à-dire que les soignants parviennent à dépasser cet événement par un « *travail de deuil* » tempéré par ce qui est restera pour eux une « mort à la troisième personne » (*Face à la maladie grave, patients, familles, soignants* 2014, p.154). La deuxième attitude sont les soignants qui « *abordent la mort de leur patient dans une approche si extrême que sa disparition les laisse particulièrement affectées et affligé, pertes qui vivent parfois dans un chagrin et accablement intenses* » (*Face à la maladie grave, patients, familles, soignants* 2014, p.154).

Ainsi, au travers de ces recherches nous avons observé que l'évolution des attitudes sociétales face à la mort, de sa familiarité à son interdiction, a modifié la manière dont elle est perçue et vécue dans les établissements de santé. En reléguant cet événement, les équipes soignantes se retrouvent en première ligne et font face à des défis émotionnels. C'est dans ce contexte que je vais aborder ma seconde partie sur les émotions des soignants face à la mort.

4.2 Les émotions

Qu'est-ce qu'une émotion ? Pour l'élaboration du cadre de recherche, je me suis penché sur l'étymologie et comparer différentes définitions de ce mot. Puis, j'ai choisi d'orienter ma recherche dans le champ de la psychologie afin comprendre l'impact de nos émotions sur notre comportement. Ensuite j'ai dirigé ma recherche sur le vécu émotionnels des soignants face à la mort, et j'ai clôturé par la notion de transfert et de contre-transfert.

4.2.1 Etymologie et définition de l'émotion

Le terme « émotion » prend ses racines de l'ancien français « *motion* » (*Dictionnaire de l'Académie Française, n.d*) qui signifie « *Action de mouvoir, de mettre en mouvement* » (*Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNRTL]n.d*). Sa signification prend un autre sens au XVème siècle, où il est utilisé au sens de « *trouble moral* » puis comme un dérivé du mot « *émouvoir* » au XVIème siècle (*Dictionnaire de l'Académie Française, n.d*).

Le Robert propose une définition plus axée sur la réaction de physiologique induit par les émotions, il est défini comme un « *Etat affectif intense, caractérisé par des troubles divers (pâleur, accélération du pouls...)* ». Par ailleurs, le dictionnaire de l'Académie Française propose une deuxième définition et définit l'émotion comme une « *Réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques.* ». Ces deux définitions se rapproche car nous retrouvons la notion d'intensité et d'état affectif. Cependant, le dictionnaire de l'Académie Française introduit la sensation de plaisir et de pénibilité.

Norbert Sillamy, psychologue et psychanalyste, propose la définition suivante : « *L'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable* » (Cité par L.Fernandez, M.Formarier et L.Jovic dans *Les Concepts en Sciences Infirmières, 2012, p.165*). Cette met avant l'apparition d'un évènement inattendue auxquels l'individu fait face.

Définir l'émotion semble complexe car elle est au croisement de plusieurs concepts voisins tels que les états affectifs, les affects, l'humeur et les sentiments. (*Les Concepts en Sciences Infirmières*, 2012, p.166 à 167) :

- Les états affectifs représentent les plaisirs, les douleurs, les sentiments, les passions... qui sont éprouvés de manière subjective et qui conditionnent l'humeur de manière durables.
- Les affects représentent « *la tonalité du sentiment agréable ou désagréable, qui accompagne une idée ou une représentation* » (*Les Concepts en Sciences Infirmières*, 2012, p.166)
- L'humeur représente la « *disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur* ». (*Les Concepts en Sciences Infirmières*, 2012, p.166). Elle s'installe progressivement contrairement à l'émotion.
- Les sentiments qui représentent un « *état affectif complexe, assez stable et durable, composé d'éléments intellectuels, émotifs, imaginatifs ou moraux [...] qui persiste en l'absence de tout stimulus et qui concerne soit le « moi » (orgueil, jalousie...) soit autrui (amour, envie, haine...)* ». (*Les Concepts en Sciences Infirmières*, 2012, p.167)

En ce qui concerne la classification des émotions, elles seraient divisées en deux catégories. La première catégorie représente les émotions dites “ *basales [...] telles que la joie, la tristesse, la colère, le dégoût, la surprise et la peur.* ” Ce sont les émotions “ *universelles* ” où “ *chaque homme quels que soient sa culture et son environnement, viendrait à ressentir, à exprimer et à reconnaître chez les autres hommes.* ”. La seconde catégorie représente les émotions “ *mixtes* ” telles que “ *la honte, la culpabilité, la jalousie, le mépris, la pitié, la tendresse...* ” Ce sont les émotions qui nécessitent élaboration cognitive. (*Les Concepts en Sciences Infirmières*, 2012, p.16).

Après avoir exploré l'étymologie et les définitions de l'émotion, ainsi que les concepts voisins qui la caractérisent, il est essentiel d'analyser comment les émotions peuvent influencer notre comportement.

4.2.2 Les émotions comme moteur d'adaptation

Afin de comprendre le rôle des émotions sur notre comportement, il me semblait pertinent de citer Olivier Luminet, docteur en psychologie, et son livre « *Psychologie des émotions, confrontation et évitement* ». Il explique que les émotions induisent un système de réponse chez les individus et se caractérise par trois composantes (*Psychologie des émotions, confrontation et évitement, 2008, p.27*) :

- Une composante physiologique qui correspond à l'activité de l'organisme tel que les « *sueurs, palpitations, oppression respiratoire...* »
- Une composante comportementale ou expressif : qui correspond aux expressions du visages et le changement de la posture comme « *le visage se crispe, les mains qui s'agitent...* »
- Une composante cognitive et expérientielle qui correspond à « *l'ensemble des processus mentaux qui se développent suite à une émotion et qui interviennent dans la perception d'une situation, dans son maintien et sa transformation en mémoire* ».

Pour lui, ces trois composantes seraient un moyen d'adaptation face à une situation imprévu, impliquant notre corps, notre esprit et notre comportement. Par ailleurs, en citant la définition du psychologue Nico Henri Fridja, il dit “ *Un épisode émotionnel crée un état de préparation à l'action chez l'individu. Les actions en cours sont interrompues et l'individu concentre toute son attention sur des moyens d'urgence pour répondre à la situation.* ” (*Psychologie des émotions, confrontation et évitement 2008, p.26*).

Par ailleurs, l'auteur évoque la perception de Charles Darwin et de Descartes. En premier lieu, Charles Darwin et Nico Henri Frijda partageaient la même pensée où les émotions représenteraient un moyen d'adaptation et de survie pour une espèce. (*Psychologie des émotions, confrontation et évitement, 2008, p. 22*).

Quant à Descartes, lui souligne que les émotions peuvent guider les individus dans leur choix, il illustre par l'exemple de la peur qui incite à fuir ou celui de la colère qui incite à frapper. Ainsi, les émotions ne doivent pas être perçues comme un frein, mais comme un outil permettant de s'adapter aux situations inattendues qui nous mettraient en difficultés. (*Psychologie des émotions, confrontation et évitement, 2008, p. 19*).

Après avoir exploré comment les émotions influencent nos prises de décision et nos capacités d'adaptation, dans le prolongement de ma recherche et en cohérence avec ma question de départ, je vais m'intéresser aux émotions des soignants lors de leur confrontation à la mort.

4.2.3 Le vécu émotionnel des soignants face à la mort

Pour cette partie, je vais une nouvelle fois traiter l'article de Pauline Laporte et Nicolas Vonarx « *les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux* » vu précédemment dans la partie traitant de la place de la mort chez les soignants. Et je vais introduire le livre de Catherine Mercadier « *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* ».

Catherine Mercadier nous dit « *l'interaction qui met face à face le soignant avec le corps mourant est difficile et soulève une émotion complexe où peur, tristesse, colère et parfois dégoût peuvent se trouver mêlés.* » (*Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 2020, p. 116).

Concernant la peur, nous avons vu précédemment que les mystères entourant la mort génèrent des angoisses profondes chez les soignants : « *L'énigme de la finitude et la perte de repères qui l'accompagne, engendrent la peur de la mort chez les infirmières* » (*les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux* 2015, p.152). Catherine Mercadier ajoute : « *La mort affecte par elle-même, parce qu'elle est l'anéantissement de l'homme : la mort de l'autre renvoie à notre futur plus ou moins proche mais inéluctable* ». (*Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 2020, p. 117).

Par la suite, concernant la tristesse, dans l'article « *les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux* » nous avons vu que les liens affectifs qui se crée entre le soignant et la personne décédé pouvait déborder d'intensité et être fatal pour l'infirmière. En complément, Catherine Mercadier nous indique que le temps de séjour des patients, l'âge des patients et le partage identitaire qu'ont les soignants avec ces derniers peuvent influencer la tonalité de cette tristesse : « *La tristesse à l'hôpital est liée à la mort, et ce d'autant plus que la personne est jeune ou partage une certaine identité avec le soignant* ». (*Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 2020, p. 63).

A propos de la colère, Catherine Mercadier nous dit : « *la colère peut être provoquée par un sentiment d'indignation pour autrui [...] La colère est plus souvent tournée vers les autres*

acteurs de l'hôpital (collègues, médecins, administration, etc.) pour défendre la dignité des patients. » (*Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 2020, p.57). Au travers des différentes infirmières et infirmiers qu'elle interroge, la colère est souvent associée à un sentiment de révolte ou d'injustice, notamment lorsque la mort touche des personnes jeunes.

Quant au dégoût, Catherine Mercadier souligne que les perceptions sensorielles peuvent susciter chez les soignants du dégoût : « Odeur, vue et toucher se conjuguent, potentialisent leurs effets pour provoquer la sensation de dégoût. » (*Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 2020, p.46). Cette émotion n'est pas directement liée à la mort, il est souvent lié à la confrontation des sécrétions et des excréments qui provoquent le dégoût. D'autres éléments peuvent évoquer le dégoût comme le rapport au corps en décomposition (liée aux escarres, une défiguration, une nécrose...) : « A ces descriptions du corps décomposé, les infirmières associent toujours l'expression du dégoût que sa vision et, surtout, son odeur provoquent en elles jusqu'à l'effroi qui les saisit souvent. » (*Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 2020, p.108).

Ainsi, pour clôturer cette partie, ces émotions reflètent l'impact émotionnel que suscite la prise en charge des patients décédés ou en fin de vie. Comme l'ont mis en lumière ces trois auteurs, la confrontation au mystère de la mort et les liens affectifs que les soignants développent avec leurs patients influencent l'intensité des émotions des soignants. Toutefois, un élément qui me semble important de développer, concernant le partage identitaire, est la notion de transfert et contre-transfert, qui a une place importante sur le vécu émotionnel des soignants.

4.2.4 Le transfert et contre-transfert

Pour commencer le transfert se définit comme « Un processus par lequel les sentiments formés par le sujet dans le passé à l'égard de ses parents ou de personnalités marquantes de son expérience enfantine, sympathiques ou hostiles, se déplacent sur une autre personne de son environnement actuel ; ex. de l'élève sur le maître. » Morfaux, cité par M. Formarier et D. Friard (*Les Concepts en Sciences Infirmières*, 2012, p.322).

Paul Fustier, psychologue français qui intervenait dans les structures coordonnées par des éducateurs, soutenait l'idée que l'institution de soin offre un accueil total, impliquant des

« dons manifesté par le nourrissage, le soin, la protection, activités qui renvoient toutes aux relations d'objet par étayage » (*Les Concepts en Sciences Infirmières*, 2012, p.323) où le peut être le réceptacle des projections affectives, tant en amour qu'en haine.

Freud distingue le transfert positif, constitué de sentiments amicaux et tendres, souvent avec une dimension érotique inconsciente, et le transfert négatif, caractérisé par l'agressivité et la méfiance. Dans la pratique professionnelle ce transfert est omniprésent dans toutes les relations humaines : « *L'infirmière qui effectue les soins revêt pour le patient tous les caractères d'une mère suffisamment bonne ou non. Les réactions du patient aux soins sont marquées du sceau du transfert, de la résistance au soin et à la répétition.* » (*Les Concepts en Sciences Infirmières*, 2012, p.324). En milieu hospitalier, l'infirmière exerce au sein d'une équipe, permettant de prendre le recul nécessaire et de réguler ces phénomènes grâce à des réunions de supervision ou de régulation. Ces dispositifs sont indispensables pour gérer le transfert et préserver la qualité des soins.

Le contre-transfert quant à lui peut être défini par deux approches. La première approche est dite « classique » et est défini comme « *la réaction inconsciente de l'analyste au transfert du patient.* » (*Les Concepts en Sciences Infirmières*, 2012, p.326). La seconde approche est dite « totalisante », et est défini comme « *la réaction affective globale de l'analyste face à un patient au cours du traitement.* » (*Les Concepts en Sciences Infirmières*, 2012, p.326).

Dans sa définition restreinte, « *le contre-transfert se manifeste par la réapparition chez l'analyste d'anciennes structures névrotiques abandonnées mais réactivées au contact d'un patient particulier.* » (*Les Concepts en Sciences Infirmières*, 2012, p.326). Cela peut mener à un détachement émotionnel, où l'empathie est absente, ou à une implication excessive, où le soignant peut se convaincre qu'il est le seul à pouvoir aider ce patient. Dans la pratique professionnelle, l'infirmière qui accompagne un mourant ou des patients vulnérables (toxicomanes, victimes de violences...) voit ses affectent se mobiliser. Si elles ne sont pas comprises et régulées, elles peuvent mener au burnout, aux dynamiques de pouvoirs pervers comme le syndrome « sauveteur-victime », voire même, dans des cas extrêmes, à des comportements maltraitants. Il est donc nécessaire que les infirmières identifient et travaillent sur leurs propres réactions inconscientes, en utilisant des outils tels que l'analyse des pratiques, la régulation et la supervision, afin de préserver la qualité des soins.

Le transfert et le contre-transfert sont des processus inévitables dans le soin, mobilisant nos affects, de manière conscientes ou inconscientes. C'est dans ce contexte que je me suis questionner si les émotions pouvaient avoir une influence sur la posture professionnelle particulièrement lors d'évènement qui sollicitent intensément leurs émotions. C'est pourquoi j'aborde ainsi, ma troisième et dernière partie qui porte sur la posture professionnelle.

4.3 La posture professionnelle

Tout d'abord qu'est-ce que la posture professionnelle ? Pour l'élaboration du cadre de recherche, nous allons dans un premier temps définir la posture professionnelle, puis nous allons traiter les mécanismes de défenses des soignants et nous verrons en dernier, le deuil des soignants.

4.3.1 Définition de la posture professionnelle

Tout d'abord, d'après Michel Vial, professeur à l'université de Provence, Aix-Marseille I, spécialiste de l'évaluation des relations humaines dans la relation éducative et de l'évaluation des pratiques. Il définit la posture comme une façon d'être et d'agir située dans le temps et la durée, qui nécessite un effort, un travail, et une capacité d'adaptation constante face à une situation. (*L'accompagnement professionnel ? 2007, p.91*).

Concernant la notion de « professionnel » le Larousse nous définit cela comme : « *Qui appartient à une profession, qui est relatif à l'exercice d'un métier, d'une profession* ».

Ainsi, nous comprenons que la posture professionnelle n'est pas une notion statique car elle dépend du contexte professionnel dans lequel l'individu se trouve, et les situations auxquels il est confronté, qui est spécifique à chaque métier.

Le dictionnaire des concepts en soins infirmiers définit la posture professionnelle soignante comme « *un ensemble de connaissances mise en actions (savoir-être et savoir-faire) pour assurer son désir d'efficacité mais aussi pour favoriser un soin basé sur la relation professionnelle avec les individus* ». (*Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, 2016, p.*

414). D'après cette définition, la posture professionnelle des soignants se caractérise alors par un savoir théorique qu'ils acquièrent durant leur formation en soins infirmiers, et un savoir-être, qui correspond à l'ensemble des comportements et des qualités humaines.

Thierry Mulin, docteur en sciences de l'éducation et de la formation, désigne que la posture professionnelle correspond à la fois à des attitudes adoptées par un professionnel et la manière dont il agit dans son métier. Selon lui, c'est le produit d'un processus d'intégration au sein d'un groupe professionnel qui partagent des normes communes. (*Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, 2022, p.312). En parallèle avec la profession infirmière, la posture professionnelle désignerait l'ensemble des attitudes et actions d'un infirmier, modelées par des normes communes au sein de son groupe, ce qui permet la construction de son identité professionnelle.

Ainsi, de par les définitions que nous avons traitées, les soignants adaptent constamment leur posture professionnelle aux situations rencontrées, pour garantir des soins efficaces aux patients. Toutefois, il est important de noter qu'ils ne perdent pas leur identité personnelle. En effet, comme nous l'avons vu dans les parties précédentes, les situations fortes en émotion, comme la fin de vie ou la mort, peuvent avoir une influence sur cette posture. C'est dans cette continuité, que dans ma recherche je me suis questionner sur la manière dont les soignants tentent de préserver cette posture lorsqu'elle est menacée. Nous arrivons ainsi, à notre deuxième sous partie qui traite des mécanismes de défenses du soignant.

4.3.2 Les mécanismes de défenses du soignant

Pour cette partie, je vais m'appuyer sur le livre de Martine Ruzniewski « *Face à la maladie grave, patients, familles, soignants* ». L'auteure nous indique que « *lors de situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise ou d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui, engendre en chacun de nous des mécanismes psychique* » (*Face à la maladie grave, patients, familles, soignants*, 2014, p.15). Ces mécanismes psychiques appelées mécanismes de défenses s'effectuent de manière automatique et inconsciente, et ont pour but de « *réduire les tensions et l'angoisse, et s'exacerbent dans des situations de crise et d'appréhension extrêmes.* » (*Face à la maladie grave, patients, familles, soignants*, 2014, p.15). Ainsi, nous comprenons que lors de situation éprouvante et forte en émotion, les soignants

peuvent développer leur propre mécanisme de défense pour se prémunir de la souffrance de l'autre, et se protéger contre leur propre angoisse, notamment lors de situations comme la mort ou la fin de vie. D'après l'auteure, il existe neuf types de mécanisme de défense :

- Le mensonge : « *il consiste à travestir purement et simplement la vérité, en donnant sciemment de fausses informations sur la nature ou la gravité de la maladie* » (*Face à la maladie grave, patients, familles, soignants, 2014, p.16*). Par ce mécanisme, les soignants se protègent de devoir annoncer la vérité aux patients. Cela peut entrer en contradiction avec la posture professionnelle, car le soignant perd alors de son authenticité dans sa relation de soin avec le patient : « *Par le mensonge, le soignant entretient paradoxalement la confiance que le patient a placée en lui et qu'il continue de nourrir à son égard* » (*Face à la maladie grave, patients, familles, soignants, 2014, p.17*),
- La banalisation : « *ceci revient à traiter la maladie avant de traiter le malade* » (*Face à la maladie grave, patients, familles, soignants, 2014, p.18*). Ce mécanisme enferme le soignant dans des soins axés sur le traitement de la maladie et des besoins vitaux, sans prendre en compte la souffrance psychologique du patient. Ici la posture est orientée sur le savoir-faire, ignorant le savoir être, allant à l'encontre d'une posture fondée sur l'humanisme, l'écoute et le respect du patient.
- L'esquive : Consiste que les soignants détournent le sujet principal de conversation concernant l'état de santé du patient, afin de ne pas affronter une situation qui pourrait les faire se sentir démunis ou impuissant face à la maladie et à la souffrance psychique du malade. Comme le mécanisme de la banalisation, le savoir-être est compromis car le soignant émet une distance émotionnelle afin de ne pas répondre pleinement aux besoins psychologiques du patient.
- La fausse réassurance : Consiste à minimiser ou nier la gravité de la situation pour apaiser temporairement le patient. Comme le mensonge, la posture professionnelle est compromise par le manque d'authenticité dans la relation de soin, et peut compromettre la confiance du patient.

- La rationalisation : « *C'est le fait d'établir un dialogue sans dialogue* » c'est-à-dire que le professionnel de santé va dire la vérité aux patients, mais en utilisant des termes médicaux qui n'est pas compréhensible pour ce dernier. (*Face à la maladie grave, patients, familles, soignants, 2014, p.23*). Ce mécanisme altère également le savoir-être car le professionnel de santé maintient une distance émotionnelle et n'établit pas un temps d'échange pour lui expliquer le processus de sa maladie.
- L'évitement : Consiste pour le soignant à « fuir » ou « contourner » une situation qui peut être éprouvante émotionnellement, comme le fait de discuter d'un diagnostic qui engage le pronostic vital, en ignorant la présence du patient et en le considérant comme un objet de soins. (*Face à la maladie grave, patients, familles, soignants, 2014, p.25*).
- La dérision : Consiste à minimiser une situation émotionnellement intense pour le patient, en utilisant un humour déplacé, qui désoriente le patient et qui peut le réduire au silence. Ce type d'humour est nuisible pour la relation entre le soignant et le soigné qui va à l'encontre du savoir-être, le respect et l'empathie sont bafoués.
- La fuite en avant : Correspond au fait que les soignants vont révéler d'un coup, les informations concernant l'état de santé du patient, sans tenir compte de la dimension psychique du patient, pour se libérer d'une vérité qu'ils peinent à contenir. Par ce mécanisme, la charge émotionnelle est « déversée » au patient, le laissant seul à assumer le poids de sa souffrance.
- L'identification projective : C'est un mécanisme où le soignant attribue certains aspects de soi pour faire face à ses propres sentiments et réactions, ses propres pensées et émotions. Par exemple, un soignant qui face à un patient en souffrance peut attribuer ses propres peurs (peur de tomber malade, d'être atteint de sa pathologie...) ou ses tristesses au patient ou à ses proches. Il peut devenir distant, trop protecteur ou mal interpréter les besoins du patient.

Les mécanismes de défense permettent aux soignants de se protéger des situations inconfortables, toutefois ce n'est pas sans conséquence car la posture professionnelle ne répond plus aux principes qui la définissent comme le « savoir-être ». Ces mécanismes se déclenchent

majoritairement lorsque le pronostic vital du patient peut être engagée, mais alors quand est-il du patient décédé ? Pour recontextualiser notre recherche, nous avons compris que la mort est une expérience personnelle pour les soignants, qui génère des émotions d'intensité variées, et qui retentis sur la posture professionnelle. Alors, le dernier élément qui me semblait important de traiter, est la place du deuil des soignants. C'est pourquoi, ma dernière va traiter de ce sujet.

4.3.3 Le deuil du soignant

Pour cette partie, je vais m'appuyer sur l'article de Paul Jenny « *La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs* ». L'auteur a mené une étude sur l'influence des antécédents de deuil des soignantes sur leur gestion de la mort dans leur travail.

Il nous dit que la mort génère des angoisses et des mécanismes qui peuvent entraver l'équilibre personnel du spécialiste de soins. Il cite la psychanalyste Mélanie Klein, qui nous informe que l'expérience du deuil peut être un moment où se réactualisent certaines angoisses, liées aux premiers stades du développement de l'individu ou aux pertes endurées tout au long de la vie. Il est alors important de tenir compte ces éléments pour pouvoir appréhender la gestion du deuil des soignants.

Dans son analyse, l'auteur nous fait part que les deuils privée et antérieurs des soignants, influencent la manière dont ils vivent et gèrent les pertes professionnelles. Certains soignant peuvent rencontrer des difficultés à se détacher de leurs proches disparus, tandis que d'autres réussissent à intégrer la mort d'une manière plus apaisée grâce à leurs expériences de deuil. Pour Paul Jenny, « *la gestion du deuil au quotidien supposent pour les soignantes une rupture des liens avec le passé, dans leurs vies privées et professionnelles, afin d'éviter de rattraper dans le présent une situation d'un temps révolu.* » (*La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs*, p.11). Dans ce processus de rupture des liens avec le passé, la mort serait alors plus accessible et plus supportable pour les soignants lorsqu'ils sont confrontés à la mort.

De plus l'auteur nous dit que les soignants trouvent un enrichissement dans leur profession à travers les enseignements issus de la confrontation avec les patients et leurs familles. Ces

interactions permettent un échange de sagesse sur la vie et la mort, où le patient partage son vécu et reçoit également des enseignements de l'équipe : « *Par la rencontre des soignantes avec le malade et avec sa famille s'échange un ensemble de savoir-vivre, une sagesse sur la vie qui se co-construit, s'élabore suivant les interactions, au fil des décès.* » (La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs, p.10). Toutefois ces échanges suscitent des questionnements chez les soignantes, parfois déstabilisant leurs convictions personnelles. Ainsi pour maintenir leur équilibre, elles s'appuient sur des croyances personnelles ou spirituelles, qui les aident à donner du sens à leur travail et à faire face aux situations difficiles.

Le soutien de l'équipe de soins joue également un rôle crucial, permettant aux soignantes de se relayer et d'exprimer leurs difficultés émotionnelles. Cela les aide à prévenir l'identification projetée avec les patients et assure un soutien mutuel dans les moments émotionnellement intenses. L'étude met en évidence que la gestion de la mort en soins palliatifs est facilitée par une bonne dynamique d'équipe et une bonne cohésion des soignantes. L'auteur cite Phillippe Ariès et dit « *la mort n'est pas individuelle, elle concerne toute la lignée, toute la communauté, et elle implique la solidarité des individus.* » (La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs, p.11).

5. L'enquête exploratoire

5.1 Méthodologie de l'enquêtes exploratoire

5.1.1. Méthode clinique

Ma recherche se porte sur la compréhension de l'impact des émotions face au décès sur la posture professionnelle. Pour cela, il était nécessaire de recueillir le vécu des soignants face à la mort, au travers de leur ressenti, de leur expérience personnelle ou professionnelle, et également de questionner leurs perceptions. La méthode clinique est donc l'outil le plus adapté, car elle vient comprendre le vécu personnel des soignants. Elle met « *en évidence le fonctionnement de l'être humain dans un processus de santé. Cette méthode cherche à rendre compte de la vérité du sujet et non une vérité en soi. Elle participe à la compréhension de*

certaines phénomènes de soin et/ou de santé liés à la singularité de l'Humain. » (Eymard, 2003, p58).

5.1.2 Population et lieux

La population choisie pour mes entretiens sont des infirmiers, novices ou experts, diplômés depuis quelques mois ou de plusieurs années. Cela pouvait m'amener à savoir si l'âge et l'expérience ont une influence sur la posture des soignants lors des décès, et de comprendre par quels mécanismes arrivaient-ils à gérer leurs émotions, selon leur expérience professionnelle.

Concernant les lieux choisis pour cette étude, j'ai choisi d'interroger des infirmiers qui sont confrontés aux décès. Pour cela, j'ai opté pour deux services où la mort est souvent présente, et la diversité se fait en fonction du temps de séjour. Dans un premier temps, j'ai choisi deux services de longue durée, les soins de suite et de réadaptation et l'unité de soins de longue durée. Ces services permettent d'observer les dynamiques de la relation soignant-soigné qui évolue dans le temps, par un accompagnement prolongé et une proximité accrue. Cela me permet de rechercher si la temporalité avait un impact sur les émotions des soignants face à la mort, et si cela affectait leur posture professionnelle. Par la suite, à l'inverse, j'ai choisi un service de courte durée, le service d'oncologie, où la prise en charge est orientée vers des objectifs curatifs, et dont le séjour d'hospitalisation des patients peut être court.

5.1.3 L'outil d'enquête

Concernant les outils d'enquête, les données que j'ai recueillies sont issues d'un guide d'entretien semi-directif. La raison de ce choix s'explique par le fait que ma recherche repose principalement sur l'expérience émotionnelle et le ressenti des soignants face à la mort. Chaque soignant ne vit pas les décès de la même façon, ni gèrent ses émotions de la même manière. Également, afin d'aborder les thèmes que je souhaitais, l'élaboration d'un guide d'entretien semi-directif était un choix adapté, et les questions ouvertes proposées ont permis aux interviewés de pouvoir s'exprimer librement tout en respectant les thèmes recherchés.

5.2 Réalisation de l'enquête : déroulement et limites

Dans un premier temps, lors de la finalisation de mon guide d'entretien, j'ai réalisé un mail où je demande une autorisation d'entretien destinée à l'établissement concerné. Dans ce mail, il était inscrit les services que je souhaitais interroger. Par la suite, 10 jours plus tard, j'ai reçu une réponse par courrier, avec un avis favorable. Dans ce courrier, il était écrit les coordonnées des services que je souhaitais. J'ai donc pris contact avec ces structures et la prise de rendez-vous a été plutôt rapide, j'ai pu obtenir les entretiens dans une même semaine. J'ai eu l'occasion d'interroger deux jeunes infirmières et une infirmière avec de l'expérience, qui est devenue infirmière coordinatrice.

Durant mes entretiens, nous étions installées dans des salles pauses, et ça ne nous a pas épargné des interruptions comme des entrées et sorties des autres membres de l'équipe, ou bien alors des sonnettes et du téléphone du service qui sonne. Les infirmières ont accepté que j'enregistre l'entretien, en garantissant l'anonymat, donc je n'ai pas pris de notes particulièrement. Les entretiens durent en moyenne entre 20 et 25 minutes, car les échanges ont été enrichissants.

Concernant les limites et les difficultés rencontrées, certains passages de l'enregistrement ont été coupés, car nous étions interrompus par des allers et venues d'autres soignants et des sonneries du téléphone du service auxquelles elle devait répondre.

5.3 Résultat de l'enquête : Présentation des personnes interviewées

Entretien N°1 avec Célia, infirmière coordinatrice en SSR

Célia est infirmière depuis 4 ans en service de soins de suite et de réadaptation (SSR). Elle ne m'a pas divulgué son âge. Avant de devenir infirmière, elle a travaillé pendant 6 ans comme aide-soignante, dont 3 ans en médecine et 3 ans de nuit en réanimation. Actuellement, Célia occupe le poste d'infirmière coordinatrice au sein du service de soins de suite et de réadaptation. Notre entretien a débuté à 14 heures et a duré environ 23 minutes.

Entretien N°2 avec Constance, infirmière en USLD

Constance est une jeune infirmière de 26 ans, diplômée depuis juillet 2021. Après avoir effectué sa formation dans une ville voisine, elle a commencé sa carrière à l'hôpital local. Elle a travaillé pendant environ trois mois en service de soins de suite et de réadaptation (SSR), avant de rejoindre l'unité de soins de longue durée (USLD), où elle exerce actuellement. Notre entretien a débuté à 14 heures 30 et a duré environ 26 minutes.

Entretien N°3 avec Anastasia, infirmière en oncologie

Anastasia est infirmière depuis juillet dernier. Elle ne m'a pas divulgué son âge. Elle a commencé sa carrière en soins palliatifs, puis a poursuivi avec une expérience en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Depuis environ un mois et demi, Anastasia a rejoint le service d'oncologie. Lorsque je suis arrivé à 14 heures pour cet entretien, j'ai patienté environ 1 heure car l'équipe devait être en réunion. Une fois reçu, notre entretien a duré 20 minutes, dans la salle de pause.

5.4 Résultat de l'enquête : Analyse des données

Tout d'abord, concernant cette partie, j'ai choisi de l'aborder thématique par thématique. Ces thématiques ont été définies en fonction des mots clés issus de ma question de départ, de mon cadre de référence, de mon guide d'entretiens, et des données issues de mes interviews.

Les données sont traitées tout d'abord par infirmière, puis à la fin de chaque thématique, je les ai croisés.

5.4.1 La représentation de la mort chez les soignants

Pour explorer cette thématique, j'ai interrogé les soignantes sur ce qu'était la mort selon elles, selon leur perception, leur croyance, leur spiritualité ou leur religion. Célia répond à cette question en disant que « *c'est le cycle de la vie, on naît, on vit et on meurt* » (Annexe 3, L.11-12). Elle n'a « *pas de religion* » ou de « *spécificité par rapport à la mort* » (Annexe 3, L.13-14).

Pour Constance, « *c'est quand la vie s'achève* » (Annexe 4, L.19), comme Célia, elle ne possède pas de religion ou de pensée spécifique autour de la mort. (Annexe 4, L.19-21).

Quant à Anastasia, elle décrit la mort en tant qu'IDE comme « *l'arrêt des fonctions vitales* » (Annexe 5, L.8). Toutefois, elle reconnaît avoir ses convictions personnelles, lorsqu'elle n'est pas en service : « *de manière personnelle, oui, forcément. Mais ici [...] je m'en tiens à la clinique* » (Annexe 5, L.19). Lorsque Anastasia est en service, elle se réfère à une approche clinique et rejoint la définition scientifique exposée dans le Larousse « *L'arrêt de toutes les fonctions vitales, avec cessation définitive de toute activité cérébrale* ».

Même si Célia et Constance n'utilisent pas de termes médicaux comme Anastasia dans leur pratique, les trois infirmières s'accordent implicitement sur une pensée biologique en reconnaissant la mort comme un phénomène universel et naturel.

On pourrait mettre en corrélation les réponses des infirmières avec la pensée philosophique de Vladimir Jankélévitch, vue précédemment dans le cadre de référence. Pour lui, comme les infirmières interrogées, il ne fait pas l'état des lieux d'un monde supérieur : « *Quand la mort advient, ici et maintenant, il n'y a plus personne.* » (La mort, 1977, p.39).

5.4.2 Le vécu de l'infirmière face à un patient décédé

Pour cette partie, j'ai demandé aux infirmières interrogées de me raconter une situation où la mort d'un patient les a particulièrement marquées.

Pour commencer, Célia, infirmière coordinatrice en SSR, me raconta deux situations. La première une situation lorsqu'elle était ASH, elle n'avait jamais été confrontée à la mort, et par « *curiosité mal placée* » (Annexe 3, L.25), elle a voulu « *voir c'était quoi [...] un patient décédé* » (Annexe 3, L.26), suite à cela, elle ne l'a pas « *très bien vécu [car elle] la connaissait* » (Annexe 3, L.27), et ajoute qu'elle « *aurait dû rester sur une image positive d'elle, jolie* » (Annexe 3, L.28-29).

Par la suite, suite à une question de relance concernant les difficultés autour du décès, elle évoque une deuxième situation, qui est le décès d'une jeune fille lorsqu'elle travaillait en tant qu'infirmière en réanimation. La mère ne pouvait pas voir sa fille en raison d'une enquête

judiciaire en cours, elle ne pouvait pas la prendre dans ses bras, ni l'embrasser (Annexe 3, L.50-65). Célia dit « *il n'y a que cette situation vraiment où c'était dur...* » (Annexe 3, L.64) ; « *quand je la repense, c'était horrible* » (Annexe 3, L.70). En plus de la tristesse de la situation, elle évoque la notion de **transfert** : « *On fait du transfert. On s'imaginer à la place de cette maman* » (Annexe 3, L.67).

Par la suite, elle évoque la confrontation des émotions de la mère et le **sentiment d'impuissance** : « *là c'était dur, parce que la maman était effondrée, elle a fait un malaise, elle tapait contre la porte, laissez-moi voir ma fille...* » (Annexe 3, L.62-64) ; « *qu'est-ce qu'on peut lui dire ? Qu'est-ce qu'on peut faire ? À part la prendre dans nos bras.* » (Annexe 3, L.67-68). Ici elle souligne la confrontation avec les limites professionnelles, où les mots et les actions semblent insuffisants pour apaiser la souffrance.

En dernier lieu, elle évoque **l'âge** et les « **conditions de départ** » (Annexe 3, L.40). Pour Célia, « *c'est plus acceptable d'une personne âgée de 90 ans d'accepter sa mort* » (Annexe 3, L.37) que si « *un petit de 5 ans qui décède.* » (Annexe 3, L.38). Elle dit : « *Effectivement, je ne le vivrais pas du tout de la même façon.* » (Annexe 3, L.39). Cette distinction illustre qu'elle peut être plus vulnérable aux décès violents ou aux décès précoces qu'au décès naturel d'une personne. On pourrait alors illustrer une **forme d'injustice**, car Célia dit : « *Les enfants ne devraient pas partir avant les parents, et encore moins dans des circonstances comme ça.* » (Annexe 3, L.72-73).

Pour Constance, infirmière en unité de soins de longue durée, elle propose des réponses différentes de celles de Célia. Constance souligne que la **durée du séjour des patients** peut avoir une influence sur son vécu face au décès. Elle explique que dans un service de long séjour, il est plus facile de créer un lien durable : « *les personnes restent assez longtemps dans notre service. Des fois, ça peut durer même des années, comme 10 ans, 11 ans, etc.* » (Annexe 4, L.24-26). Cette durée favorise des échanges constants, ce qui peut avoir une influence sur le **lien affectif**. Une situation qui l'a marqué est le décès d'une patiente avec qui l'équipe « *prenait beaucoup de temps avec elle* » (Annexe 4, L.30) car elle nécessitait beaucoup de soins. Constance la décrivait comme « *une personne avec qui on discutait beaucoup* » (Annexe 4, L.30-31) et « *qui était attachante* » (Annexe 4, L.31). Ainsi, au fur et à mesure, des liens se sont créés avec la patiente, mais aussi avec la famille qui venait régulièrement la rendre visite.

Lors de son décès, cela a été compliqué pour Constance, car pour elle « *quand il y a l'affect qui rentre en jeu, on est plus touché* » (Annexe 4, L.40-41) elle dit : « *ça a été un peu compliqué au niveau émotionnel.* » (Annexe 4, L.45).

Par la suite, lorsque je questionne la difficulté rencontrée lors d'un décès, l'élément qui l'affecte le plus est variable selon les situations, mais généralement pour elle, c'est **mourir seul, la solitude** : « *il y en a beaucoup qui n'ont pas de famille. [...] les seules personnes qui leur restent, c'est nous.* » (Annexe 4, L.61-62).

Pour Anastasia, infirmière en oncologie, elle raconte la prise en charge d'un patient de 24 ans décédé. En raison de son **jeune âge** et du **contexte de cancer**, Anastasia évoque un **sentiment d'injustice** comme Célia, en déclarant : « *l'état du patient, tu le vis aussi comme une injustice* » (Annexe 5, L.33-34) ; Cette notion est expliquée par le contraste qu'elle établit entre la logique biologique et un **décès prématuré** : « *Quand la mort a lieu dans la logique biologique des choses [...] ça fait partie du jeu, puisqu'on sait qu'on née tous pour mourir.* » (Annexe 5, L.50-51) ; « *Mais quand justement elle fauche quelqu'un qui est jeune et qui devrait avoir toute sa vie devant lui, c'est plus compliqué.* » (Annexe 5, L.51-53). Ce raisonnement montre que le vécu de la mort pour Anastasia varie selon l'âge du patient, la perte d'un jeune patient étant plus difficile à accepter pour elle. Par la suite, comme Célia, elle mentionne explicitement la notion de **transfert** : « *Forcément, quand tu as sensiblement le même âge que la mère du patient, il y a un transfert qui se fait sans que tu le veuilles.* » (Annexe 5, L.35-36).

Pour résumer cette partie concernant le vécu de l'infirmière face à la mort, les témoignages de Célia, Constance et Anastasia révèlent à la fois des similitudes et des divergences. Nous observons que Célia et Anastasia mettent en avant l'âge et les conditions de départ. Il est plus acceptable pour elles, le décès d'une personne âgée, qui meurt de vieillesse, que le décès d'un enfant ou d'un jeune adulte qui devrait avoir la vie devant lui. Bien que Célia n'évoque pas le terme d'injustice, nous pouvons le mettre en corrélation avec le vécu d'Anastasia, qui voit le décès « prématuré » comme une forme d'injustice. De plus, elles mettent en évidence la notion de transfert, lorsqu'elles se reconnaissent au travers de la famille ou des patients, ce qui a eu un impact supplémentaire sur le côté poignant de la situation.

Quant à Constance, les décès en unité de soins de longue durée sont marqués par le degré du lien affectif et pas par l'âge du patient ou les conditions de décès, comme Célia et Anastasia. Par ailleurs, en lien avec mon cadre de référence, Constance semble faire une identification projective, c'est un mécanisme où le soignant attribue certains aspects de soi pour faire face à ses propres sentiments et réactions, à ses propres pensées et émotions. Ici, elle se montre particulièrement sensible quant au fait de mourir seule.

5.4.3 L'influence des deuils ou des expériences antérieurs sur leur posture

Pour cette thématique, j'ai demandé aux infirmières interrogées, si leur expérience professionnelle ou personnelle influence-t-elle leur manière d'appréhender la mort.

Concernant cette question, Célia évoque « *Ce n'était **plus une situation inconnue** parce que j'avais déjà vu un corps décédé.* » (Annexe 3, L.86-87). Sa première expérience face à un corps décédé semble avoir atténué ses nouvelles confrontations face à la mort.

De plus, elle dit que le **contexte professionnel** atténue cette appréhension de la mort : « *On est tellement absorbés dans le flot de travail aussi, que des fois, on n'a pas trop le temps d'y penser.* » (Annexe 3, L.90-91). Cette phrase nous amène à penser que le rythme et les exigences du travail réduisent le temps pour réfléchir ou s'arrêter sur chaque situation de décès. En dernier lieu, elle révoque la **notion d'âge** et introduit comme Constance, le **lien affectif** avec le patient : « *avoir une petite dame de 95 ans qui décède [...] qu'on s'occupe pendant un moment, on s'y attache, et quand elle décède, ça nous fait de la peine mais ce n'est pas la peine de... si c'est ma grand-mère à moi qui décède demain* » (Annexe 3, L.91-95).

Pour Constance, j'ai opté pour ma question de relance, qui était de savoir si son vécu l'aidait à accompagner les proches. Ce choix s'explique par le fait qu'elle n'a pas énormément d'expérience professionnelle (Annexe 4, L.81-82). Sur le plan personnel, elle dit : « *je ne sais pas si c'est mon vécu qui fait ça. Je ne pense pas avoir quelque chose de plus que quelqu'un d'autre pour affronter la mort.* » (Annexe 4, L.93-94) mais elle met en avant ses **qualités**, elle dit : « *je suis quelqu'un de calme... de sensible* » (Annexe 4, L.85). Cela l'aide à rester centrée sur les besoins du patient en fin de vie afin de l'accompagner « *que ce soit pour la prise en*

charge de la douleur, pour tout, pour la propreté [...] qu'elle soit le plus confortable possible avant qu'elle décède » (Annexe 4, L.89-91). Nous observons quant à l'accompagnement des proches, elle répond à la question par ses actions, mais ne fait pas de lien explicite avec son vécu personnel ou professionnel.

Enfin, pour Anastasia, elle commence par souligner la difficulté qu'elle a à réunir son identité personnelle et son identité professionnelle, elle dit : « *Moi, je mets vraiment un filtre entre les deux. J'ai du mal à réunir les deux personnes que je suis.* » (Annexe 5, L.72-73). Dans sa perspective, elle appréhende la mort de manière « **très trivial** », pour elle, « **ça fait partie du jeu**. On sait qu'on ne va pas l'échapper » (Annexe 5, L.90-91). Tant au niveau professionnel que personnel, elle ne vit pas la mort comme quelque chose de catastrophique, elle dit « *Voilà, c'est écrit* » (Annexe 5, L.96).

Pour résumer, les trois infirmières interrogées reflètent des approches variées quant à l'influence de leur expérience personnelle et professionnelle sur leur manière d'appréhender la mort. Célia reconnaît que sa première confrontation à la mort a réduit la nouveauté de ces situations et que le rythme professionnel limite parfois la réflexion. Ses réponses font écho à l'article Paul Jenny « *La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs* » issu de mon cadre de référence, qui souligne que les expériences de deuil personnelles influencent la capacité des soignants à gérer les décès dans leur pratique. Même si le premier décès de Célia est issu d'un vécu professionnel, cela affirme que sa première confrontation à la mort a réduit l'appréhension face à d'autres situations ultérieures. De plus, elle établit une distinction claire entre le décès des patients et celui de ses proches, pouvant révéler une capacité à maintenir une barrière émotionnelle entre les sphères personnelle et professionnelle.

Constance, moins expérimentée, n'identifie pas d'impact direct de son vécu, mais s'appuie sur ses qualités personnelles, pour répondre aux besoins des patients et les accompagner dans la dignité. Anastasia, quant à elle, appréhende la mort comme une réalité inévitable. Toutefois, nous retrouvons des similitudes avec Constance. Toutes les deux ne font pas de lien explicite

avec leur vécu pour l'accompagnement des proches, mais se centralisent sur les actions qu'elles peuvent mettre en place pour une prise en charge adaptée de la fin de vie.

5.4.4 La place des émotions des soignants face à un décès

Dans un premier temps, pour explorer cette thématique, j'ai demandé aux infirmières interrogées ce qu'elles ressentaient lors d'un décès d'un patient.

Pour Célia, traiter cette question a été difficile pour moi, car elle avait abordé beaucoup d'éléments au cours de l'interview, notamment la **tristesse** et la notion de transfert, cités dans la thématique précédemment. Néanmoins, une nouvelle notion qu'elle évoque est la **distance** ; elle met en avant l'importance de garder une distance professionnelle afin que cela n'affecte pas le soignant en dehors du cadre du travail : « *On se détache, c'est une forme de protection. [...], si chacun nous faisait de la peine, on comprend bien qu'on ne pourrait pas tenir sur la distance.* » (Annexe 3, L.149-151). Bien qu'elle décrive la distance comme nécessaire, elle reconnaît que c'est un exercice délicat « *C'est plus facile à dire qu'à faire* » (Annexe 3, L.159), car il y a des situations qui font écho à notre vécu personnel ou à celui d'un membre de notre famille : « *Ah bah oui, lui, il me rappelle mon grand-père. [...] Je m'entendais bien avec lui. Je m'en suis occupée beaucoup.* » (Annexe 3, L.161-162).

Pour Constance, lors d'un décès, le plus dur c'est « *de voir la tristesse des gens, de la famille.* » (Annexe 4, L.150). « *On ressent toujours un peu de peine pour la famille* » (Annexe 4, L.171-172). Elle revient sur l'histoire de la patiente avec qui elle s'était attachée, et dit que, lorsqu'elle a vu le fils de la patiente pleurer, elle était : « *A un doigt de crier... les larmes qui coulaient.* » (Annexe 4, L.203). Toutefois, elle ne s'autorisait pas à pleurer « *j'ai ravalé mes larmes, je n'ai pas pleuré* » (Annexe 4, L.190) car elle dit « *ce n'est pas quelqu'un de notre famille non plus.* » (Annexe 4, L.205). Sa réaction fait écho à l'article de Pauline Laporte et Nicolas Vonarx, « *les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux* » qui cite « *On n'a le droit de s'émouvoir qu'en cachette* » (*Les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux 2015, p.152*). Cela fait référence à la « **douleur privé** » que les soignants éprouvent et qu'ils doivent cacher à l'hôpital.

Pour Anastasia, elle **distingue son ressenti face à la mort selon le contexte de prise en charge** en comparant deux unités, l'unité de réanimation et l'unité palliative (Annexe 5, L.118-122). En réanimation, elle décrit la mort perçue comme brutale et imprévisible : « *là-bas, elle arrive sans crier gare, quel que soit le profil du patient [...] Le matin, ça va. Dans la minute, ça va plus.* » (Annexe 5, L.169-170). Anastasia semble marquée par l'urgence et le sentiment d'échec : « *La mort en réa où tu t'es battu sur un décho-. Où tu as massé, où tu as passé de la nor, où tu as tout fait pour que ça se passe et ça ne marche pas, là, ça te cogite.* » (Annexe 5, L.123-124).

En soins palliatifs ou en oncologie, Anastasia décrit la mort comme quelque chose de « *prémédité* » (Annexe 5, L.166) par la présence de « *directives anticipée* » et de « *prescription anticipée* » (Annexe 5, L.167) définis, et où l'accent est mis sur le confort du patient, elle dit : « *L'issue, elle y est. Elle est évoquée. Le patient, il est censé être au clair avec ça. Et moi, tout ce que je peux m'efforcer de faire, c'est de l'accompagner au mieux.* » (Annexe 5, L.133-135). « *Ici, tu fais tout pour qu'ils soient confort. Donc la mort, elle n'a pas la même symbolique.* » (Annexe 5, L.154).

Concernant ses émotions, elle les a abordées suite à une question de relance. Elle dit que, lors d'un décès, « *tu te prends le boomerang des émotions de la famille* » [...] *ça t'altère.* » (Annexe 5, L.252-253), mais qu'il faut quand même vite reprendre le dessus, car il y a « *X autres qui t'attendent et qu'eux ne doivent pas être altérés par ça.* » (Annexe 5, L.254-255).

Pour résumer, Catherine Mercadier dit : « *l'interaction qui met face à face le soignant avec le corps mourant est difficile et soulève une émotion complexe où peur, tristesse, colère et parfois dégoût peuvent se trouver mêlés.* » (*Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 2020, p. 116). Ici, les trois infirmières éprouvent de la tristesse liée à la perte de leur patient ou aux émotions des familles. Elles s'accordent sur les propos de Catherine Mercadier qui dit : « *La tristesse à l'hôpital est liée à la mort, et ce d'autant plus que la personne est jeune ou partage une certaine identité avec le soignant.* » (*Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 2020, p. 63).

Concernant les différences, pour Célia, la distance professionnelle apparaît comme un mécanisme de protection essentiel pour préserver le soignant des répercussions émotionnelles

en dehors du cadre du travail. Toutefois, elle reconnaît que cette distance est difficile à maintenir, notamment lorsque des situations font écho à des expériences personnelles ou familiales. Constance, quant à elle, met l'accent sur la peine ressentie pour les familles, en particulier face à leur tristesse. Elle évoque sa propre lutte intérieure pour maîtriser ses émotions, se contraignant à ne pas pleurer pour préserver une posture professionnelle.

Anastasia, de son côté, se distingue par une approche contextuelle, différenciant ses ressentis selon qu'elle travaille en réanimation ou en soins palliatifs. En réanimation, la mort est vécue comme brutale et imprévisible, générant un sentiment d'échec et des questionnements sur la qualité des soins prodigués. À l'inverse, dans les unités de soins palliatifs, la mort est perçue comme anticipée et accompagnée, mettant l'accent sur le confort du patient.

5.4.5 L'influence des émotions dans la pratique

Pour cette thématique, j'ai demandé aux infirmières interrogées si elles pensaient que leurs émotions influençaient leur pratique professionnelle.

Célia dit : « *Non, pas du tout, non, il y a une prise en charge à faire, on sait ce qu'on doit faire, il y a des protocoles.* » (Annexe 3, L.329-330), elle ajoute « *Non, ça ne change pas ma façon...* » (Annexe 3, L.332)

Constance dit « *je ne vais pas dire selon qui mais oui [...] il y en a avec qui on est un peu plus, plus d'affect que d'autres* » (Annexe 4, L.228-229). Néanmoins, elle ajoute « *la journée elle doit continuer à rouler [...] il y en a d'autres qui m'attendent* » (Annexe 4, L.230).

Anastasia répond : « *Non, non. Je ne pense pas* » (Annexe 5, L.207-208). Par la suite elle dit que cela ne l'influence pas sur « *sa manière de faire, de réfléchir ou de communiquer* » (Annexe 5, L.215-216). Au contraire pour elle, le décès rend sa pratique encore « *plus enveloppante, plus bienveillante, encore plus douce* » (Annexe 5, L.210-212) notamment lorsque l'on fait un transfert. En revanche, si elle était dans un autre service comme la chirurgie, et qu'un patient décède, ça la « *parasiterait sur des semaines* » (Annexe 5, L.222) car ce ne serait pas quelque chose qui devrait arriver.

Pour résumer, les trois infirmières révèlent des nuances dans la manière dont elles perçoivent l'influence de leurs émotions sur leur pratique professionnelle, tout en partageant

certaines concordances. Célia exprime fermement que ses émotions n'affectent pas sa prise en charge, insistant sur l'importance des protocoles et des procédures qui encadrent son action.

Constance, en revanche, reconnaît une certaine influence des émotions, notamment à travers un « affect » plus marqué envers certains patients. Cependant, elle affirme également que ses responsabilités envers les autres patients l'amènent à prioriser la continuité de la journée de travail.

Anastasia, pour sa part, nuance ses propos. Elle affirme que ses émotions n'altèrent pas sa pratique, mais elle souligne le contexte du service, où la mort n'est pas censée arriver.

Ces témoignages font écho à mon cadre de référence, avec Martine Ruzniewski et son livre *Face à la maladie grave, patients, familles, soignants*, qui décrit deux attitudes des soignants face à la mort. La réponse de Célia peut être mise en lien avec la notion de « dépasser la mort », où le soignant maintient une distance émotionnelle en traitant la mort comme un événement extérieur, une « mort à la troisième personne ». En revanche, pour Constance et Anastasia, leurs réponses reflètent une posture plus nuancée. Constance évoque un affect plus marqué dans certaines situations, mais montre une capacité à dépasser ces émotions pour maintenir la continuité des soins, ce qui s'approche de la première attitude décrite par Ruzniewski. Anastasia, quant à elle, illustre une approche où l'émotion enrichit la pratique, la rendant plus « enveloppe ». Cependant, elle mentionne que dans un service non préparé à faire face à la mort, celle-ci pourrait l'affecter intensément, se rapprochant ainsi de la deuxième attitude décrite par l'auteure, où le soignant vit la perte de manière accablante.

5.4.6 Les moyens mis en place pour conserver une posture professionnelle

Ainsi, nous arrivons à ma dernière thématique concernant la posture professionnelle. Pour l'explorer, j'ai demandé aux infirmières interrogées si elles avaient des stratégies pour rester professionnelles lors d'un décès d'un patient.

Tout d'abord, Célia met en avant l'importance du cadre et de l'organisation du service dans la gestion d'un décès. Elle explique que « *tout est tellement cadré* » (Annexe 3, L.193-194) avec les protocoles que cela permet un accompagnement serein, aussi bien pour les soignants que pour les patients et leurs familles, si « *les choses sont faites comme il faut et dans*

l'intérêt du patient et de la famille » (Annexe 3, L.234), l'équipe « *le vit bien, les familles aussi* » (Annexe 3, L.237). Par ailleurs, elle dit qu'elle n'a « *pas l'impression d'avoir un mécanisme de défense* » (Annexe 3, L.237) lui permettant de maintenir une posture professionnelle.

Constance évoque également les mécanismes de défense, mais elle dit qu'ils sont souvent inconscients : « *Peut-être qu'on les fait, mais sans rendre compte de soi-même.* » (Annexe 4, L.249-250). Elle définit son rôle en se concentrant sur l'accompagnement du patient : « *Nous, on est là pour le soigner, pour l'accompagner jusqu'à la fin, dans la mort.* » (Annexe 4, L.261). Elle considère que rester professionnelle implique d'exercer pleinement son métier, en prenant soin du patient, en soulageant la douleur et en appliquant les prescriptions. (Annexe 4, L.263)

Par la suite, elle réaborde la thématique des émotions en disant que pour elle, la professionnalité ne signifie pas non plus l'absence d'émotions, mais plutôt la capacité de trouver un « *juste milieu* » (Annexe 4, L.282). Toutefois, elle revient sur la situation marquante qui lui est arrivée et elle dit : « *J'ai fui. C'est un mécanisme...* ». Elle confirme que c'était pour rester à distance de ses émotions et que « *ce n'était pas [sa] place.* » (Annexe 4, L.316) de rester dans la chambre auprès du fils endeuillé. Ainsi, cela fait écho à mon cadre de référence concernant les mécanismes de défense, avec le livre de Martine Ruzniewski « *Face à la maladie grave, patients, familles, soignants* » qui évoque **la fuite en avant** et la définit comme le fait que les soignants révèlent d'un coup, les informations concernant l'état de santé du patient, sans tenir compte de la dimension psychique du patient, pour se libérer d'une vérité qu'ils peinent à contenir. Toutefois, ici n'est pas la dimension psychique du patient, mais de la famille.

Enfin, pour Anastasia, elle ne répond pas directement à la question car elle réfute l'idée de disposer de stratégies spécifiques, mais plutôt de disposer d'une checklist des éléments qui nous permettent de rester professionnelle comme : « *de mettre en place du respect, de la bienveillance, s'il y a des rites, les laisser faire, pour qu'encore une fois, cette prise en soin, elle soit continue, même après la mort.* » (Annexe 5, L.328-329). Toutefois, elle évoque plusieurs éléments qui peuvent être interprétés comme des approches qui lui permettent de rester professionnelle. Elle commence par expliquer qu'elle s'appuie sur son expérience personnelle,

notamment les décès vécus dans sa famille, pour déterminer ce qu'elle souhaiterait voir appliqué, ou bien alors, en se disant « *qu'est-ce que j'aimerais qu'on fasse si c'était moi* » (Annexe 5, L.229-232). Cela guide son attitude et sa façon d'agir. Ces actions traduisent une forme d'approche professionnelle qui ne se revendique pas comme une stratégie consciente, mais qui s'inscrit dans une démarche respectueuse et systématique.

Par la suite, Anastasia exprime une dualité entre sa personnalité et sa professionnalité, sous forme de métaphore : « *C'est comme si tu avais deux parallèles avec deux perpendiculaires qui se croisent.* » (Annexe 5, L.323-324). Cette métaphore reflète des éléments de sa vie personnelle et professionnelle qui se rejoignent à certains moments, mais restent distincts. L'une est Anastasia et l'autre est l'infirmière, elle précise que son efficacité en tant qu'infirmière repose principalement sur son rôle professionnel liée à « *des codes, des protocoles et une posture professionnelle* » (Annexe 5, L.326-328), qui lui permettent de se positionner.

Cependant, elle reconnaît que son approche professionnelle est façonnée par son histoire personnelle : « *Tout mon background, il est personnel, donc celle qui fait que je vais me positionner comme ça, c'est moi.* » (Annexe 5, L.329-330). Ainsi, son expérience personnelle comme la « *manière de voir, d'apprendre, [la] spiritualité, [les] expériences et [les] traumatismes* » (Annexe 5, L.332-333) jouent un rôle déterminant dans la manière dont elle va se positionner professionnellement.

6. La problématique de recherche

Au terme de ce travail de fin d'études, j'ai pu éclairer ma question de départ, qui était « *En quoi les émotions des soignants face à la mort impactent-elles leurs postures professionnelles ?* »

Chaque mort est différente et n'est pas vécu de la même manière. Un décès, évoque toujours une émotion pour le soignant, mais son intensité sera perçue différemment, selon son vécu, ses deuils personnelle, les caractéristiques qu'il apporte aux patients (âge, conditions de départ, présence de la famille) et la spécificité du service dans lequel il travaille.

Par ailleurs, j'ai constaté que chez les infirmières interrogées, dans les situations où le décès d'un patient les a marquées, elles ont su maintenir une posture professionnelle grâce aux protocoles préétablis des services, à leur expérience de vie et à certains mécanismes de défense. De plus, cela rejoint une attitude pensée par Martine Ruzniewski, qui est de « dépasser la mort », en l'abordant sous une forme de mort à la troisième personne.

Toutefois, l'interrogation qui m'est venue au travers de mes entretiens concerne la prise en charge de la fin de vie. Le témoignage d'Anastasia et de Célia m'a amenée à orienter une recherche autour de cet accompagnement vers la mort, qu'elles décrivent comme quelque chose de « *prémédité* » (Annexe 5, L.166) et « *tellement cadré* » (Annexe 3, L.193-194).

La présence de « *directives anticipées* » et de « *prescriptions anticipées* » (Annexe 5, L.167) permet pour ces soignantes de bien vivre la mort, aussi bien pour eux que pour les familles. Comme Célia le dit, si « *les choses sont faites comme il faut et dans l'intérêt du patient et de la famille* » (Annexe 3, L.234), l'équipe « *le vit bien, les familles aussi* » (Annexe 3, L.237).

Ainsi, au terme de mon analyse, cela m'a permis d'établir la question de recherche suivante :

« En quoi les outils institutionnels, tels que les prescriptions anticipées et les directives anticipées, participent-ils à la gestion des émotions des soignants dans les situations de fin de vie ? »

7. Conclusion

C'est ainsi qu'après plus d'un an, se termine mon travail de fin d'études. Cela clôt un chapitre de ma vie, celui de la fin de ma formation d'infirmier. Ce fût trois années d'études aussi intenses qu'enrichissantes, jalonnées de moments d'apprentissages, de partages, de rencontres, de victoires, mais aussi de remises en question. Ce travail m'a fait réaliser que j'ai parcouru un long chemin qui me semblait parfois impossible.

Rédiger ce mémoire n'a pas été une chose simple, car au départ je ne savais pas vraiment vers où m'orienter. Au fil de plusieurs réflexions, celle-ci est la situation qui m'a le plus interrogée : je voulais comprendre pourquoi chaque personne réagissait différemment face à la mort et si cela impactait sa posture professionnelle.

Il m'est arrivé des moments de doutes où je me demandais comment je vais pouvoir aborder ce sujet auprès des soignants, que ce soit dans les mots, la structure de mes phrases, avec le risque d'apporter du jugement ou avec le risque de réveiller des deuils antérieurs.

Pourtant, plus j'avancais dans ce travail, plus ma réflexion évoluait. Mes lectures et mes recherches m'ont permis de développer une nouvelle réflexion quant à l'approche de la mort. Bien qu'il y ait des situations qui peuvent être éprouvantes pour les soignants, je me rendais compte que la mort n'était pas forcément un évènement qui fragilisait leur posture professionnelle. Les entretiens que j'ai réalisés ont confirmé cela. En effet, chaque infirmière vit la mort différemment selon son histoire de vie, ses valeurs, sa sensibilité, son expérience professionnelle. Même dans les situations les plus difficiles, elles ont su s'adapter afin de continuer leur prise en charge.

Néanmoins, un élément dont je ne pensais pas et qui a été mis en lumière durant la phase exploratoire est le contexte du décès. C'est ainsi que je suis arrivé à la problématique citée précédemment.

Pour finir, ce mémoire m'a permis de réaliser une transférabilité sur ma personne en tant que future professionnelle. Il m'a aidé à mieux comprendre les enjeux émotionnels liés à la prise en charge des patients en fin de vie, mais aussi à réfléchir à la manière dont je souhaite me positionner face à la mort. J'ai pris conscience que la mort, bien qu'intense et parfois déstabilisante, peut être bien vécu lorsque l'on se sent en accord avec notre personne, avec l'équipe et les attentes de la famille.

Il m'a confirmé que chaque soignant réagit différemment selon son vécu, mais que tous partagent une volonté commune, d'accompagner au mieux les patients et leurs proches dans des moments particulièrement difficiles.

Ainsi, ce travail ne marque pas seulement la fin d'une formation, mais aussi le début d'un cheminement professionnel plus conscient et plus engagé, où l'humain reste toujours au cœur des soins.

Bibliographie

Ouvrages

- Ariès, P. (1975). *Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen Âge à nos jours*. Éditions du Seuil.
- Castra, M. (2009). *Bien mourir, sociologie en soins palliatifs*. Édition Presses Universitaires de France
- Elizabeth, K. (1998). *Accueillir la mort*. Édition POCKET
- Eymard, C. (2003). *Initiation à la recherche en soins et en santé*. Rueil-Malmaison : Ed Lamarre.
- Jankélévitch, V. (1977). *La Mort*. Édition Flammarion
- Jankélévitch, V. (1994). *Penser la mort*. Édition Liana Levi
- Luminet, O. (2008). *Psychologie des émotions, confrontation et évitement*. Édition De Boeck Université
- Mercadier, C. (2020). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. 2^e édition Seli Arslan
- Perspective soignante (2023) : *Pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes*. N°77 Édition Seli Arslan
- Ruzsiewicz, M. (2014). *Face à la maladie grave, patients, familles, soignants*. Éditions DUNOD.

Articles et sitographies

- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (n.d.). *Motion*. Disponible sur le site : <https://www.cnrtl.fr/definition/motion>

- Grande, T. (2021). Loin des autres. *Sciences et Actions Sociales*. (2), 7-16. Disponible sur le site de CAIRN.INFO : <https://shs.cairn.info/revue-sciences-et-actions-sociales-2021-2-page-7?lang=fr#s1n5>
- Julie, H-B. (2014). *Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées - Approche de la fin de vie*. N°117 Édition Presses universitaires de GRENOBLE, disponible sur le site CAIRN.INFO : <https://shs.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2014-2-page-91?lang=fr#s1n5>
- Dans Nos Cœurs. (n.d.). *La résurrection dans les différentes religions*. Disponible en ligne sur : <https://www.dansnoscoeurs.fr/articles/resurrection-differentes-religions>
- Dans Nos Cœurs. (n.d.). *Le judaïsme et la mort*. Disponible en ligne sur : <https://www.dansnoscoeurs.fr/articles/judaisme-et-la-mort#:~:text=Le%20respect%20des%20commandements%20de,au%20bout%20de%20trois%20jours>
- Dicolatin. (n.d.). *Emovere*. Disponible sur le site : <https://www.dicolatin.com/Latin/Lemme/0/EMOVERE/index.html>
- Dictionnaire Le Robert. (n.d.). *Émotion*. Disponible sur le site : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/emotion>
- Dictionnaire de l'Académie française. (n.d.). *Émotion*. Disponible sur le site : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9E1090>
- Dictionnaire La langue française. (n.d.). *Mort*. Disponible sur le site : <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/mort#1>
- Formarier, M. & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. 2ème édition : Association de Recherche en Soins Infirmiers. Disponible sur le site de CAIRN.INFO <https://shs.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134?lang=fr>
- Jenny, P. (2007). *La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : Recherche dans une unité de soins palliatifs*. *Revue de Soins Palliatifs*, 22(1), 3-12.

Disponible sur le site CAIRN.INFO <https://shs.cairn.info/revue-infokara1-2007-1-page-3?lang=fr>

- Jorro, A. (dir.). (2022). *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. De Boeck Supérieur. Disponible en ligne sur : <https://shs-cairn-info.lama.univ-amu.fr/dictionnaire-des-concepts-de-la-professionnalisation--9782807340534?lang=fr>
- Laporte, P., & Vonarx, N. (2015). *Les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux*. 149-156. Disponible sur le site de CAIRN.INFO : <https://stm-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-infokara-2015-4-page-149?lang=fr>
- Platon. (n.d.). *Le Phédon*. Edition BeQ. Disponible en ligne sur : <https://beq.ebooksgratuits.com/Philosophie/Platon-Phedon.pdf>
- Vial, M., & Caparros-Mencacci, N. (2007). *L'accompagnement professionnel*. De Boeck Supérieur. Disponible en ligne sur : <https://shs-cairn-info.lama.univ-amu.fr/l-accompagnement-professionnel--9782804155186-page-73?lang=fr>

Illustration

- OpenAI. (2025). *Illustration de deux soignants auprès d'un patient en fin de vie*. Image générée à l'aide de DALL-E.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien.....	I
Annexe 2 : Demande d'autorisation d'entretien	II
Annexe 3 : Entretien n°1.....	III
Annexe 4 : Entretien n°2.....	XI
Annexe 5 : Entretien n°3.....	XIX
Annexe 6 : Grille d'analyse.....	XXVII
Annexe 7 : Réponse de la structure	XXXII
Annexe 8 : L'autorisation de diffusion du travail de fin d'études.....	XXXIII

Annexe 1 : Guide d'entretien

Thèmes du cadre de référence	Ce que je cherche à savoir	Question à poser au professionnel
Présentation de la personne	Instaurer un climat de confiance avec le professionnel	Pouvez-vous vous présenter ? - Quel âge avez-vous ? - Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ? - Quel a été votre parcours avant d'arriver dans ce service ? - Depuis combien de temps travaillez-vous dans le service ?
La mort	La représentation de la mort chez les soignants	- Pour vous, qu'est-ce que la mort ? - Question de relance : Avez-vous une perception particulière par rapport à votre culture, croyance ou philosophie de vie ?
	Le vécu de l'infirmières face à un patient décédé	- Pouvez-vous me raconter une situation où la mort d'un patient vous a particulièrement marqué ? - Question de relance : Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous lorsqu'un patient décède ?
	L'influence des deuils ou expérience antérieure sur leur posture	- Comment votre expérience professionnelle ou personnelle influence-t-elle votre manière d'appréhender la mort ? - Question de relance : Comment votre vécu vous aide-t-il à accompagner les proches dans ces moments difficiles ?
Les émotions	La place des émotions des soignants face à un décès	- Que ressentez-vous lors de la mort d'un de vos patients ? - Question de relance : Pouvez-vous m'en dire plus ?
	L'influence des émotions dans la pratique	- Lors d'un décès, pensez-vous que vos émotions influencent votre pratique professionnelle ? - Question de relance : Pouvez-vous m'expliquer comment elles influencent leurs pratiques ?
La posture professionnelle	Les moyens mis en place pour conserver une posture professionnelle	- Avez-vous des stratégies pour rester professionnelles lors d'un décès d'un patient ? - Question de relance : Pouvez-vous me dire lesquelles ?

Annexe 2 : Demande d'autorisation d'entretien



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. VEERAPEN Mathieu
Étudiant en soins infirmiers

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Adresse : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Mail : [REDACTED]

Avignon, le 10 mars 2025

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans :

- Un service de Soins de Suite et de Réadaptation
- Un service d'Unité de Soins de Longue Durée ou d'Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes
- Un service de médecine gériatrique
- Un service d'oncologie

Auprès d'infirmiers Diplômé d'Etat pour chaque service, novices ou experts.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : **Les émotions soignants face à la mort, et leurs impactent sur la posture professionnelle.**

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par ma Directrice de Mémoire.

- Pour vous, qu'est-ce que la mort ?
- Pouvez-vous me raconter une situation où la mort d'un patient vous a particulièrement marqué ?
- Comment votre expérience professionnelle ou personnelle influence-t-elle votre manière d'appréhender la mort ?
- Que ressentez-vous lors de la mort d'un de vos patients ?
- Lors d'un décès, pensez-vous que vos émotions influencent votre pratique professionnelle ?
- Avez-vous des stratégies pour rester professionnelles lors d'un décès d'un patient ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse 740
chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

Annexe 3 : Entretien n°1

Lors de cette retranscription, les noms des services cités ont été supprimés (excepter les typologies) et les prénoms ont été modifiés afin de conserver l'anonymat.

- 1 **Vous m'autorisez à enregistrer ? (Hochement de la tête de l'IDE) c'est bon, on est**
2 **bon.**
3 Oui je t'autorise à m'enregistrer.
4 **Okay. Alors d'abord, est-ce que vous pouvez vous présenter ?**
5 Alors, moi je m'appelle Célia, je suis infirmière depuis 4 ans en SSR et auparavant j'étais
6 aide-soignante pendant 3 ans en médecine et 3 ans de nuit en réanimation. Voilà, donc
7 là... Là, je suis au SSR depuis 4 ans et, en ce moment, j'occupe un poste d'infirmière
8 coordinatrice.
9 **D'accord. Du coup, je vais rentrer dans le thème du sujet.**
10 **Pour vous, qu'est-ce que la mort ?**
11 Pour moi, qu'est-ce que la mort ?... Bah, j'ai envie de dire que c'est le cycle de la vie. Ont
12 née, on vit et on meurt.
13 **Est-ce que par exemple, je ne sais pas moi, si vous pratiquez une religion, si vous**
14 **avez une culture spécifique ou une philosophie de vie spécifique ?**
15 Non, par rapport à ça, non, je n'ai pas de religion. Fin, je n'ai pas de spécificité par rapport
16 à la mort.
17 **D'accord. Donc ensuite, est-ce que vous avez une situation où la... le décès d'un**
18 **patient vous a particulièrement marqué ?**
19 Euhhh, alors je dirais oui, mais c'était pas donc pendant mes années ici à l'hôpital, c'était
20 quand j'étais jeune que j'ai commencé dans le métier en tant qu'ASH et où j'avais fait...
21 J'étais en travail en maison de retraite et j'avais beaucoup sympathisé avec une patiente
22 et j'avais jamais vu justement de personnes décédées et quand elle est décédée, moi ma
23 maman était là-bas aide-soignante et du coup elle m'avait dit tu veux voir la dame et tout
24 et c'est vrai que...
25 Par curiosité, mal placée, mais voilà, moi je n'avais jamais connu de décès dans ma
26 famille. J'ai voulu aller la voir pour voir c'était quoi justement un patient décédé. Et...
27 bah, je ne l'avais pas très bien vécu parce que bah, je la connaissais, voilà, de la voir
28 comme ça dans le lit, je m'étais dit... Ouais je n'aurais pas dû, j'aurais dû rester sur une
29 image positive d'elle, jolie, et la voir comme ça, c'était pas...
30 Après, dans ma pratique en tant que soignante et infirmière (ouverture de la porte de la
31 salle de pause par une troisième personne). Non j'allais dire, ça fait tellement partie de
32 notre quotidien. Et pourtant, quand j'ai travaillé en réanimation, voilà, il y a eu pas mal
33 de décès, sur des fois des choses un peu difficiles.
34 Mais c'est vrai que... Mooooiiii... ça ne m'a pas trop posé de soucis, surtout ici, on a
35 beaucoup de personnes âgées. Et donc, j'ai envie de dire, c'est un peu, voilà, comment
36 dire... c'est les choses de la vie.
37 Et c'est vrai que c'est plus acceptable d'une personne âgée de 90 ans d'accepter sa mort.
38 J'imagine que je travaillerais en pédiatrie avec un jeune, un petit de 5 ans qui décède.
39 Effectivement, je ne le vivrais pas du tout de la même façon.
40 Donc euh... Après, je pense que c'est aussi les conditions du départ et tout ça. Mais ici,
41 dans notre service, on a en plus six lits identifiés sur un palliatif. Et même les autres
42 médecins, on est très au clair avec ça, et on ne laisse pas partir les patients dans la

43 souffrance ou la douleur, donc du coup, ça fait partie du processus de la vie. Fin...
 44 (cherche ses mots)

45 **Il y a un accompagnement de soulagement.**

46 Oui, voilà. Et du coup ça... on, je n'ai jamais eu de soucis avec ça, là tout de suite... non
 47 ça ne me pose pas de problème.

48 **D'accord, il n'y a pas eu de difficultés autour, par rapport avec la famille, la gestion**
 49 **de...**

50 La gestion des familles, si en réanimation, j'ai eu un cas où c'était une jeune, ils étaient
 51 en train de jouer avec des armes, le coup est parti, la jeune fille est morte, on l'a récupérée
 52 en réanimation, sauf que vu que c'était, on ne savait pas les circonstances, arme à feu est
 53 égal à police, et ça fait que quand la famille est arrivée, sa mère est arrivée, elle a voulu
 54 embrasser sa fille, la prendre dans ses bras, se recueillir sur elle.

55 Mais vu qu'il y avait eu... fin qu'il y avait avoir une enquête et qu'elle allait partir à
 56 l'autopsie et qu'il y allait avoir les analyses faites, ils ont interdit l'accès. En fait, elle ne
 57 pouvait pas parce qu'il fallait faire les prélèvements, voir... Et du coup, ça par contre, là,
 58 ça m'a posé souci. Etant maman, je me suis dit, si c'est ma fille qui décède, j'aurais
 59 voulu...

60 Parce que là, du coup, elle partait à Nîmes pendant 10 jours, il fallait faire les analyses,
 61 donc elle n'allait pas revoir sa fille avant. Là, j'ai trouvé ça brutal, c'est la seule situation
 62 où effectivement, quand tu m'en parles maintenant, où là c'était dur parce que la maman
 63 était effondrée, elle a fait un malaise, elle tapait contre la porte, laissez-moi voir ma fille,
 64 mais par rapport à la police, on ne pouvait pas la laisser rentrer. Donc il n'y a que cette
 65 situation vraiment où c'était dur, là c'était dur.

66 **Dans cette situation, vous avez ressenti quoi comme émotions ?**

67 On fait du transfert. On s'imagine à la place de cette maman. Et qu'est-ce qu'on peut lui
 68 dire ? Qu'est-ce qu'on peut faire ? À part la prendre dans nos bras. Mais
 69 malheureusement, c'était le protocole, il y a des consignes. On ne peut pas faire
 70 autrement. C'est vrai que pour elle, quand je la repense, c'était horrible.

71 **Donc il y a un sentiment un peu d'impuissance vis-à-vis de ça.**

72 Ah oui... qu'est-ce que... Les enfants ne devraient pas partir avant les parents, et encore
 73 moins dans des circonstances comme ça.

74 **Dans des circonstances brutales.**

75 Ouais, là, pour accepter... c'est compliqué.

76 **Et au niveau de l'équipe, l'atmosphère, est-ce que c'était plutôt soudé ?**

77 On était tous tristes, on était tous dépités par la situation. C'était... moi, ça ne m'était
 78 jamais arrivé, une situation comme ça. Oui, oui... On a même essayé de demander au
 79 médecin... elle ne peut pas juste lui faire un... elle ne peut pas venir juste faire un bisou
 80 à sa fille. Non... Les policiers n'ont pas voulu, c'était le protocole. C'était très dur à vivre,
 81 ouais...

82 **Et donc... en soit on a un peu répondu tout à l'heure, mais par rapport au tout**
 83 **premier décès que vous avez vu, est-ce que ça vous a renforcé émotionnellement ?...**

84 **Ça vous a permis de faire face à d'autres décès quand vous avez commencé à avoir**
 85 **beaucoup d'expérience en tant qu'aide-soignante ou infirmière ?**

86 Non, je ne pense pas. Du coup, ce n'était plus une situation inconnue parce que j'avais
 87 déjà vu un corps décédé. C'est vrai qu'après, pendant ma formation d'aide-soignante, je
 88 n'ai pas eu trop de cas de décès.

89 Et après, ça a vraiment été en médecine, quand j'ai travaillé en médecine, où là, il y a eu.
 90 Mais après, j'ai envie de dire, on est tellement absorbés dans le flot de travail aussi, que

91 des fois, on n'a pas trop le temps d'y penser. Et je pense surtout, moi, le critère, c'était
 92 l'âge, avoir une petite dame de 95 ans qui décède, c'est triste mais ce n'est pas ma grand-
 93 mère à moi, je ne la connais pas, donc émotionnellement, alors oui, c'est sûr qu'on
 94 s'occupe pendant un moment, on s'y attache, et quand il décède, ça nous fait de la peine,
 95 mais ce n'est pas la peine de... si c'est ma grand-mère à moi qui décide demain...
 96 **Si c'est quelqu'un de la famille...**
 97 Ce n'est pas du tout pareil. Fin, moi, en tout cas, ça ne m'a jamais posé de soucis, même
 98 si j'ai de l'empathie et que voilà, je-voilà... C'est sûr que voir quelqu'un décédé, c'est
 99 jamais... Mais je ne l'ai jamais mal vécu pour l'instant, à part cette histoire de cette jeune
 100 fille, malheureusement.
 101 (Bruit d'ouverture de porte, entrée d'une autre personne dans la pièce troisième
 102 personne, pause de l'enregistrement)
 103 (Reprise de l'enregistrement)
 104 **Juste pour revenir à l'histoire de la jeune fille, est-ce qu'au niveau de la gestion**
 105 **émotionnelle, est-ce qu'il y avait une procédure mise en place par l'équipe ou alors**
 106 **par vous-même ?**
 107 Bah déjà, on se faisait un débrief entre nous, on en a beaucoup parlé entre nous dans
 108 l'équipe. Mais en réa, c'est vrai que vu qu'on voit des choses quand même assez difficiles,
 109 il y avait une psychologue dans le service. Et on faisait surtout, comme on fait à l'école,
 110 un peu de l'ara.
 111 **Oui comme quand on sort stage...**
 112 Voilà, et on faisait un peu des... Il y avait des cafés. Enfin, on faisait des petites réunions
 113 de débriefing, en fait, sur les situations qui étaient les plus dures et qui avaient posé
 114 problème à l'équipe. On était très soutenus, du coup. Que ce soit par les médecins. C'est
 115 vrai que des fois, quand il y avait des situations un peu compliquées, les médecins nous
 116 faisaient l'explication. Ou même...
 117 Ne serait-ce que quand on décide, surtout en réanimation, on fait des fiches de l'ATA, la
 118 limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives. C'est-à-dire qu'on décide, on a tout
 119 essayé, il n'y a plus rien à faire, donc progressivement on arrête tout, avec l'accord des
 120 familles bien sûr et en décision collégiale. Et c'est vrai qu'à chaque fois les médecins,
 121 voilà, on a été au bout, on a tout tenté. Donc pour nous, la décision était toujours
 122 comprise par l'équipe parce qu'on en discutait beaucoup et qu'on avait beaucoup de
 123 debriefings.
 124 **Donc l'équipe a vraiment une place importante pour la gestion.**
 125 Ah oui, oui
 126 **D'accord.**
 127 Puis oui, des fois y a des histoires qui nous touchent plus personnellement que d'autres.
 128 Je vois, moi, j'ai mon beau-père qui est décédé à 54 ans d'un cancer. C'est vrai que
 129 maintenant, quand il y a des cancers, des fins de vie, en plus c'est un cancer et tout, c'est
 130 vrai que du coup, je comprends. Je me mets un peu plus à la place des familles, ce qu'ils
 131 peuvent ressentir. Ça, c'est l'expérience qu'on acquiert personnelle, qui fait que des fois,
 132 une situation... Peut-être que pour ta collègue, il y a eu quelque chose voilà...
 133 **Par rapport au transfert...**
 134 Bah voilà, de la sphère privée qui vient... On fait le transfert, on a eu des situations. Moi
 135 j'ai... bah justement actuellement, on a une élève infirmière dans notre service. Je lui ai
 136 présenté le service, je lui ai dit que c'était les lits identifiés soins palliatifs. Tout de suite,
 137 j'ai posé la question, est-ce que vous avez déjà été confronté à des décès ? Parce que sur
 138 ce secteur-là, il y en a énormément.

139 Et elle m'a dit, oui, justement, j'ai perdu mon grand-père il y a deux mois, il était en lits
140 identifiés soins palliatifs aussi. Et bah... Elle me dit, s'il faut aller sur le secteur, j'irai,
141 mais si je peux éviter, bien sûr que je ne l'ai pas mis sur ce secteur-là. Enfin, je veux
142 dire... On comprend que pour elle, ça va être difficile à gérer au niveau de ses émotions,
143 justement.

144 **On a répondu un peu à tout. (Rire gêné. A ce moment, je regarde mon guide**
145 **d'entretien, je me sens un peu perdu dans le déroulement de mes questions car nous**
146 **avons aborder beaucoup d'éléments qui répondaient aux questions suivantes.)**

147 **Hum.... Donc vous m'avez dit que lorsqu'il y a un décès, vous êtes triste, mais en**
148 **même temps il y a un côté où...**

149 On se détache, c'est une forme de protection. C'est la protection. Parce que s'il fallait
150 pleurer vraiment, si ça nous faisait de la peine, si chacun nous faisait de la peine, on
151 comprend bien qu'on ne pourrait pas tenir sur la distance. Fin....

152 **Donc il faut réussir à mettre une distance.**

153 Oui, on se détache un peu... Ouais voilà la distance soignant-soigné... Euh voilà... Ce
154 n'est pas notre grand-père qui est dans le lit, qui est en train de mourir. C'est notre patient,
155 on l'accompagne du mieux qu'on peut. Mais je ne dois pas... Je peux être triste le soir en
156 sortant du travail. Ben oui, c'est triste, il est décédé. Il ne faut pas que je pleure pendant
157 une semaine, voilà...

158 **Il ne faut pas que ça nous affecte hors... (Bruit de chaise)**

159 Après, c'est plus facile à dire qu'à faire. Il y a des situations. Même nous, ici, il y a des
160 patients qui décèdent, ça nous fait plus de peine que d'autres parce qu'on a créé un lien
161 particulier avec celui-là. Ah bah oui, lui, il me rappelle mon grand-père. Je m'entendais
162 bien avec lui. Je m'en suis occupée beaucoup. Oui, j'ai plus de peine que pour... Ah bah
163 tiens, on me dit, Madame Machin, elle est décédée. Moi, je ne la connaissais pas. En
164 sortant du boulot, j'y pense pas.

165 **Est-ce que vous avez des mécanismes, fin... là on a parlé de défense, mécanisme de**
166 **défense, est-ce que vous vous en avez... est-ce tu as pardon, est-ce que tu as... co-**
167 **comment tu arrives à émettre cette distance quand il y a un patient... ? (A ce**
168 **moment je cherchais mes mots, et je souhaitai poser la question suivante : avez-vous des**
169 **stratégies pour rester professionnelles lors d'un décès d'un patient...)**

170 Ça, ça ne se calcule pas. Je pense que c'est inconscient. Ouais.

171 **Est-ce que tu arrives à identifier... Quand il y a un patient qui décède, est-ce que tu**
172 **arrives à identifier... euh... comment tu réagis... (Tentative de question de relance**
173 **pour poser la question souhaitais)**

174 Non, je pense que c'est sur le moment, le contexte en fait. Est-ce que c'était prévu ? Les
175 lits identifiés soient palliatifs. On sait que malheureusement, fin, il y a de gros risques
176 de décès. Quand le décès s'annonce, on n'est pas surpris.

177 Par contre, la petite dame qui va bien, je la quitte le soir, le lendemain matin, on
178 m'annonce qu'elle est décédée. Là, ouais, on ne comprend pas. Ce n'était pas attendu.
179 Qu'est-ce qui s'est passé ? On se questionne... Je ne sais pas si je réponds à ta question.
180 (Rires gênés). Je ne sais pas, mais les mécanismes, ouais... C'est...

181 **C'est... ouais parce que ma question, c'était avez-vous des stratégies pour rester**
182 **professionnel lors d'un décès d'un patient ?**

183 Alors, en fait, bah il y a le mécanisme, où on se réfugie aussi derrière, si je repars sur la
184 réanimation, sur les protocoles, sur les bah... on se réfugie sur... ouais les mécanismes
185 ça peut être un peu, bah voilà il y a le décès, on sait qu'on a ça à faire, ça, ça... On est
186 robot, enfin on est...

187 **Robotisé ?**

188 Ouais, pas robotisé, mais voilà, il y a un protocole, on sait qu'on doit faire ça.

189 **D'accord.**

190 Je pense que c'est un peu dans ça où on... On va faire la toilette mortuaire. On fait si, on
191 fait... Et puis après on est tellement absorbé par la charge du travail et puis finalement...
192 Je ne sais pas s'il y a des mécanismes. En fait je pense que c'est surtout comment sont
193 faites les choses. Moi vu qu'ici il n'y a aucun souci. Je pense que voilà... que tout est
194 tellement cadré c'est à dire on sait que si le patient il a mal on a de quoi le soulager, s'il
195 se dégrade on a un protocole de sédation enfin toutes les choses sont faites pour que le
196 décès se passe au mieux du coup c'est bien vécu et je pense que c'est pour ça qu'ici on a
197 enfin moi en tout cas je n'ai pas l'impression d'avoir un mécanisme de défense.

198 **D'accord.**

199 Je pense que je vis bien, enfin, ça se fait dans de bonnes conditions, donc c'est acceptable,
200 tant que le patient voilà, il est confortable, il fait sa fin de vie euh... dans de bonnes
201 conditions, la famille, c'est pareil, on a la chance d'avoir un super médecin des soins
202 palliatifs, il parle beaucoup avec la famille, les choses sont acceptées, on sait, il n'y a pas
203 de surprise, du coup, c'est bien vécu. (Bruit d'une conversation à l'extérieur de la salle
204 de repos).

205 C'est pour ça peut-être que j'ai du mal à répondre à ta question. Voilà, par contre, c'est
206 vrai que quand j'étais en service de médecine, ce n'était pas comme ça. (Bruit
207 d'ouverture et fermeture de porte).

208 Et le médecin avait du mal justement avec la fin de vie. C'était guérir, guérir, guérir. Et
209 c'est vrai qu'il y avait eu le cas d'une fois, une patiente qui avait une semaine à décéder
210 et tous les jours, il y avait la famille qui venait. Abrégez ses souffrances... Enfin, on
211 voyait que la patiente, elle n'était pas confortable, la famille, c'était douloureux pour eux
212 de tous les jours venir, attendre la mort.

213 Et c'est vrai que là, du coup, des fois, oui, on pouvait dire, mais ça, on ne peut pas faire
214 quelque chose pour que... Enfin, finalement, l'issue va être la même, mais là, ça traîne et
215 ce n'était pas... Donc là, c'était plus difficile à gérer, en fait. À accepter.

216 **Ok donc c'est vraiment...** Je pense que c'est le contexte.

217 **C'est le contexte. Ok.**

218 Et c'est la façon de faire du service.

219 **C'est la prise en charge de la fin de vie, du coup.**

220 Ouais, la prise en charge de la fin de vie, tout à fait.

221 Je veux dire, si les choses sont claires, si on sait que c'est tout fait dans l'intérêt du patient,
222 qu'on prend en compte les familles, parce que les familles, c'est autant important que le
223 patient qui est dans le lit. Être à l'écoute pour les patients, pour les familles. Parce que
224 les familles. Il ne faut pas les oublier. On a tendance à les oublier.

225 **C'est vrai qu'ils ont une place très centrale.**

226 La personne, elle décède, elle décède. Ce qui reste, c'est la famille. Et suivant, si ça s'est
227 mal passé... fin c'est catastrophique. Déjà, un deuil, c'est horrible. Mais si en plus, ça a
228 été fait dans de mauvaises conditions et qu'on n'a pas l'impression d'avoir été
229 accompagné, ça peut être mal vécu. Et ça... Ça, on a de la chance ici... c'est rare. Il y
230 aura toujours des familles qui vont... Voilà.

231 Par les mécanismes aussi de défense. Dans le deuil, il y a la colère, il y a tout ça. Donc,
232 c'est souvent des fois... Enfin, c'est souvent, non, c'est rare. C'est pour ça que ça ne me
233 pose peut-être pas trop, trop, trop de problèmes. Non, je t'avoue, j'ai... Du moment que
234 voilà, les choses sont faites comme il faut et dans l'intérêt du patient et de la famille...

235 **Tout se passe bien.**
 236 Ouais.
 237 Non, franchement, on a de la chance ici. On le vit bien, les familles le vivent bien, les
 238 patients, pareil.
 239 Mais voilà, parce qu'il y a beaucoup de communication, de fait. Je pense que la
 240 communication, c'est important. (Coupure de l'enregistrement, elle reçoit un appel
 241 important)
 242 (Reprise de l'enregistrement)
 243 Qu'on met cette barrière.
 244 **Pour avoir cette distance ?**
 245 Je ne sais même pas si on l'a... Moi, franchement, je n'ai jamais compris à l'école la
 246 distance.
 247 Oui, je comprends, on est un professionnel. Après, je ne te dis pas que ça ne me touche
 248 pas. Mais on n'est pas insensible, on fait face et puis on relativise. On se dit, oui, c'est
 249 triste, elle est décédée.
 250 Par contre, comme je te dis, si demain, c'est un petit 10 ans qui décède devant moi...
 251 Bon, alors...
 252 **Ça va être différent ?**
 253 Après, je vais être triste aussi, mais je ne vais pas pleurer une semaine non plus, ce n'est
 254 pas mon enfant.
 255 Mais... non, je n'ai jamais... S'il n'y a qu'une fois où ça m'a fait de la peine. C'est vrai
 256 que j'y repense. En fait, il y a sûrement des trucs...
 257 **C'est loin...**
 258 Mais tu vois, on oublie, enfin on oublie. C'est une fois, un patient qui était sur les lits
 259 d'identification palliatif, qui allait décéder, son état s'est dégradé d'un seul coup et sa
 260 femme était à la maison mais elle était grabataire, elle ne pouvait pas venir. (A ce
 261 moment je vérifiais si l'enregistrement était bien lancé)
 262 Tu peux l'enregistrer si tu veux
 263 **Oui c'est bon** (sourires)
 264 Et son mari, j'ai fait la bêtise, enfin je me dis j'ai fait la bêtise, non ce n'était pas une
 265 bêtise, euhhhh... sa fille devait venir mais elle habitait loin. Et on n'arrivait pas à la
 266 joindre. Elle était sur la route, on n'arrivait pas à la joindre.
 267 Et je le sentais que... Et je lui dis, si votre fille, elle n'arrive pas à arriver, qu'est-ce que
 268 vous voulez que je lui dise ? Fin... Parce qu'on sentait que bientôt, il ne pouvait plus
 269 parler. Et il m'a dit, dites-lui, dites à ma femme que je l'aime. Et là, j'ai senti, tu vois, les
 270 larmes qui me... Parce que j'ai fait le transfert, je me suis dit, si c'était moi dans le lit,
 271 que mon mari, il n'allait pas arriver à temps... Et ça c'était le côté, j'avais trop peur, et
 272 heureusement, ils sont arrivés.
 273 Et quand j'ai vu sa femme... Ah non, sa femme, elle n'était pas grabataire, je te dis une
 274 bêtise. C'est qu'elle était sur le chemin avec sa fille, et j'avais peur qu'elle n'arrive pas à
 275 temps. Et quand elle est arrivée, j'ai dit, allez vite, vite, il veut vous dire quelque chose
 276 (rires gênées) parce que je me suis dit...
 277 Mais quand il m'a dit ça, dit à ma femme que je l'aime, oohhhh... Mais pourquoi j'ai eu
 278 ça ? Et j'ai senti, tu vois, les larmes.
 279 Mais parce que c'était là, c'était comme quand tu vois un film, tu vois, un truc sentimental
 280 mais après, voilà, bon, après, il est décédé. Mais voilà... c'est...
 281 **C'était fort en émotion, vous avez ressenti...**

282 Ouais, là, c'était le côté sentimental, tu vois, qui a rattrapé le truc. Dite à ma femme, ma
 283 femme, que je l'aime, oohhhh... j'ai senti la larme qui commençait... je n'ai pas pleuré,
 284 je n'étais pas loin, je pense.... Ouais, mais bon, voilà, mais je pense que ça se fait
 285 naturellement. Et après, il y en a qui sont plus ou moins sensibles ou insensibles
 286 **C'est ça...**
 287 Il y en a qui sont... Bah tiens, pour te dire l'insensible, quand je travaillais en réa, il y
 288 avait un patient qui allait décéder. Et là, par contre, ça m'a choquée.
 289 Mais je venais d'arriver, donc je ne connaissais pas trop le médecin.
 290 Bref. Et il me dit, oui, oui, de toute façon, lui, il n'y en a pas pour longtemps, il va
 291 décéder, allez, on ferme la porte, on revient dans 10 minutes.
 292 Oh... j'ai regardé le truc et moi j'arrive dans le service, j'ai ouvert la porte, j'ai été tenir
 293 la main, j'ai dit non, je ne peux pas le laisser mourir seul, il n'y a personne. Et toujours,
 294 tu te dis, fin moi je me dis toujours ça, si c'est moi, tu décèdes tout seul comme ça, tu
 295 n'as personne.
 296 Je veux dire, lui il s'en fout que Céline lui tienne la main, mais au moins il n'est pas mort
 297 seul.
 298 Tu vois, il faut être...
 299 **Il faut être présent.**
 300 Ouais, voilà. Mais c'est vrai que... Il y a plein de situations, en fait, c'est dur... En fait,
 301 quand j'y repense, j'ai eu plein de trucs durs.
 302 Pareil, en Réa, on avait cette patiente. Un accident de voiture sur l'autoroute. Il y avait
 303 ses deux enfants à l'arrière, avec son mari. Son mari est parti à Marseille parce qu'il avait
 304 un truc au cerveau, ici t'as pas de neurochir... Elle s'est réveillée, elle dit, comment ça
 305 va mon mari ? Et donc, on lui dit qu'il est parti à Marseille. Et elle ne demande pas pour
 306 les enfants. Et ils étaient morts dans l'accident. Alors on se dit, comment on va lui dire
 307 ?
 308 Et en fait, on a su par les pompiers que quand elle a eu l'accident, elle était encore
 309 consciente. Et en fait, elle les avait vus morts, ses deux enfants, tu vois. Mais là, tu te
 310 dis, mon Dieu, quand il va falloir lui annoncer...
 311 D'ailleurs, le médecin, je lui avais dit, comment tu vas faire pour lui annoncer que ses
 312 deux enfants, ils sont morts ? Il m'a dit, il y a sa mère qui arrive, je vais lui demander à
 313 sa mère de... Il se sentait pas, tu vois, lui, de dire à cette femme, vos deux enfants sont
 314 morts. Ils étaient pas attachés, ils ont été éjectés, voilà (l'intonation de sa voix
 315 diminue...)
 316 Non, tu vois, il y a plein de choses dures.
 317 **Ouais.**
 318 Mais le problème, c'est que tu es obligé de te... Comme on dit, tu as dû en avoir d'autres
 319 qui ont dû te dire de te blinder. Si tu ramènes toute cette tristesse à la maison, enfin, tu
 320 vois...
 321 Après, il y a des cas qui nous touchent plus que d'autres.
 322 **Oui, je vois comme on a dit par rapport au contexte, à l'âge, ce que la personne**
 323 **nous renvoie...**
 324 Ouais, c'est ça... (Coupure de l'enregistrement, elle reçoit un deuxième appel)
 325 (Reprise de l'enregistrement)
 326 **Lors d'un décès, du coup, est-ce que vos émotions influencent votre pratique**
 327 **professionnelle ?**
 328 **On en a un peu parlé du coup.**

329 Non, pas du tout, non, il y a une prise en charge à faire, on sait ce qu'on doit faire, il y a
330 des protocoles.
331 **Ok.**
332 Non, ça ne change pas ma façon...
333 **De fonctionner.**
334 Non. Et même la toilette, quand je le tourne, je pars du principe qu'il est encore là, je
335 fais attention à la position, la pudeur, la serviette, tant qu'il est là avec moi, qu'il soit
336 vivant ou mort, c'est encore quelqu'un.

Annexe 4 : Entretien n°2

Lors de cette retranscription, les noms des services cités ont été supprimés (excepter les typologies) et les prénoms ont été modifiés afin de conserver l'anonymat.

1 **Alors, est-ce que d'abord, tu pourrais te présenter ?**

2 Alors, je m'appelle Constance, j'ai 26 ans, je suis infirmière depuis juillet 2021. Donc,
3 c'est récent, mais pas trop. Enfin, un peu. (Petit rire)

4 Euh... j'ai fait mon école sur Montélimar. Euh... Et puis après, moi je suis d'ici, à côté
5 d'Avignon, donc j'ai postulé sur l'hôpital, j'ai travaillé trois mois à peu près au SSR, aux
6 soins de suite, réadaptation, et après je suis venue travailler ici, en USLD.

7 S'il y a d'autres questions que je ne pense pas forcément à dire, tu me dis.

8 **Pas de soucis. Donc, pour toi, c'est quoi la mort ?**

9 **Est-ce que tu as une définition particulière ou bien alors est-ce que tu as une**
10 **perception particulière par rapport à une croyance, une religion, une philosophie**
11 **que tu as ?**

12 Niveau religion, je ne m'y intéresse pas... Enfin, je ne prends pas le côté religieux de la
13 mort.

14 Après, c'est vrai qu'ici, en long séjour, on a un public très âgé, donc souvent, ils finissent
15 leur vie ici, leur jour. Donc on y est quand même confrontés, c'est assez récurrent.

16 Euh... Que dire sur la mort ? Bah... C'est... C'est la fin de vie, quoi. Fin, je ne sais pas
17 comment... Quoi dire de plus ? (Rires)

18 **Y a pas de réponse précises, mais oui c'est juste la fin de vie ?**

19 Oui, enfin... C'est quand la vie s'achève et que... Oui, après, c'est vrai qu'il y a les
20 personnes qui ont peut-être... Qui ont plus le côté religieux, après, il y a tout le côté
21 spirituel, etc. Mais c'est vrai que moi... Je suis pas trop dans la religion (Rires gênée)

22 **Ensuite, est-ce que tu pourrais me raconter une situation où la mort d'un patient**
23 **t'a particulièrement marqué ?**

24 Je dirais que c'était il n'y a pas si longtemps que ça. C'est une patiente... Ici, du coup,
25 long séjour, donc les personnes restent assez longtemps dans notre service. Des fois,
26 ça peut durer même des années, comme 10 ans, 11 ans, etc. Là, ça ne faisait pas très, très
27 longtemps qu'elle était chez nous, cette patiente. Mais elle avait beaucoup de problèmes
28 de santé et en fait, elle s'est dégradée.

29 Mais avant tout ça, elle nécessitait beaucoup de soins, elle avait beaucoup de pansements
30 aux jambes. On prenait beaucoup de temps avec elle et c'est une personne avec qui on
31 discutait beaucoup aussi, donc quelqu'un qui était attachante. Donc forcément, plus
32 difficile après.

33 **Ça créer du lien.**

34 Voilà, et il y avait la famille aussi qui était très présente. Deux fils à elle qui venaient
35 très souvent, ils étaient là tous les jours. Ils s'alternaient pour lui rendre visite parce
36 qu'elle souffrait beaucoup d'être hospitalisée ici, de ne pas pouvoir rentrer chez elle.
37 Donc euh... on a créé du lien aussi avec la famille.

38 Et donc, bref, elle s'est dégradée au niveau respiratoire. Et je travaillais, ces jours-là,
39 c'était à Noël, donc, il n'y a pas si longtemps que ça.

40 Et du coup, ça a été un peu compliqué parce que forcément, quand il y a l'affect qui
41 rentre en jeu, on est plus touché, je pense. Sans dire qu'on n'est pas touché par la mort
42 pour les autres patients, mais quand il y a l'affect aussi qui rentre, même si on devrait

43 avoir une certaine distance professionnelle. Mais bon, vu qu'ils sont là tous les jours,
 44 jusqu'à des fois des années, etc., qu'il y a ce lien qui s'est créé avec elle, avec la famille,
 45 ça a été un peu compliqué au niveau émotionnel.
 46 Mais bon, je ne sais pas ce que je peux te dire de plus.
 47 Dis-moi si tu as des questions.

48 **Donc ensuite, ma question d'avant, c'était qu'est-ce qui est le plus difficile pour**
 49 **vous lorsqu'un patient décède ?**

50 Alors tout dépend des situations mais je dirais que moi ce qui me touche dans le décès
 51 des résidents ici souvent, c'est qu'il y en a beaucoup qui n'ont pas de famille.
 52 C'est des personnes, en gros, pour t'expliquer un peu le chemin des personnes qui sont
 53 ici, donc souvent elles sont hospitalisées dans les tours, c'est des personnes qui chutent
 54 ou qui ont un gros problème, elles sont hospitalisées dans les tours, après elles vont en
 55 SSR, donc au rez-de-chaussée, et après souvent ils font des demandes soit de retour à
 56 domicile avec des aides, soit... des demandes d'EHPAD foyers logements et en fait ici
 57 on a beaucoup de personnes en fait qui sont leurs dossiers sont pas acceptés dans les
 58 EHPAD donc il n'y a pas de retour à domicile possible donc on va dire « c'est les
 59 rejetés » mais presque..

60 Du coup ils sont ici il y en a pas mal, après on connaît un peu leur histoire de vie, mais
 61 pas tous, et il y en a beaucoup qui n'ont pas de famille. Donc des fois, bah... en soit les
 62 seules personnes qui leurs restent, c'est nous.

63 Donc on essaie de faire au mieux jusqu'à leur dernier souffle pour les accompagner,
 64 parce que quand on a une famille, ils sont accompagnés, mais quand ils n'ont personne,
 65 du coup on est là et... Et après, ça passe vite à autre chose... Il y a une entrée derrière....
 66 La vie, elle suit son cours.

67 **D'accord.**

68 Tu me dis si jamais je ne réponds pas assez aux questions, hein, des fois je peux partir
 69 très loin je sais pas.

70 **C'est bon, on est bon. (rires)**

71 **D'accord, donc en soit le plus difficile, c'est vraiment le fait que, vu que c'est du**
 72 **long séjour, on crée du lien, et ensuite, quand cette personne décède, c'est vraiment**
 73 **au niveau émotion.**

74 Ça rentre beaucoup en jeu.

75 **D'accord. Ensuite, ma prochaine question, c'est comment votre expérience**
 76 **professionnelle ou personnelle influence-t-elle votre manière d'appréhender la**
 77 **mort ?**

78 (Constance prend une grande inspiration) Alors là... Euh... (rires)

79 **Plus simple, sinon. Comment ton vécu, il aide à accompagner les proches ?**
 80 **(Question de relance)**

81 Euh... Ouais, parce qu'on va dire, niveau expérience professionnelle, je n'ai pas non plus
 82 10 ans derrière moi, donc euh... et encore que des décès j'en ai fait.

83 Après, niveau vécu (pfff), je pense que ça dépend de chacun. Euh... Moi, j'ai un
 84 caractère... Enfin, ça dépend des personnalités peut-être de chacun, je ne sais pas. Moi,
 85 je suis quelqu'un de calme... de sensible aussi quand même, même si j'essaie de garder
 86 mon rôle d'infirmière avant tout.

87 Du coup, ça me permet de... Pour moi, une personne qui, qui est en fin de vie, qu'on sait
 88 que ça va être une histoire de jours ou d'heures, j'essaie de faire au mieux pour la
 89 personne, euh de lui procurer les soins nécessaires pour elle, que ce soit pour la prise en
 90 charge de la douleur,

91 Pour tout, pour la propreté, pour n'importe quoi, qu'elle soit le plus confortable possible
 92 avant qu'elle décède. Donc après, oui, ça devrait être tout le monde, je pense.
 93 Après, je ne sais pas si c'est mon vécu qui fait ça.
 94 Je ne pense pas avoir quelque chose de plus que quelqu'un d'autre pour affronter la mort.
 95 **D'accord.**
 96 Je ne sais pas si c'est clair, mais...
 97 **Ça dépend de chacun, c'est ça ?**
 98 Ouais, je pense.
 99 Après, ce n'est jamais facile, mais... Après, je ne vais pas dire que ça fait partie de notre
 100 quotidien, mais bon, on y est souvent con... (perds ses mots). Je n'arrive plus à trouver
 101 les mots que je voulais dire. On y est souvent... euh... je sais plus... désolé j'ai plus les
 102 mots... Euh..
 103 **D'accord pas de soucis... (petit rires)**
 104 **Et je n'ai pas noté cette question, mais au niveau des familles, est-ce que... pour les**
 105 **patients qui ont encore leurs familles autour, vous, comment vous arrivez à gérer**
 106 **aussi les familles à côté ? (Deuxième question de relance)**
 107 Hum, hum... Euh bah des fois, c'est pas facile. Ça dépend. Ça dépend vraiment de
 108 chaque cas. Souvent, quand la personne va se dégrader, on sait que... Ça va être bientôt
 109 la fin. Souvent, c'est le médecin qui prévient la famille. Et après, en général, ils se
 110 déplacent, ils restent sur place.
 111 Nous, dès qu'ils arrivent, on va les voir dans la chambre. On essaie de faire un petit point
 112 avec eux, niveau infirmier. Au cas où, s'ils ont des questions qu'ils n'ont pas pu poser au
 113 médecin. Et après, on essaie de les accompagner, d'être présents.
 114 On va porter à boire, à manger, des gâteaux... Mais des fois, et bah... ce n'est pas
 115 forcément le médecin qui va annoncer les choses. C'est aussi nous, en tant qu'infirmiers.
 116 Moi, j'ai eu le cas un week-end, on a eu... j'ai eu le décès d'une dame. En fait, nous, le
 117 week-end, il y a des médecins de garde qui sont là de, je vais dire, de 9h à 13h.
 118 Donc après, dès qu'il n'y a plus personne, à 13h, en gros, je dois appeler le SAMU. Parce
 119 qu'ici, on n'a pas les médecins des tours qui se déplacent, etc. Et donc, j'ai une dame qui
 120 a décompensé fort niveau respiratoire. Elle n'était plus du tout confortable.
 121 Et le médecin de garde était parti. Et en fait, le protocole qu'il y avait de prescrit, c'était
 122 en gros de mettre en place des pousse-seringues de morphine, si jamais, voilà. Donc pour
 123 être sûre, j'ai quand même appelé le SAMU pour avoir leur avis. J'ai dit, voilà, elle n'est
 124 pas du tout confortable. Euh... j'ai déjà fait ça, ça, ça, ça. Je n'ai plus d'autres choses.
 125 Donc ils m'ont dit, mettez en route les pousse-seringues. Sauf que le SAMU, je les ai par
 126 téléphone, mais ce n'est pas eux qui vont appeler la famille derrière pour leur dire, voilà,
 127 votre mère, elle est...
 128 Enfin, ce n'est pas eux qui vont les appeler. Vu que je n'avais pas de médecin, c'est moi
 129 qui ai appelé la famille pour leur dire que du coup, ça n'allait plus et que j'allais devoir
 130 mettre en place les pousse-seringues.
 131 Et qu'en général, quand on met les deux pousse-seringues de mida-morphine, ça aide un
 132 peu à dire... Pas dire, la mort arrive plus vite, mais ça aide à partir un peu...
 133 **De manière plus soulagée ?**
 134 Un peu plus rapidement, de manière plus soulagée que ce que ça aurait pu être. (Bruit
 135 de voix dans le couloir qui s'approche de la salle de pause, entrée d'une personne)
 136 (Coupure de l'enregistrement)
 137 (Reprise de l'enregistrement)

138 Euh... Donc du coup, c'est moi qui ai dû appeler la famille pour leur dire, voilà, donc j'ai
 139 expliqué la situation, que j'avais eu le SAMU au téléphone et que j'allais devoir mettre
 140 les pousse-seringues pour la soulager.
 141 Mais que du coup, d'un côté, ça allait la soulager, mais ça pouvait l'aider à partir un peu
 142 plus vite vu qu'elle n'avait plus du tout de force entre guillemets. Donc du coup, la famille
 143 est arrivée.
 144 Normalement, c'est vrai que c'est les médecins qui sont censés faire ça, fin... Et la famille
 145 est arrivée et peut-être 5 minutes avant qu'ils arrivent, elle est décédée. Voilà donc...
 146 après bah voilà... donc face à la famille... Ça a été un peu compliqué aussi à ce moment-
 147 là.
 148 **C'est quoi qui a été compliqué ? C'est vraiment au niveau émotion ou ?...**
 149 Pas au niveau émotionnel, mais... (Nouvelle entrée et sortie d'une personne et rires)
 150 Pardon, pas au niveau tant émotionnel, mais... après, c'est dur de voir la tristesse des
 151 gens, de la famille. Parce que je me mets... enfin... pas je me mets à leur place, mais
 152 bon voilà quoi...
 153 Quand tu reçois un coup de téléphone, on t'appelle, on te dit, bah en gros, voilà venez
 154 parce que ça va plus tarder. Qu'au final, tu arrives, tu as raté de 5 minutes, elle est
 155 décédée.
 156 Après, bon, y a des personnes qui montrent plus que d'autres leurs émotions... Cette
 157 famille a montré beaucoup d'émotions donc ça a été un peu compliqué parce qu'après...
 158 enfin... même si on doit garder une posture professionnelle on est des humains avant
 159 tout donc voilà
 160 **D'accord... et toi à ce moment-là tu as ressenti quoi comme émotion ?**
 161 Moi j'ai ressenti euh... je ne saurais pas comment dire.
 162 D'un côté, je ne sais pas si c'est... D'un côté, je dirais que j'étais un peu gênée parce que...
 163 Bah je l'avais téléphonée et le temps qu'elle arrive, au final, elle n'a pas pu être là pour
 164 en gros, le dernier souffle de sa mère. Donc j'étais gênée que ce soit arrivé avant qu'elle
 165 n'arrive.
 166 Mais après, en faisant la situation, j'étais quand même contente de l'avoir appelée. Parce
 167 que même si ce n'était pas forcément mon rôle propre de téléphoner et de dire à une
 168 famille, le décès va approcher, bon... (Nouvelle entrée et sortie d'une personne)
 169 Même si ce n'était pas mon rôle d'appeler, je me suis dit au moins qu'il est fait. Même
 170 s'ils ont raté de peu, bah... ils ont pu être là quand même... un petit peu...
 171 Je ne sais pas après quoi d'autre comme émotions. Non, après on ressent toujours un peu
 172 de peine pour la famille, normal hein... comme n'importe qui perd un proche (bruit de
 173 porte)
 174 C'est douloureux, donc euh... on ressent un peu de peine pour eux quoi... Mais bon
 175 après...
 176 **Ouais tu ne t'es pas effondré où laisser déborder par les émotions**
 177 Non, non, non, nan, nan quand même, non. (Léger rires)
 178 **Et... est-ce... Est-ce qu'il y a une situation où vraiment tu t'es laissé submerger par**
 179 **les émotions ou pas du tout ? Où tu arrives à garder une certaine distance ?**
 180 Il y a eu le décès de la dame pour Noël où ça a été compliqué parce que vu qu'il y avait
 181 cet affect en plus, même avec ses fils avec qui je m'entendais très bien, souvent on
 182 discutait, ils me demandaient des nouvelles, tout ça. Et quand ils sont arrivés euh... et
 183 qu'elle est décédée euh... j'ai accompagné son fils, un de ses deux fils, dans la chambre.
 184 Et il s'est mis à pleurer.

185 J'ai découvert le drap il m'a dit je peux la voir j'ai dit oui, oui, donc j'ai découvert le drap
 186 il s'est mis à pleurer et il s'est penché sur sa mère il s'est mis à pleurer tout ça et après il
 187 faisait que me dire euh... bon c'était peut-être pas le moment inapproprié, mais il me
 188 disait merci, merci pour tout, du coup j'étais là bon allez c'est pas le moment de pleurer
 189 donc après je...
 190 J'ai ravalé mes larmes, je n'ai pas pleuré, il n'y a rien qui est tombé, mais j'ai dit bon je
 191 vous laisse. Voilà... je vous laisse prendre le temps si à quoi que ce soit vous venez me
 192 chercher.
 193 Ce n'était pas non plus ma place... voilà, je l'ai accompagnée après.
 194 **D'accord, ok...**
 195 Je n'allais pas pleurer avec lui. (Rires gênées)
 196 Sinon, je ne... non quand même... il faut garder un petit peu.
 197 **D'accord... Sinon quoi ?... Si on pleure devant la personne, tu aurais ressenti quoi**
 198 **?**
 199 **Comment tu te serais sentie ?**
 200 Je ne sais pas, je ne sais pas en vrai...
 201 Ça aurait pu arriver parce que vraiment j'étais à
 202 **Au bord des larmes ?** (Rires gênées)
 203 A un doigt de crier... les larmes qui coulaient. (Rires gênées)
 204 Mais... non, après c'est qu'on se dit que ce n'est pas notre famille non plus. Fin euh...
 205 Même si moi je voilà... euh... je suis quelqu'un de sensible, tout ça, faut se dire aller...
 206 fin... eux ok ils ont le droit de pleurer et toi...
 207 Oui, t'es triste par la situation, ils te remercient, tout ça, mais c'est bon. (Rires)
 208 Ne pleure pas, c'est bon.
 209 **Du coup, ma question m'a un peu répondu.**
 210 **Du coup, c'était que ressentez-vous lors de la mort d'un de vos patients ?**
 211 **Donc, ça, on a un peu parlé.**
 212 Mmh.
 213 **Et l'avant dernière, du coup, c'est lors d'un décès, est-ce que tu penses que les**
 214 **émotions influencent ta pratique ?**
 215 C'est-à-dire, avant le décès, après ? Euh... Pendant ?
 216 **Pendant et après.**
 217 Tu dirais à quel stade ?
 218 **Quand tu apprends que la personne est décédée.**
 219 Quand j'apprends que la personne est décédée ? (Pfoup (bruit de bouche))
 220 Est-ce que ça a un impact sur euh... sur m... la façon dont je vais travailler ?
 221 **Sur ta pratique.**
 222 Par exemple, sur ma façon de travailler ?
 223 **Oui par exemple sur ta façon de travailler...**
 224 Par exemple j'arrive le matin, on me dit « Madame telle est décédée ».
 225 **Oui voilà, c'est ça.**
 226 Si ça impacte ma journée de travail ?
 227 **C'est ça.**
 228 Euh... hmm... je ne vais pas dire selon qui mais oui... bon il y en a avec qui on est un
 229 peu plus, plus d'affect que d'autres mais sur le coup je vais dire ah bon mais la journée
 230 elle doit continuer à rouler quand même donc... il y en a d'autres qui m'attendent (rires)
 231 je ne peux pas trop me permettre de...

232 Après rien ne m'empêchera d'y penser. Il y a une patiente qui est décédée, je n'étais pas
 233 là.
 234 Une avec qui aussi je m'entendais très bien. Et... ça ne m'empêche pas des fois d'y
 235 penser.
 236 Mais après ça va pas...
 237 **Ça va pas t'affecter chez toi...**
 238 Ça va pas complètement m'impacter chez moi ou sur ma journée de boulot ou euh...
 239 Par exemple la dernière fois j'étais dans la réserve de linge et j'ai vu la couverture qu'elle
 240 avait.
 241 Cette dame qui est décédée, où je n'étais pas là. J'ai dit, tiens, c'est la couverture à Marie-
 242 Laure, donc j'ai pensé à elle, puis après, j'ai dit, voilà, la journée elle continue quoi.
 243 **D'accord.**
 244 Hmm.
 245 **Et ma dernière question, du coup, est-ce que tu as des stratégies pour rester**
 246 **professionnelle lors d'un décès ?**
 247 Des stratégies ? (Grande inspiration)
 248 **Des mécanismes de défense ou autre ?**
 249 Ça... (Pfoup) je pense que les mécanismes, peut-être qu'on les fait, mais sans rendre
 250 compte de soi-même.
 251 **Inconsciemment ?**
 252 Ouais.
 253 **Ok.**
 254 Euhh.. Je dirais que nous, on sait peut-être l'analyser chez quelqu'un.
 255 **Chez soi.**
 256 Mais alors de soi-même, pour s'analyser soi-même, je ne saurais même pas, moi.
 257 Mais non...
 258 Redis-moi la question.
 259 **Avez-vous des stratégies pour rester professionnel lors d'un décès ?**
 260 Je dirais qu'il faut essayer de garder en tête que c'est un patient.
 261 Nous, on est là pour le soigner, pour l'accompagner jusqu'à la fin, dans la mort, etc.
 262 Et que... qu'on garde avant tout notre rôle propre, voilà...
 263 On prend soin de lui, on le soulage au niveau de la douleur, on applique les prescriptions,
 264 euh... on fait les soins d'hygiène adéquats, et...
 265 C'est ce qui permet aussi, je pense, de rester professionnel, de-d'exercer un premier dans
 266 ton métier quoi, et dans ces moments-là, ouais.
 267 Après c'est pas... comment dire... c'est pas non plus... pas une erreur mais... c'est pas
 268 quelque chose de mal non plus, de des fois, d'avoir... d'être touché par certaines
 269 situations, par un décès.
 270 Tant que ça n'impacte pas euh... notre vie à l'extérieur euh..., qu'on en pleure des jours,
 271 je pense qu'on a le droit quand même.
 272 Comme j'ai dit avant, on est des humains, donc... Pour moi, c'est normal aussi
 273 d'éprouver des fois des émotions, on n'est pas des robots. Donc, je sais pas s'il y a
 274 vraiment des stratégies... pour être professionnelle.
 275 Après, en soi... qu'est-ce que ça veut dire rester professionnelle ?
 276 **Tu me poses une bonne question-là (rires)**
 277 Alors ?
 278 **C'est-à-dire, de...**
 279 En gros, c'est pas montrer ses émotions ?

280 **Je dirais qu'il ne faut pas être, pour moi, après c'est ma définition, qu'il ne faut pas**
 281 **être non plus trop distant, mais pas non plus trop impliqué.**
 282 Mmh, mmh, oui, il faut un juste milieu.
 283 **C'est ça.**
 284 **Et c'est là où, du coup, je pense que les mécanismes, nos mécanismes face à la mort**
 285 **ou autre, ça va permettre, entre guillemets, de rester vraiment dans ce milieu-là.**
 286 **De ne pas vraiment, pas trop s'impliquer, mais pas non plus... euh... trop être**
 287 **distant**
 288 Oui.
 289 **Après, c'est un peu à double tranchant parce que si on est trop distant, on peut être,**
 290 **on peut manquer d'empathie. Et si on est trop impliqué, ça peut du coup nous**
 291 **mener à une surcharge émotionnelle et après le burnout ou autre.**
 292 Mmh, mmh.
 293 **Voilà.**
 294 C'est vrai, non, il faut juste mieux.
 295 **D'accord.**
 296 Dans tout, de toute façon.
 297 **Ok.**
 298 Mais après, je ne sais pas s'il y a des stratégies. Je pense qu'on le fait inconsciemment,
 299 sans s'en rendre compte.
 300 **D'accord.**
 301 **Même si tu as dit qu'on... que c'était difficile d'analyser sa propre réaction, est-ce**
 302 **que dans la situation que tu m'as raconté la première, celle où la personne t'avait**
 303 **vraiment créé du lien et que son fils était venu, est-ce que**
 304 **Est-ce que tu arriverais à l'analyser par rapport à ton comportement ?**
 305 **Pour pas trop... justement, tu as dit que tu retenais tes larmes.**
 306 Mmh.
 307 **Mais est-ce que tu... Je ne sais pas, c'est un peu bête, mais est-ce que, par exemple,**
 308 **tu esquivais la chambre ou alors tu essaies de rester distant du fils ? Peu importe...**
 309 Bah après, en soi... euh... Même ce que je t'ai dit, que j'ai laissé dans la chambre, que
 310 je suis partie, j'ai fui. C'est un mécanisme en vrai, donc...
 311 **Voilà.**
 312 Voilà
 313 **Pour rester à distance de tes émotions.**
 314 Oui, aussi.
 315 **D'accord**
 316 Et parce que ce n'était pas non plus ma place.
 317 **D'accord.**
 318 C'était pas pour me dire à moi euh... genre euh... t'as pas le droit d'avoir ces émotions
 319 parce que je suis quelqu'un de très sensible. Je vois des vidéos sur TikTok, je pleure, bon
 320 bref.
 321 Donc non, c'était pas forcément pour moi m'empêcher d'avoir des émotions, mais c'était
 322 pour... c'était pas ma place. Mais après, oui, en soi, là je l'ai laissé donc j'ai fui. Après,
 323 c'était pas... je suis pas partie au milieu du truc en courant.
 324 Mais oui. Et après, non, je n'ai pas évité la chambre. Je venais souvent voir s'il y avait
 325 besoin d'aide pour les affaires ou quoi que ce soit.
 326 Non, après, c'était juste, je pense, ce moment-là qui était difficile. Ce... ouais... le
 327 moment précis que je t'ai raconté. Je pense qu'il y avait que ça.

328 Après, la journée, elle continue.
329 Donc, en soi, on est occupé, donc, ça nous fait penser aussi à autre chose.
330 **D'accord ok.**
331 **Voilà, on est bon.**
332 Voilà. (Rires)
333 **Est-ce que tu as d'autres choses à rajouter ou pas spécialement ?**
334 Je ne pense pas. Je pense avoir tout dit.
335 **C'est toi. Tu me dis si tu as d'autres questions. J'espère que j'ai assez répondu.**
336 **Ça... non, tout est bon, ça va**
337 Ok.
338 **Après, il n'y a pas de réponse type...**
339 Ouais.

Annexe 5 : Entretien n°3

Lors de cette retranscription, les noms des services cités ont été supprimés (excepter les typologies) et les prénoms ont été modifiés afin de conserver l'anonymat.

- 1 Donc là, tu veux que je me présente ?
- 2 **C'est ça, est-ce que vous pourriez vous présenter ? (bruit de sonnette)**
- 3 Donc, je m'appelle Annaëlle, je suis infirmière depuis juillet de l'année dernière.
- 4 Auparavant, j'ai travaillé en soins palliatifs à (Nom censuré).
- 5 Après, je suis allée faire un petit tour en SSPI à (Nom censuré), et là, depuis grosso modo
- 6 un mois et demi, je suis ici, en Onco. Voilà.
- 7 **Et du coup, ma première question, c'est pour vous, qu'est-ce que la mort ?**
- 8 Pour moi, qu'est-ce que la mort ? Bah cliniquement parlant, c'est l'arrêt des fonctions
- 9 vitales.
- 10 Après, il y a plusieurs dimensions à ce que peut être la mort.
- 11 Il y a une dimension spirituelle, il y a une dimension, encore une fois, biologique.
- 12 Et puis après, il y a une dimension aussi sociétale avec toutes les perceptions qu'on peut
- 13 en avoir.
- 14 **Est-ce que vous en avez en particulier des perceptions par rapport à la philosophie**
- 15 **ou par rapport sociétale ou religieuse ou culturelle ?**
- 16 Euh... quand je suis infirmière ici, non, je n'ai pas de vision particulière dans le sens où
- 17 je me tiens à la clinique.
- 18 **D'accord.**
- 19 Voilà, après, de manière personnelle, oui, forcément. Mais ici... (ouverture de la porte,
- 20 entrée d'une infirmière)
- 21 Ah, vous avez déjà commencé ? Pardon. (sortie de l'infirmière)
- 22 Ouais.
- 23 On va dire que je m'en tiens à la clinique stricto sensu.
- 24 **D'accord. Est-ce que tu... vous pourriez me raconter une situation ?**
- 25 Non mais tu peux me tutoyer, au contraire. (Entrée de deux aides-soignantes,
- 26 chuchotement)
- 27 Dis-moi, vas-y. (Chuchotement des AS)
- 28 **Alors, la question, c'était, pouvez-vous me raconter une situation où la mort d'un**
- 29 **patient vous a particulièrement marqué ?**
- 30 Oui, bien sûr. Alors, c'était une situation où il y avait... C'était un sujet jeune, en fait.
- 31 C'était un patient de 24 ans que j'avais rencontré en soins palliatifs. Et forcément, qui dit
- 32 sujet jeune, dit prise en charge de la famille, d'autant plus que si la personne était âgée,
- 33 puisque c'était aussi sur un cancer. Donc, forcément, l'état du patient, tu le vis aussi
- 34 comme une injustice.
- 35 Et puis forcément, quand tu as sensiblement le même âge que la mère du patient, il y a
- 36 un transfert qui se fait sans que tu le veuilles.
- 37 Donc oui, quand en effet, ce patient de 24 ans est décédé... euh... c'est des situations
- 38 qui marquent. Parce que... euh... voilà tu te dis, il y a une proximité d'âge, il y a des
- 39 transferts qui se font.
- 40 Donc forcément, c'est des situations que tu as du mal à vivre. (Bruit de sonnette)
- 41 Et des personnes qui vont te marquer et... et qui vont te repositionner dans ta pratique.

42 **D'accord... Et au niveau des émotions, tu as ressenti quoi, mis à part le transfert,**
43 **le contre-transfert ?**
44 Les émotions, elles étaient, je pense, complètement liées à la transférabilité de la
45 situation, en me disant que cette maman, elle était en train de perdre un enfant de 24 ans,
46 qui se battait depuis sa plus jeune enfance, et que...
47 Sur le papier, c'est pas juste quoi... que c'est pas dans l'ordre des choses, et que ça va
48 beaucoup laisser de séquelles à ceux qui vont rester, malheureusement, aux frères et
49 sœurs de cette personne, aux parents qui vont devoir se reconstruire.
50 Quand la mort a lieu dans la logique biologique des choses, bon, bah, c'est dur, mais en
51 soi, ça fait partie du jeu, puisqu'on sait qu'on est tous pour mourir. Mais quand justement
52 elle fauche quelqu'un qui est jeune et qui devrait avoir toute sa vie devant lui, c'est plus
53 compliqué.
54 **Mais est-ce qu'à ce moment-là, tu as ressenti de la tristesse ou du soulagement ?**
55 Non, de la tristesse, ce n'était pas du soulagement.
56 Non, non, c'était...
57 **De la peur ou pas ?**
58 Même pas, non, non, c'était de me dire que ce n'était pas juste.
59 **D'accord... Ok.**
60 La notion d'injustice face à...
61 **Face à un décès jeune ?**
62 Voilà, une vie écourtée quoi.
63 **D'accord.**
64 **Du coup, ma prochaine question, c'était comment votre expérience professionnelle**
65 **ou personnelle influence-t-elle votre manière d'appréhender la mort ?**
66 Euh... (Petit moment de réflexion)
67 Comment mon expérience pro influence ma manière de percevoir la mort ?
68 **Pro ou personnelle ?**
69 Bah c'est assez dichotomique à chaque fois tes questions.
70 Dans le sens où tu me demandes toujours de rapprocher la personne que je suis avec la
71 professionnelle que je suis.
72 Donc, si je devais te répondre... Moi, je mets vraiment un filtre entre les deux.
73 J'ai du mal à réunir les deux personnes que je suis.
74 **D'accord.**
75 Mais euh... Tu vois, typiquement, je ne fais pas partie des personnes qui vont rentrer
76 avec euh... la conscience alourdie par un décès.
77 Tu vois, à moins que j'ai l'impression d'avoir failli sur une prise en charge.
78 Mais si je sais que j'ai été au carré sur un accompagnement et que le patient est parti
79 confort, et qu'au contraire, ça a été entre guillemets une jolie mort parce que le patient
80 était confortable, que la famille était informée, que tout était au carré... euh... ça va.
81 Mais par exemple, s'il y a des morts qui sont, comme je te le dis, un petit peu plus factuel
82 dans le sens où bah... ce n'est pas juste, tu as toujours ce sentiment de « je peux mieux
83 faire » ou ça aurait pu être pris différemment, bon bah voilà, ça te hante un petit peu
84 plus.
85 Mais pour en revenir à ta question, c'était quoi du coup ? J'ai l'impression que j'ai dévié.
86 **Comment votre expérience professionnelle ou personnelle influence-t-elle votre**
87 **manière d'appréhender la mort ?**
88 Comment j'appréhende la mort ?

89 En fait, de manière très triviale. Pour moi euh..., la mort, encore une fois, c'est horrible
90 à dire, mais ça fait partie du jeu.
91 On sait qu'on ne va pas l'éluder. Euh... On ne pourra pas passer à côté.
92 Donc, tant au niveau professionnel que personnel, je, je, je ne la vis pas comme quelque
93 chose de... catastrophique, en fait. Voilà, c'est écrit.
94 **Ça fait partie de la vie.**
95 Donc, en fait... Exactement.
96 Donc, tout ce que je peux faire, c'est, quand ça s'impose à moi, faire en sorte que ça se
97 passe dans les meilleures conditions possibles, de manière le plus neutre possible, mais
98 avec toute la bienveillance et tous les soins de support que tu peux apporter pour que,
99 justement, les derniers moments, tant au niveau de la famille qu'au niveau... qu'au niveau
100 du patient, se passe bien, pour que moi, en tant que professionnelle et en tant que
101 personne, je me sente OK avec ce que je suis en train de faire.
102 **D'accord.**
103 Voilà.
104 **Ok, donc, c'est l'accompagnement de la fin de vie qui va vraiment influencer sur...**
105 Ouais, ça va être ma présence sur les derniers moments, ça va être OK sur le fait
106 d'augmenter un Mida ou une Morphine, mais parce que j'en aurais longuement discuté
107 avec le médecin et que je sais pourquoi je le fais, donc je le vis pas mal.
108 Tu vois... je ne suis pas surprise qu'on fasse ça.
109 Euh... donc, à partir du moment où moi, je vais être OK avec le traitement que j'envoie,
110 la personne qui est en moi le sera aussi, en fait. Voilà.
111 **D'accord, ok.**
112 **Et il y a une situation où tu as déjà été en désaccord par rapport...**
113 Ah oui, complètement. Oui, oui. Mais là, j'ai exprimé mon droit de retrait.
114 **Et ensuite, ma prochaine question, c'était que ressentez-vous lors de la mort d'un**
115 **de vos patients ? Donc, on a évoqué un peu la tristesse, mais est-ce qu'il y a peut-**
116 **être une situation où, je ne sais pas moi, vous avez été un peu plus distante ou alors**
117 **vous avez été vraiment dans l'émotion ?**
118 Euh... Sur le moment où ça se passe, c'est-à-dire quand c'est pas je perds un patient,
119 mais quand t'es confronté à un décès de ton patient, euh... en fait, c'est bizarre ce que je
120 vais te dire, mais là ça s'impose à moi à deux vitesses.
121 C'est-à-dire que tu vois, j'ai fait mon pré-pro en réa et là on est dans de l'aigu, donc la
122 mort en réa je la vivais pas pareil que la mort en soins palliatifs.
123 La mort en réa où tu t'es battu sur un décho-. Où tu as massé, où tu as passé de la nor,
124 où tu as tout fait pour que ça se passe et ça ne marche pas, là, ça te cogite.
125 Parce que tu te dis, est-ce que je suis allée assez vite ? Est-ce que les doses étaient assez
126 fortes ? Est-ce qu'on n'aurait pas pu faire mieux ? Enfin, moins, plus vite, autrement ?
127 Est-ce qu'il n'a pas trop tardé à arriver ? Est-ce que la prise en charge a été assez rapide
128 ?
129 Voilà.
130 Donc ça, ça te tarabuste assez longtemps pour te dire, est-ce que moi, je ne suis pas en
131 cause là-dedans ? Qu'est-ce que je pourrais faire de mieux ?
132 Voilà.
133 Ici, en soins palliatifs ou en Onco... L'issue, elle y est.
134 Elle est évoquée. Le patient, il est censé être au clair avec ça.
135 Et moi, tout ce que je peux m'efforcer de faire, c'est de l'accompagner au mieux.

136 Donc, la mort, de mon côté, elle n'est pas du tout vécue de la même manière quand je
 137 suis ici avec des personnes qui savent quelle est leur issue, que lorsque je l'étais, par
 138 exemple, en réa avec des patients sédatisés, curarisés, qui n'étaient pas informés de leur
 139 situation.
 140 Et qui, par exemple, devaient partir en prélèvement multi organe, parce qu'il n'y avait
 141 plus personne derrière.
 142 Voilà, ce n'était pas du tout le même ressenti.
 143 Là-bas, je le vivais vraiment comme quelque chose qui me faisait vraiment me remettre
 144 en question, peut-être qui altérerait mon égo, parce que je me disais, j'y suis pas arrivée,
 145 enfin, on n'y est pas arrivée.
 146 Alors qu'ici, je me dis, on a tout mis en place pour que ça se fasse dans les bonnes
 147 conditions.
 148 Donc, ce n'est pas une mort qui est vécue depuis le même point de vue.
 149 Le prisme n'est pas le même. Parce que les enjeux ne sont pas les mêmes. Ici ils arrivent,
 150 ils savent déjà que malheureusement, il y a peu de choses pour qu'ils en sortent
 151 autrement.
 152 Tout ce qu'on pourra faire, c'est rallonger leur durée de vie. Tu vois... alors que, par
 153 exemple, en réa, bah... tu fais tout pour soigner. Tu fais tout pour qu'ils s'en sortent.
 154 Ici, tu fais tout pour qu'ils soient confort. Donc la mort, elle n'a pas la même symbolique.
 155 **Ok, donc on revient, comme on le disait au début, c'est vraiment la prise en charge**
 156 **de la fin de vie qui va...**
 157 En fait, ici, tu as une prise en charge de ta fin de vie en soins pall ou en onco.
 158 **Enfin c'est l'accompagnement sur le long terme.**
 159 Tu la prends en charge sur du long terme.
 160 Voilà.
 161 **C'est vraiment l'accompagnement de comment ça va être formé, comment ça va se**
 162 **dérouler.**
 163 Je pense qu'il serait judicieux, par exemple, que tu t'interroges quelqu'un qui travaille en
 164 réa ou en soins aigus ou quelque chose comme ça parce que la mort, il ne va pas du tout
 165 la vivre pareil parce que la mort, ça va le faucher là-bas.
 166 Ça va le prendre sans que ça soit prémédité. Ici, on la prémédite. On a des besoins, on a
 167 des directives anticipées... euh... on a des prescriptions anticipées.
 168 Là-bas, si t'as ça, t'es le roi du monde, quoi. Tu vois ce que je veux te dire ?
 169 Donc là-bas, elle arrive sans crier gare, quel que soit le profil du patient euh...
 170 Le matin, ça va. Dans la minute, ça va plus. On est 14 dans la chambre. Tu vois ce que
 171 je veux te dire ?
 172 Donc c'est pas du tout la même attente.
 173 **D'accord.**
 174 La mort, là-bas, c'est l'épée de Damoclès. Elle est là, mais t'essayes de l'éviter.
 175 Ici, tu sais qu'elle fait partie du jeu. Il faut composer avec.
 176 (Entrée et sortie d'un soignant)
 177 Voilà. Donc, en fait, du coup, ce n'est pas du tout la même position.
 178 Moi, je ne le vis pas du tout pareil.
 179 **D'accord.**
 180 Et puis après, c'est pareil. En réa ta cette perspective de... il y a une après-mort possible.
 181 Mon patient, il peut servir à quelqu'un d'autre. Il y a le PMO.
 182 Ici, ce n'est pas du tout envisagé.
 183 Donc, en soi, la mort là-bas, elle est à la fois très rapide, très surprenante.

184 Et tu ne peux rien y faire, comme à la fois, elle te permet aussi de voir après.
 185 Alors qu'ici, il n'y a pas d'après, c'est que tu meurs et tu t'en vas.
 186 **D'accord, ok.**
 187 Je ne sais pas si je suis claire.
 188 **Si, c'est bon, j'ai compris.**
 189 **Dans mon premier entretien aussi, c'était à peu près la même chose, oui.**
 190 **J'étais en USLD et elle disait que... Non, SSR, pardon.**
 191 **Et elle disait que lorsqu'elle était en médecine, c'était vraiment pas la même...**
 192 **Enfin, elle ne voyait pas la mort de la même façon que... qu'en SSR, c'était très**
 193 **différent.**
 194 Ici, elle est annoncée ta mort.
 195 **C'est ça.**
 196 Tu vois, t'arrives le matin, tu sais que bon voilà... c'est pas comme si tu travaillais en
 197 chir, sur des opérations de confort, tu vois... ou si t'es en HDJ, à moins que ton patient
 198 te fasse un TACO, t'es pas censé être confronté à la mort quoi. Tu vois.
 199 Ici, tu sais que ton patient, euh... il peut très vite décompenser.
 200 Mais encore une fois, tu le sais. Tu sais que potentiellement, t'as la mort tous les jours
 201 quoi.
 202 En réa euh... tu fais tout pour que ça n'arrive pas.
 203 **D'accord.**
 204 Parce qu'ils sont réa. Voilà.
 205 **Donc ensuite, la prochaine question, c'était... Lors d'un décès, pensez-vous que vos**
 206 **émotions influencent votre pratique professionnelle ?**
 207 Non, non.
 208 Je ne pense pas du tout avoir une émotion qui... Sauf cas, cas que je te l'ai évoqué au
 209 départ, avec ce jeune-là.
 210 Et encore, au contraire... Ta pratique professionnelle, elle est encore plus enveloppante,
 211 encore plus bienveillante, encore plus douce quand tu fais un peu comme moi une espèce
 212 de transfert.
 213 Mais sinon, non, je reste... Pour moi, une personne décédée, ça reste un patient. Comme
 214 s'il était vivant, en gros. C'est juste que je dois en prendre soin pour ses derniers soins.
 215 Mais ça ne m'influence absolument pas sur ma manière de faire, de réfléchir ou de
 216 communiquer même avec le patient. Je continue à lui parler. Voilà.
 217 **D'accord. Même durant la journée, vous allez réussir à passer à autre... ?**
 218 Oui, complètement.
 219 Mais parce que je suis dans un service normé qui demande ce type d'accompagnement-
 220 là.
 221 Si encore une fois, j'étais en chir et que j'ai un patient qui décède alors qu'il n'est pas
 222 censé décéder, là par contre, ça me parasiterait sur des semaines.
 223 **D'accord.**
 224 Tu vois, parce que ce n'est pas censé être quelque chose qui doit arriver.
 225 **Ok.**
 226 Ici, on se prépare à ça toute la journée, tu vois.
 227 **D'accord. Ensuite, ma dernière question, du coup, c'était avez-vous des stratégies**
 228 **pour rester professionnelle lors d'un décès d'un patient ?**
 229 Hmm... des stratégies ? Non, je ne dirais pas ça.

230 Mais quand tu as vécu un décès dans ta famille, que ce soit en structure hospitalière ou
 231 à la maison, euh... tu te... moi, je me suis toujours dit qu'est-ce que j'aimerais qu'on
 232 fasse si c'était moi. Donc, en fait, c'est ça.
 233 C'est mettre en place... C'est pas une stratégie, mais c'est juste une checklist, quoi, de
 234 mettre en place du respect, de la bienveillance, s'il y a des rites, les laisser faire, pour
 235 qu'encre une fois, cette prise en soin, elle soit continue, même après la mort.
 236 Pour moi, le patient mort, c'est juste un état clinique.
 237 Ça fait pas que mon patient n'existe plus. Tu vois, il est pas mort, donc pouf, il disparaît.
 238 Et je le mets dans un sac et c'est parti. Non, mon patient, il décède, il faut en prendre
 239 soin, il faut le laver, il faut qu'il soit présentable, il faut le respecter, il faut qu'il soit
 240 digne, il faut que la famille le reconnaisse, le trouve digne, parce qu'eux, ils vont rester
 241 avec cette image-là.
 242 Le patient est décédé, malheureusement, il est décédé et il ne voit plus rien, Bichette.
 243 Mais il y a tout ce qui vient après la mort qui est encore plus important que la mort en
 244 elle-même. Tu vois ?
 245 **D'accord. Et le après du décès, est-ce que pour toi, il s'est difficile à vivre ou au**
 246 **contraire, c'est... Comment tu le ressens, le après, quand, justement, quand il faut**
 247 **accueillir la famille, il faut les accompagner.**
 248 Ah bah c'est très chargé en émotions tout le temps parce que tu es confronté plus à du
 249 factuel.
 250 Ce n'est plus de la clinique qui parle. C'est... comme je le disais tout à l'heure, je suis
 251 très axée sur ma clinique. Bon bah il est mort, il est mort.
 252 Mais là, tout d'un coup, tu te prends le boomerang des émotions de la famille, de tout ce
 253 qu'ils ont pu retenir par... par pudeur, par dignité, et puis bah là, forcément, ça t'altère.
 254 Mais il faut quand même vite reprendre le dessus dans le sens où tu en as X autres qui
 255 t'attendent et qu'eux ne doivent pas être altérés par ça. (Sonnerie de téléphone)
 256 Parce que s'ils sentent que tu es défaillant sur cette prise en charge-là, forcément, ils vont
 257 penser que tu peux l'être pour eux.
 258 Je peux répondre ?
 259 **Oui.**
 260 Oui, allô ? Oui, oui. (Coupure de l'enregistrement)
 261 (Reprise de l'enregistrement)
 262 Retenir les échanges avec ces personnes-là, tu vas essayer de réfléchir évidemment à ce
 263 que tu vas leur dire, mais... Mais une fois que c'est fait, c'est fait quoi ? Tu vois, je ne me
 264 traîne pas de valise.
 265 **D'accord. Donc, vous... toi, tu arrives à contenir tes émotions ?**
 266 Ouais.
 267 **Ducoup, de ce que je comprends. Mais ensuite, comment toi, tu arrives justement**
 268 **à les contenir, à bien les gérer, à ne pas les laisser submerger ?**
 269 J'ai l'impression que si c'est un patient qui... qui... qui entre guillemet ne me touche pas
 270 personnellement, ça me glisse un peu dessus, tu vois. Par contre, si c'est un patient que
 271 j'apprécie, ou si c'est un patient qui a plus ou moins mon âge, ou ma vie, des enfants,
 272 tout jeune, bon bah là, ça t'altère.
 273 Et du coup, j'en parle avec l'équipe, souvent, en leur disant, est-ce que toi aussi t'as
 274 ressenti ça ? J'essaye de décharger un peu comme ça, mais après, malheureusement, je
 275 pense que ça fait partie de l'ardoise de l'IDE.

276 On a tous une ardoise où on compte un petit peu ce qu'on ne pourra pas raconter aux
 277 autres parce qu'ils ne sont pas en mesure de l'entendre ou parce qu'ils n'ont pas choisi
 278 cette vie-là, donc ils n'ont pas envie que tu partages non plus.
 279 Mais oui, je pense que c'est plutôt l'équipe qui est ressource pour moi.
 280 **D'accord. Il y a des choses qui sont mises en place en particulier, comme des**
 281 **groupes de parole ?**
 282 Pas que je sache, mais après, comme ça fait qu'un mois et demi que moi, je suis là.
 283 Pour le moment, je n'ai pas du tout eu besoin de, par exemple, consulter la psy pour lui
 284 dire « Tiens, là, j'aimerais que tu me débloquentes sur un truc parce que je l'ai mal vécu ou
 285 quoi. »
 286 » Si ça venait à être le cas, je n'hésiterais pas du tout à le faire.
 287 Parce que justement, je ne veux vraiment pas que ça me parasite, et je ne veux pas être
 288 une éponge à émotions... qui sont les miennes, mais qui ne m'appartiennent pas.
 289 Tu vois ce que je veux te dire ? Qui sont véhiculées par une situation qui n'est pas la
 290 mienne.
 291 Donc... Voilà.
 292 **D'accord... (rire nerveux)**
 293 **C'est bon, on a fait le tour, là.**
 294 J'espère avoir été claire.
 295 Mais après, c'est vrai que c'est un sujet qui est intéressant dans le sens où tu demandes,
 296 du coup, sur un moment crucial, d'avoir une posture qui est différente parce que
 297 t'engages et le soignant, à qui on demande une neutralité à la plus totale et la personne
 298 qui arrive avec toute sa vie et toutes ses expériences.
 299 **C'est ça, une dualité entre les deux.**
 300 C'est ça. Et souvent, si tu parles à la personne que je suis, elle ne te répondra pas comme
 301 la professionnelle que je suis. C'est ça qui est compliqué.
 302 C'est parce qu'il faut placer un curseur qui va te permettre d'équilibrer ta position entre
 303 les deux.
 304 **D'accord.**
 305 Donc euh... mais je pense que la vraie question là-dedans, c'est plutôt peut-être une
 306 question euh.... Peut-être une question de fin, je ne sais pas, mais moi, c'est celle qui me
 307 vient là, c'est en quoi ma position me permet d'être efficace à ce moment-là ?
 308 Est-ce que c'est ma position de soignante ou est-ce que c'est ma position de personne qui
 309 m'aide justement à avoir une prise en charge qui sera plus efficace, effective pour le
 310 patient, la famille et moi la prochaine fois ? Comment je fais pour me sentir efficace ?
 311 Est-ce que c'est en tant que professionnel à ce moment-là ? Ou est-ce que c'est en tant
 312 que personne ? Qu'est-ce qui... Quelle est l'expérience qui m'apporte le plus
 313 d'expérience ? Tu vois ce que je veux te dire ?
 314 Est-ce que c'est une expérience perso ou pro qui me permet de mieux me situer pour
 315 bien vivre les choses ?
 316 **D'accord. Et... d'accord, ça va être une bonne question de problématique pour la**
 317 **suite.**
 318 Ouais, tu vois, qu'est-ce qui fait que je suis efficace face à ça ?
 319 **D'accord, et toi, tu serais en mesure de répondre à cette question actuellement ou**
 320 **pas du tout ? Actuellement ?**
 321 Moi, je suis encore au stade embryonnaire en tant qu'infirmière. Mais... (moment de
 322 blanc)

323 En fait, c'est un peu un parallélisme asymétrique. C'est comme si tu avais deux parallèles
324 avec deux perpendiculaires qui se croisent.
325 L'une, c'est l'infirmière, l'autre, c'est Annaëlle. Bah on se rejoint sur des points, mais
326 pas sur tous. Donc, je pense qu'en fait que ce serait d'abord au premier plan l'infirmière
327 que je suis, qui me permettrait d'être efficace parce que c'est des codes, des protocoles
328 et une posture professionnelle qui me permet de me positionner à ce moment-là, mais
329 tout mon background il est personnelle, donc celle qui fait que je vais me positionner
330 comme ça, c'est moi. Tu vois ?
331 **C'est ton caractère.**
332 Voilà. Ta manière de voir, d'apprendre, ta spiritualité, ta non-spiritualité, ton vécu, tes
333 expériences, tes traumatismes. Donc, en fait, je pense qu'il n'y a pas de réel consensus autour
334 de ça.
335 **D'accord. Je te remercie.**
336 Mais je t'en prie.

Annexe 6 : Grille d'analyse

La mort			
Sous thèmes	Entretien n°1, Célia	Entretien n°2, Constance	Entretien n°3, Anastasia
La représentation de la mort chez les soignants	« c'est le cycle de la vie. Ont née, on vit et on meurt. » L.11-12 « Non, par rapport à ça, non, je n'ai pas de religion. Fin, je n'ai pas de spécificité par rapport à la mort. » L.13-14	« C'est quand la vie s'achève » L.19 « Je suis pas trop dans la religion » L.21	« c'est l'arrêt des fonctions vitales. » L.8 « de manière personnelle, oui, forcément. Mais ici [...] je m'en tiens à la clinique » L.19-23
Le vécu de l'infirmières face à un patient décédé	« Curiosité mal placé » L.25 « voir c'était quoi [...] un patient décédé » L.26 « très bien vécu [car elle] la connaissais » L.27 « aurait dû rester sur une image positive d'elle, jolie » L.28-29 « il n'y a que cette situation vraiment où c'était dur... » L.64 « quand je la repense, c'était horrible » L.70 « On fait du transfert. On s'imaginer à la place de cette maman » L.67 « là c'était dur parce que la maman était effondrée, elle a fait un malaise, elle tapait	« les personnes restent assez longtemps dans notre service. Des fois, ça peut durer même des années, comme 10 ans, 11 ans, etc. » L.24-26 « prenait beaucoup de temps avec elle » L.30 « une personne avec qui on discutait beaucoup » L.30-31 « qui était attachante » L.31 « quand il y a l'affect qui rentre en jeu, on est plus touché » L.40-41 « ça a été un peu compliqué au niveau émotionnel. » L.45 « il y en a beaucoup qui n'ont pas de famille. [...] les seules personnes qui leurs restent, c'est nous. » L.61-62	« l'état du patient, tu le vis aussi comme une injustice » L.33-34 « Quand la mort a lieu dans la logique biologique des choses [...] ça fait partie du jeu, puisqu'on sait qu'on née tous pour mourir. » L.50-51 « Mais quand justement elle fauche quelqu'un qui est jeune et qui devrait avoir toute sa vie devant lui, c'est plus compliqué. » L.51-53 « Forcément, quand tu as sensiblement le même âge que la mère du patient, il y a un transfert qui se fait sans que tu le veuilles. » L.35-36

	contre la porte, laissez-moi voir ma fille... » L.62-64 « qu'est-ce qu'on peut lui dire ? Qu'est-ce qu'on peut faire ? À part la prendre dans nos bras. » L.67-68 elle évoque l'âge et les « <i>conditions de départs</i> » L.40) « c'est plus acceptable d'une personne âgée de 90 ans d'accepter sa mort » L.37 ; « un petit de 5 ans qui décède. » L.38 « Effectivement, je ne le vivrais pas du tout de la même façon. » L.39 « Les enfants ne devraient pas partir avant les parents, et encore moins dans des circonstances comme ça. » (Annexe 3, L.72-73).		
L'influence des deuils ou expérience antérieur sur leur posture	« Ce n'était plus une situation inconnue parce que j'avais déjà vu un corps décédé. » L.86-87 « On est tellement absorbés dans le flot de travail aussi, que des fois, on n'a pas trop le temps d'y penser. » L.90-91	Pour cette thématique, Constance n'a pas énormément d'expérience professionnelle pour répondre à cette question. L81-82 « je ne sais pas si c'est mon vécu qui fait ça. Je ne pense pas avoir quelque chose de plus	« Moi, je mets vraiment un filtre entre les deux. J'ai du mal à réunir les deux personnes que je suis. » L.72-73 elle appréhende la mort de manière « <i>très trivial</i> », pour elle « <i>ça fait partie du jeu. On sait qu'on ne va pas l'é luder</i> »

	« avoir une petite dame de 95 ans qui décède [...] qu'on s'occupe pendant un moment, on s'y attache, et quand elle décède, ça nous fait de la peine mais ce n'est pas la peine de... si c'est ma grand-mère à moi qui décède demain » L.91-95	que quelqu'un d'autre pour affronter la mort. » L.93-94 « je suis quelqu'un de calme... de sensible » L.85 « que ce soit pour la prise en charge de la douleur, pour tout, pour la propreté [...] qu'elle soit le plus confortable possible avant qu'elle décède » L.89-91	L.90-91 « Voilà, c'est écrit » L.96
Les émotions			
La place des émotions des soignants face à un décès	« On se détache, c'est une forme de protection. [...], si chacun nous faisait de la peine, on comprend bien qu'on ne pourrait pas tenir sur la distance. » L.149-151 « C'est plus facile à dire qu'à faire » L.159 « Ah bah oui, lui, il me rappelle mon grand-père. [...] Je m'entendais bien avec lui. Je m'en suis occupée beaucoup. » L.161-162	« de voir la tristesse des gens , de la famille. » L.150 « on ressent toujours un peu de peine pour la famille, normal hein... comme n'importe qui perd un proche » L.171-172 « A un doigt de crier... les larmes qui coulaient. » L.2043 Elle ne s'autorisait pas à pleurer car « ce n'est pas quelqu'un de notre famille non plus » L.205 « j'ai ravalé mes larmes, je n'ai pas pleuré » L.190	Anastasia distingue son ressenti face à la mort selon le contexte de prise en charge en comparant deux unités, l'unité de réanimation et l'unité palliatif. « là-bas, elle arrive sans crier gare, quel que soit le profil du patient [...] Le matin, ça va. Dans la minute, ça va plus. » L.169-170 « La mort en réa où tu t'es battu sur un décho-. Où tu as massé, où tu as passé de la nuit, où tu as tout fait pour que ça se passe et ça ne marche pas, là, ça te cogite. » L.123-124 En soins palliatifs ou en oncologie, Anastasia décrit la mort comme quelque chose de « <i>prémédité</i> » L.166 par la présence de « <i>directives anticipées</i> »

			et de « <i>prescription anticipée</i> » L.167 « L'issue, elle y est. Elle est évoquée. Le patient, il est censé être au clair avec ça. Et moi, tout ce que je peux m'efforcer de faire, c'est de l'accompagner au mieux. » L.133-135 « Ici, tu fais tout pour qu'ils soient confort. Donc la mort, elle n'a pas la même symbolique. » L.154 « tu te prends le boomerang des émotions de la famille » [...] ça t'altère. » L.252-253 « X autres qui t'attendent et qu'eux ne doivent pas être altérés par ça. » L.254-255
L'influence des émotions dans la pratique	« Non, pas du tout, non, il y a une prise en charge à faire, on sait ce qu'on doit faire, il y a des protocoles. » L.329-330 « Non, ça ne change pas ma façon... » L.332	« je ne vais pas dire selon qui mais oui [...] il y en a avec qui on est un peu plus, plus d'affect que d'autres » L.228-229 « la journée elle doit continuer à rouler [...] il y en a d'autres qui m'attendent » L.230	« Non, non. Je ne pense pas » L.207-208 Par la suite elle dit que cela ne l'influence pas sur « sa manière de faire, de réfléchir, ou de communiquer » L.215-216 « plus enveloppante, plus bienveillante, encore plus douce » L.210-212 « parasiterait sur des semaine » L.222
La posture professionnelle			

Les moyens mis en place pour conserver une posture professionnelle	« tout est tellement cadré » L.193-194 « les choses sont faites comme il faut et dans l'intérêt du patient et de la famille » L.234 « le vit bien, les familles aussi » L.237 « pas l'impression d'avoir un mécanisme de défense » L.237	« Peut-être qu'on les fait, mais sans rendre compte de soi-même. » L.249-250 « Nous, on est là pour le soigner, pour l'accompagner jusqu'à la fin, dans la mort. » L.261 Elle considère que rester professionnelle implique d'exercer pleinement son métier, en prenant soins du patient, en soulageant la douleur et en appliquant les prescriptions. L.263 « juste milieu » L.282 J'ai fui. C'est un mécanisme... » « ce n'était pas [sa] place. » L.316	« de mettre en place du respect, de la bienveillance, s'il y a des rites, les laisser faire, pour qu'encore une fois, cette prise en soin, elle soit continue, même après la mort. » L.328-329 « qu'est-ce que j'aimerais qu'on fasse si c'était moi » L.229-232 C'est comme si tu avais deux parallèles avec deux perpendiculaires qui se croisent. » L.323-324 « des codes, des protocoles et une posture professionnelle » L.326-328 « Tout mon background il est personnel, donc celle qui fait que je vais me positionner comme ça, c'est moi. » L.329-330 « manière de voir, d'apprendre, [la] spiritualité, [les] expériences et [les] traumas » L.332-333
---	--	--	---

Annexe 7 : Réponse de la structure



Direction Des Soins
Tél. 04 32 75 35 81
secrétariat

Monsieur Mathieu VEERAPEN

Affaire suivie par :
Véronique BREYSSE
Cadre Supérieur de Santé
chargé de missions à la
direction des soins

Avignon, le 11/03/2025

OBJET : TFE
N/Réf. : VB/MP/25

Monsieur,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- Madame Morey, cadre de santé SSR Mistral au [REDACTED]
- Madame Heritier, cadre de santé à l'USLD et service personnes âgées dépendantes au [REDACTED]
- Madame Alarcon, cadre de santé au court séjour gériatrique au [REDACTED]
- Madame Ouni, cadre de santé en oncologie 2 au [REDACTED]

Je vous prie d'agréer Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

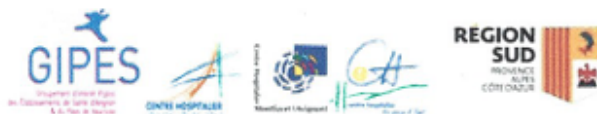
LE CADRE SUPERIEUR DE SANTE
Chargée de missions à la direction des soins

V. BREYSSE

ch-avignon.fr

CENTRE HOSPITALIER AVIGNON
305, rue Raoul Fokereau - 84902 Avignon Cedex 9 - Téléphone 04 32 75 33 33

Annexe 8 : L'autorisation de diffusion du travail de fin d'études



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : Mathieu VEERAPEN

Promotion : 2022 - 2025

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE)

d'expérience des soignants : posture de ressemblance face à la mort.

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☒

non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 25/05/25 Signature :

Résumé

En tant qu'infirmier, nous sommes confrontés à la mort, et cela génère des émotions d'intensité variée. Ce travail de fin d'étude traite des émotions du soignant face à la mort et cherche à comprendre leurs impacts sur la posture professionnelle. Durant un de mes stages, une situation m'a amenée à me questionner sur les différentes réactions du soignant quand ils font face au décès.

C'est ainsi qu'émerge ma question de départ : « *En quoi les émotions des soignants face à la mort impactent-elles la posture professionnelle ?* ». Mon cadre de référence théorique met en évidence que la sensibilité à la mort dépend de plusieurs facteurs qui entourent le soignant.

Ce travail a été réalisé selon une méthode clinique pour recueillir leur vécu face à la mort et les moyens mis en place pour conserver une posture professionnelle. Je suis parti interroger des infirmières en soins de suite et réadaptation, en unité de soins de longue durée et en oncologie, à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif. Les résultats m'ont permis de comprendre que la mort peut-être bien vécue par les soignants sous certaines conditions, ce qui préserve leur posture professionnelle. C'est sur ces conditions que s'ouvre une nouvelle recherche.

Mots clés : Mort – Emotions – Posture professionnelle – Expérience – Deuil

Nombre de mots : 200

Abstract

As nurses, we are faced with death, and this generates emotions of varied intensity. This end of course assignment deals with caregiver's emotions who cope with death and look for understand their impacts on the professional posture. During one of my work placements, a situation led me to reflect on the different reactions of caregivers when they cope with death.

That is how emerges my research question: "*To what extent caregivers' emotions in the front of death impact their professional posture?*". My reference theory framework highlights that sensitivity to death depends on several factors which surround the caregiver.

This work was carried out using a clinical method to collect their experiences with death and the strategies implemented to keep a professional posture. I conducted interviews with nurses in post-acute care and rehabilitation, in long term stay wards and in an oncology department, with the help of a semi-structured interview guide. The results allowed me to understand that death can be experienced positively by caregivers under certain conditions, which preserves their professional posture. It's on these conditions that new research can be initiate.

Key-words: Death – Feelings – professional posture – experience – mourning

Number of words: 182