

I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P.
G.I.P.E.S d'Avignon et du
Pays du Vaucluse

Accompagner jusqu'au bout : quand le soignant s'engage avec son cœur et ses racines



Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 19 mai 2025

Directeur de mémoire : Madame Ballois

Note aux lecteurs et lectrices :

« Il s'agit d'un travail personnel ne pouvant faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »

Remerciements

Je souhaite tout d'abord adresser mes plus sincères remerciements à mon encadrante Mme Ballois pour son accompagnement, sa disponibilité et la qualité de ses conseils tout au long de l'élaboration de ce mémoire. Son écoute bienveillante et ses orientations précises m'ont permis d'avancer avec confiance et rigueur dans ce travail de réflexion.

Je tiens également à remercier mes proches pour leurs soutiens indéfectibles, leur patience et leurs encouragements, notamment durant les moments de doute ou de fatigue. Leur présence m'a été essentielle tout au long de ce parcours.

Je tiens aussi à exprimer ma gratitude envers les soignants qui ont accepté de participer à cette recherche. Malgré le manque de temps, les hésitations ou les réticences initiales, ils ont su m'accorder leur confiance. Leur parole, souvent marquée par une grande humanité, a donné toute sa profondeur à ce travail.

Enfin, je remercie les cadres de santé et la direction du centre hospitalier d'Avignon qui m'ont permis d'accéder aux unités de soins et de mener mes entretiens dans les meilleures conditions possibles malgré les contraintes du terrain.

Table des matières

<u>1</u>	<u>Introduction</u>	<u>1</u>
<u>2</u>	<u>Situation d'appel</u>	<u>2</u>
2.1	Description de la situation	2
2.2	Questionnement	4
<u>3</u>	<u>Question de départ</u>	<u>7</u>
<u>4</u>	<u>Cadre de référence</u>	<u>8</u>
4.1	Les soins palliatifs	8
4.1.1	La place du soignant en soins palliatif	10
4.1.2	Soignant en soins palliatifs : accompagner avec humanité jusqu'au dernier instant	12
4.2	La notion de culture	15
4.2.1	Définition	15
4.2.2	La culture du patient	15
4.2.3	La culture du soignant	18
4.2.4	Les relations interculturelles	19
4.3	Les émotions	22
4.3.1	L'impact de notre vécu personnel et nos émotions sur notre profession	25
4.4	Synthèse du cadre de référence	27
<u>5</u>	<u>Enquête exploratoire</u>	<u>29</u>
5.1	Outil utilisé	29
5.2	Population choisie	29
5.3	Lieu d'investigation	29
5.4	Analyse	30
5.4.1	Entretien par entretien	30
5.4.2	Analyse croisée	36
5.4.3	Concept par concept	44
5.5	Synthèse de l'enquête exploratoire	46
5.6	Limites de l'enquête	47
<u>6</u>	<u>Problématique</u>	<u>48</u>
<u>7</u>	<u>Question de recherche</u>	<u>48</u>
<u>8</u>	<u>Conclusion</u>	<u>49</u>
<u>9</u>	<u>Bibliographie</u>	<u>50</u>
<u>10</u>	<u>Table des annexes</u>	<u>52</u>

1 Introduction

Ce mémoire porte sur l'accompagnement d'un patient en fin de vie et l'impact que peut avoir les émotions et la culture du soignant. Ce thème s'est imposé à moi à la suite d'une expérience marquante vécue lors d'un stage en deuxième année lors d'une situation qui m'a profondément bouleversée. Confrontée à l'accompagnement d'un patient en fin de vie, j'ai pris conscience de la complexité de cette tâche, notamment dans la gestion des émotions fortes tout en maintenant une distance professionnelle. Cette expérience m'a amenée à réfléchir sur les outils nécessaires pour offrir un accompagnement de qualité, sans tomber dans une empathie excessive ni vivre le deuil avec le patient et ses proches. Dans ce contexte, il est essentiel pour un soignant de parvenir à gérer ses émotions de manière professionnelle, tout en restant humainement présent pour le patient et sa famille. L'expérience personnelle et culturelle de chaque soignant joue un rôle clé dans cette gestion émotionnelle, influençant ainsi la manière dont il accompagne ses patients en fin de vie.

Mon travail de fin d'étude explore comment ces facteurs, à la fois culturels et personnels, façonnent la manière d'interagir avec le patient et sa famille, l'adaptation de l'accompagnement et le maintien de la qualité des soins, particulièrement lors des moments émotionnellement intenses de la fin de vie.

2 Situation d'appel

2.1 Description de la situation

Étudiante de 2^{ème} année en IFSI, j'ai été amenée à effectuer un stage en service soins palliatif du Vaucluse pour le semestre 3. Aborder ce stage suscitait en moi beaucoup d'appréhension, non pas parce que le lieu ne m'intéressait pas, mais surtout parce que je traversais une période de deuil. Après en avoir discuté avec mon professeur pédagogique et la cadre du service que j'avais pris soin d'appeler 2 semaines avant, il a été décidé de maintenir le stage.

Le service, qui dispose de 10 lits constamment occupés avec une liste d'attente conséquente, fonctionne avec une équipe constituée d'un médecin généraliste, de 2 kinésithérapeutes, d'une psychologue qui sont présents du lundi au vendredi de 9h à 17h, de 4 aides-soignantes, 1 ASH, 1 infirmière présente en rotation sur 12h et d'une cadre de santé.

Je suis actuellement à mon 3^{ème} jour de stage et nous recevons une patiente Mme L 75 ans mutée des urgences de Cavaillon pour altération de l'état général, à la suite d'une chute à son domicile. Cette dame est une auxiliaire puéricultrice à la retraite qui vivait seule dans sa maison à île sur la Sorgues. Elle a 2 filles et un garçon qui sont mariés et vivent pas trop loin de chez elle géographiquement. Elle n'a pas de directives anticipées, elle est de confession chrétienne mais ne pratique pas. Durant l'entretien d'entrée tous ses enfants sont présents et nous expliquent que leur maman était une femme très active et autonome encore il y a de cela une semaine jusqu'à ce qu'elle chute à son domicile et qu'ils l'amènent aux urgences de Cavaillon. Depuis elle ne parle plus, reste en position fœtus, ne bouge plus, ne mange plus, a du mal à déglutir. Ils nous expliquent qu'elle n'a pas eu de selles durant toute sa semaine d'hospitalisation à Cavaillon. Après examen le médecin du service constatera plus tard que cette dame a une occlusion intestinale, il décide donc de mettre en place tous les soins nécessaires et d'avertir la famille de la situation en leur expliquant avec empathie et reformulation que leur maman avait un pronostic vital très court. A ce moment-là, ce que je craignais avant de commencer ce stage s'est produit. Je sentais déjà mon empathie déborder et j'essaye malgré tout d'ignorer mes émotions et de me focaliser sur mon rôle d'élève infirmier en 2^{ème} année.

Lors de mon 4ème jour à mon arrivé à 6h l'équipe nous annonce lors de la relève que Mme L a eu plusieurs vomissement fécaloïde cette nuit et qu'ils ont dû appeler à plusieurs reprises le médecin de garde car Mme L a inhalé son vomi. La relève n'étant pas encore finie que nous sommes coupées par une des aides-soignantes qui nous demande de venir car Mme L a de nouveau des vomissements fécaloïdes, nous allons tous au chevet de Mme L pour lui prodiguer les soins nécessaires et appelons dans le même temps le médecin. Quand le médecin du service arrive, il nous demande d'appeler la famille pour leur dire de venir car leur maman risque de décéder d'un moment à l'autre. L'infirmière prend l'initiative d'appeler le fils pour l'informer et celui-ci lui demande de pas appeler ses sœurs car il préfère les avertir lui.

Une demi-heure plus tard le fils se présente dans le service. Nous l'accompagnons dans la chambre moi et l'infirmière, il est triste, le visage fermé, les yeux rouges mais se contient. Quelques minutes plus tard ses sœurs arrivent. La plus jeune est très atteinte par la situation qu'elle vit, elle arrive en pleure, essoufflée et pendant que nous les accompagnons jusqu'à la chambre elle se tourne vers nous et dit : « mon dieu dites-moi qu'elle est toujours en vie, qu'elle ne va pas partir maintenant je ne suis pas prête, si vous saviez comme j'ai besoin d'elle. » Ces paroles raisonnent dans ma tête l'émotion me monte je suis à deux doigts d'éclater en sanglot, j'essaye malgré tout de rester dans ma posture de soignante, de faire de mon mieux pour être présente pour eux dans ce moment dur de leur vie.

Dans la chambre le médecin arrive, lui et l'infirmière, leur explique ce qu'il s'est passé depuis la veille, que leur maman a eu plusieurs vomissements fécaloïdes, qu'elle a inhalés, que son état est tel qu'il ne peut plus rien faire hormis l'accompagner au mieux vers la fin. La plus jeune des filles éclate en sanglots à nouveau, le médecin et l'infirmière leur disent qu'ils sont là pour les soutenir en cas de besoin. Je leur apporte alors une carafe d'eau et des verres et je mets à leur disposition des chaises, je leur donne aussi la carte de la psychologue comme le protocole le dit dans ce service, puis leur dit que nous sommes à côté et qu'en cas de besoin de ne pas hésiter à sonner.

Une fois sortie de la chambre l'infirmière me félicite pour ma prise en charge et nous nous dirigeons vers l'infirmierie pour récupérer notre chariot et faire le tour des chambres pour distribuer les traitements et prendre les constantes des patients quand tout à coup l'émotion me submerge. J'ai beau me dire qu'il faut que je reste dans ma posture de soignante mais l'émotion est trop forte, tellement forte que j'arrive à peine à demander à l'infirmière si je peux m'isoler. Au vu de mon état l'infirmière décide de m'accompagner en bas prendre l'air, je suis inconsolable, tout se mélange dans ma tête, ma douleur, mon deuil, leur douleur, leur deuil, j'arrive à mettre des mots sur mon émotion bien que celle-ci ne soit pas normale je dis à l'infirmière: "j'ai tellement mal pour eux surtout pour la plus jeune car l'ayant vécu je sais à quel point cela sera douloureux pour eux, je sais que c'est pas parce que moi j'ai souffert et j'en souffre encore qu'ils vont souffrir autant eux aussi mais inconsciemment je n'arrive pas à me détacher de cela ». Mes inquiétudes venaient de se confirmer. Plusieurs questions me sont venues en tête notamment pourquoi à ce moment sachant que depuis le début du stage il y avait déjà eu de nombreux décès (1 par jour). Dans l'après-midi la psychologue du service a proposé de me voir, qui m'a non seulement rassurée mais aussi permis de déculpabiliser.

2.2 Questionnement

Dès mon arrivée dans le service, j'ai été à la fois surprise et fascinée par la manière dont les infirmières parviennent à garder une distance professionnelle face aux nombreux décès et à gérer leurs émotions. Je me demande si c'est un manque de formation ou le deuil que je traverse qui m'a empêché de réagir de la même façon face à la mort ? Si c'est le manque de distance professionnel qui m'a amenée à faire un contre-transfert ? Est-ce la similitude de nos histoires (perte de la mère, absence de diagnostic, incompréhension) ou les paroles de la plus jeune qui ont déclenché ce contre-transfert chez moi ? Peut-on réellement parler de contre-transfert sous prétexte que cette situation m'a bouleversée, ou est-ce plutôt lié à mon propre deuil non achevé, comme l'a mentionné la psychologue, en disant que "l'on ne guérit pas le mal par le mal" ?

Grace à mon statut d'élève infirmière j'ai pu quitter le service un temps, le temps pour moi de me remettre de mes émotions et être reçue par la psychologue du service au même moment.

Je me dis que cela ne sera plus possible une fois diplômée. En effet, face aux responsabilités que j'aurai envers de mes patients et collègues, je ne pourrai pas me permettre de reproduire certaines erreurs à l'avenir.

Grâce à ma formation et aux diverses expériences vécues lors de ce stage, j'ai réalisé que mon problème ne venait pas uniquement de mon deuil, mais aussi de ma difficulté à déléguer. En effet, ayant grandi dans la culture et les valeurs Algériennes, où exprimer ses émotions est souvent perçu comme une faiblesse, il est mal vu de montrer qu'on est affecté, peiné ou en difficulté face à une situation.

Ce stage m'a appris que nos émotions font partie intégrante de qui nous sommes et que les refouler ne fait que les intensifier. J'ai également compris que savoir quand déléguer n'est pas une faiblesse, mais une véritable force. J'ai été étonnée du choix que ma professeure pédagogique a pris concernant mon lieu de stage par vécu. En effet, au début de ce stage j'étais dans une période de deuil. Lorsque l'on m'a annoncée que j'allais être en service de soins palliatifs je me suis effondrée mentalement, c'était impossible pour moi. Malgré tout, j'ai fait le choix d'y aller et d'écouter mes formateurs. Cette situation vécue n'a fait que rappeler mon passé et a été une vague d'émotion pour moi. Bien que je me devais d'accompagner cette famille, faire mon devoir d'étudiante infirmière, car je ne me voyais pas laisser les enfants sans être présente pour eux. Ayant perdu ma mère 2 ans avant le stage, je me suis reconnue dans cette situation. Cet événement a eu un tel impact sur moi qu'il m'était impossible de contenir mes émotions. J'étais en pleurs, si bien que la psychologue m'a proposé de la rencontrer. Son entretien m'a beaucoup aidée, notamment parce qu'elle a confirmé que mes choix et mes inquiétudes étaient légitimes. Selon elle, ma réaction était prévisible étant donné que je traversais un deuil. Ses paroles à ce moment-là m'ont apaisée et m'ont aidée à reprendre le contrôle de mes émotions. Elle était également choquée que l'IFSI ait pris un tel risque en me plaçant dans cette situation, aggravant ainsi ma fragilité. Ce qui m'amène à me demander en quoi est-ce difficile en tant que soignant de gérer nos émotions ?

En quoi notre passé, notre personnalité, influe t-ils sur notre manière de se comporter avec les patients ? En arrivant dans ce service spécialisé dans l'accompagnement en fin de vie, j'avais des notions de la dimension qu'avait l'accompagnement en fin de vie des patients de par mon vécu, se pendant j'ai été étonnée de voir que dans ce service l'importance de la religion et des croyances des patients n'était pas une priorité ; En effet, pour eux si le patient ne manifesté pas part lui-même son désir et l'importance pour lui qu'avait ses croyance l'équipe n'en prenaient pas rigueur. J'ai ressenti une intense émotion et beaucoup d'empathie pour ces patients qui avaient placé une grande importance dans leurs croyances tout au long de leurs vie. Ces croyances les avaient accompagnés, notamment dans leurs croyances tout au long de leurs vie. Ces croyances les avaient accompagnés, notamment dans des moments où leurs existences devenaient précieuses et fragiles. Cependant, aucun soignant n'a pris le temps de s'informer sur leur religion, alors que cela aurait pu leur apporter un réconfort crucial. En quoi faire l'impasse sur la croyance et la religion des patients en fin de vie a un impact sur celle-ci ? Faut-il être soit même croyant, pour donner de l'importance à celle des patients ?

Lors de l'administration de la patiente aucune information concernant ses directives anticipées lui ont été demandées, ni même renseignées sur son dossier, ayant été sensibilisée tout au long de ma formation sur l'importance de celles-ci, j'ai interpellé l'équipe à ce sujet et m'ont répondu que si aucune information à ce sujet n'était renseignée sur son dossier c'est que la patiente n'en avait pas émis le besoin. Je me demandais s'il s'agit d'un manque de sensibilisation lié à une formation insuffisante, d'une pression organisationnelle au sein du service (notamment par manque de temps et de personnel), ou d'un manque de volonté de la part des soignants qui, par habitude ou routine, omettent de faire la demande au patient ?

A son arrivée au service de soins palliatif, la patiente n'avait pas de diagnostic précis hormis que son état général s'était dégradé après sa chute, mais je me demande si un diagnostic clair et précis avait été posé cela aurait aidé les proches de la patiente à accepter son décès ? La mutation de la patiente en service de soins palliatifs n'a pas été faite de manière formelle, la cadre de service étant amis avec les enfants de celle-ci. Cela m'amène à m'interroger sur le fait de savoir si la patiente et ses enfants ont réellement compris l'importance de son admission dans ce service, et s'ils ont bien saisi que la décision du médecin chef d'approuver cette mutation signifiait qu'elle jugeait cet endroit approprié pour elle.

Avec du recul, je m'aperçois que ce stage a été pour moi source de réflexion concernant la mort et ce qu'elle représente pour nous. Nous êtres humains qui pour la plupart avons tendance à oublier que la vie a une fin, nous qui nous pensons invincibles, pour qui la seule idée de penser à la mort nous fait réagir et nous amène à avoir ce sentiment de peur, d'angoisse et de fatalité. Durant mon stage j'ai vu l'équipe confrontée au décès d'un patient qui était suivi dans le service depuis des années et avec qui ils avaient un lien particulier. Ce décès a été pour eux très compliqué. Cela m'a questionné sur pourquoi en sachant la finitude cela les a autant impactés ? Être soignant fait-il de nous des humains aptes à recevoir la mort des personnes comme quelque chose d'anodin ? L'expérience et les connaissances sont-ils censés être les parapluies de nos émotions ?

3 Question de départ

Cette situation m'a profondément marqué et a soulevé de nombreuses interrogations et émotions. La prise en charge vécue tant par les professionnels de soins que par moi-même a entraîné des réactions fortes, telles que des pleurs, un sentiment d'empathie, et une réflexion sur le transfert émotionnel. Selon les soignants, leur expérience professionnelle accumulée au fil des années leur permet de mieux gérer leurs émotions qu'il s'agisse de colère, de tristesse ou d'empathie, en prenant suffisamment de recul pour continuer à offrir des soins de qualité, en particulier dans le cadre de l'accompagnement en fin de vie des patients et de leurs familles. Toutefois, cette capacité à mettre de côté les émotions semble être également influencée par des facteurs personnels, culturels et l'expérience propre de chaque soignant.

Face à ces éléments, je me retrouve à poser une question de recherche qui pourrait être formulée ainsi :

“En quoi l'accompagnement d'un patient en fin de vie peut-il être impacté par les émotions et la culture du soignant ?”

4 Cadre de référence

Ma question de départ m'a permis de mettre en évidence des mots clés qui sont : l'accompagnement en fin de vie, les soins palliatifs, la culture et le soignant avec notamment l'impact de ses émotions.

4.1 Les soins palliatifs

Selon la SFAP : *“Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d’une maladie grave, évolutive ou terminale. L’objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l’accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s’adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.”* Cela fait appel à la loi de 1999 qui vise *“à garantir le droit d’accès pour tous au soulagement de la douleur et à des soins palliatifs en fin de vie. Que tout patient dont l’état le requiert peut bénéficier de soins palliatifs et d’accompagnement ; De soins actifs et continue, par une équipe pluridisciplinaire, en institution ou à domicile. ”*

Pour approfondir cette question je me suis appuyé sur l’ouvrage de Dominique Véron « le soin palliatif : Pour un accompagnement de la fin de vie ». Dans cet ouvrage, Mr Dominique Véron praticien et théoricien des soins palliatifs, offre une réflexion complète sur l’organisation des soins et l’éthique en fin de vie, il met en lumière l’importance d’un accompagnement humain et bienveillant, soulignant que le soin palliatif ne se limitent pas à un traitement médical, mais englobent également un soutien psychologique, social et spirituel pour le patient et ses proches. Pour moi son ouvrage se distingue des autres ouvrages par sa capacité à guider les soignants dans leurs approches quotidiennes, en tenant compte de la dignité et des valeurs profondes du patient.

« *Les soins palliatifs ne sont pas uniquement centrés sur la douleur physique. Ils reposent sur la relation humaine, dans laquelle l'écoute active et la prise en compte des attentes profondes du patient sont primordiales.* » (p.98). Cet extrait rappelle que bien que les soins palliatifs aient une dimension médicale forte, la relation de soin, basée sur l'écoute et la compréhension du désir du patient, est au cœur de l'accompagnement en fin de vie.

Par ailleurs, dans le livre de Mme Marie de Hennezel « *La pratique des soins palliatifs : Pour une approche humaniste* ». Mme Hennezel, psychologue de formation, figure centrale des soins palliatifs en France, nous fait comprendre à nous professionnel du soin, comment la dimension humaine et relationnelle dans les soins palliatifs est importante. Elle aborde les soins palliatifs non seulement comme une gestion de la fin de vie, mais aussi comme un véritable art de l'accompagnement. En nous faisant comprendre « *qu'accompagner un patient en fin de vie, c'est être une présence bienveillante, savoir écouter sans juger et offrir la possibilité au patient de donner un sens à sa vie, même dans ses derniers moments.* » (p.135). Cet extrait met en évidence la posture que nous devons avoir, nous soignants dans les soins palliatifs et nous rappelle l'importance d'une présence empathique et respectueuse, tout en offrant au patient un espace pour s'exprimer, ce qui est essentiel dans une bonne prise en charge de la fin de vie.

Ma situation, les cours théoriques et mes lectures m'amène à dire que les soins palliatifs occupent une place particulière, tant sur le plan législatif qu'éthique. Ils visent une prise en charge globale du patient, en considèrent non seulement ses besoins physiques, mais aussi ses dimensions psychologiques, sociales et spirituelles. Au cœur de cette approche, le patient est acteur de ses soins, soutenu par une équipe pluridisciplinaire qui travaille de manière coordonnée pour garantir un accompagnement personnalisé et respectueux de sa dignité. Au-delà de la dimension médicale, les soins palliatifs incarnent une véritable réflexion éthique. Ils nous invitent à remettre en question nos pratiques, à interroger nos certitudes et à chercher des réponses justes, adaptées à chaque situation singulière. Ils sont à la fois ancrés dans un cadre légal précis et portés par des valeurs humaines fondamentales : écoute, respect, compassion et dignité.

En somme, les soins palliatifs ne se limitent pas à soulager la douleur ; Ils sont un espace d'humanisation des soins, où la relation soignant-soigné prend tout son sens, dans une quête permanente de sens et de justesse. Pour moi ils doivent répondre à l'ensemble des dimensions essentielles qui font un véritable soin selon Mme Pirard.V pour qui *“la notion de soins c'est une démarche qui va au-delà des actes techniques ou médicaux, il s'agit d'un véritable engagement humain et éthique”*. C'est comme elle le dit une relation authentique enraciné dans une présence attentive et une écoute sincère, où chaque personne est reconnue dans son unicité. Une approche holistique qui embrasse toutes les dimensions de l'être physique, émotionnel, historique et environnemental, afin de répondre aux besoins aussi bien corporels que psychologiques, sociaux et spirituels. C'est le respect de la dignité humaine qui se fonde sur la reconnaissance de la vulnérabilité de chacun, tout en préservant son autonomie et ses droits fondamentaux. C'est un accompagnement actif, où le soignant ne se contente pas de prendre en charge, il accompagne la personne pour qu'elle devienne actrice de son propre bien être.

En résumer le soin se construit autour de la relation, de l'empathie et d'un engagement profond envers l'humain. Mais au -delà du rôle technique et médical, qui est réellement le soignant dans cette démarche d'accompagnement ? Est-ce seulement celui qui prodigue des soins, ou bien celui qui, par sa présence, son écoute et son engagement, accompagne la personne dans sa dignité et son humanité ?

4.1.1 La place du soignant en soins palliatif

Selon Mr Walter Hesbeen infirmier et docteur en santé publique de l'Université catholique de Louvain (UCL), responsable du GEFERS (groupe francophone d'études et formations en éthique de la relation de service et de soins) à Paris. *“le terme de soignant regroupe l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, qui ont tous pour mission fondamentale de prendre soin des personnes, et ce qu'elle que soit la spécificité de leur métier...C'est “un professionnel dont l'action est marquée par l'intention de prendre soin des personnes et pas seulement de faire des soins”*.

En effet, être soignant ce n'est pas seulement exercer un métier, c'est avant tout incarner une présence, un engagement envers l'autre, comme l'explique Mr Walter Hesbeen.

Mais prendre soin, c'est aussi être touché comme le souligne Mr GREMAUD. G dans " La souffrance des soignants en soins palliatifs 2013/2Vol 28 page 151" ajoute "*qu'un soignant est également une personne sensible, qui peut être profondément affectée, parfois au-delà du raisonnable, par le comportement du patient.*" Cela est d'autant plus vrai en raison du risque de fragilisation lié aux décès successifs et aux deuils des patients, au-delà même de ses propres caractéristiques personnelles.

Mr M. Léonetti ajoute dans son ouvrage : « L'accompagnement de la fin de vie ». Une analyse détaillée de la loi Léonetti, qui régit l'accompagnement des patients en fin de vie en France. Où l'auteur explore les enjeux éthiques liés à la fin de vie et le rôle fondamental des soignants pour respecter les choix et la dignité des patients. Mr Léonetti aborde également les dilemmes auxquels les soignants peuvent être confrontés, les encourageant à une approche humaine et respectueuse de la souffrance.

C'est dans ce sens que vont aussi Mr Fournier et Mr Roussel dans leur ouvrage « Accompagner la fin de vie : Perspectives pratiques et humanistes ». En effet, dans leurs ouvrages ils offrent des perspectives pratiques et humanistes pour l'accompagnement des patients en fin de vie. Ils abordent des stratégies pour les soignants, non seulement pour soulager la douleur physique, mais aussi pour soutenir émotionnellement et psychologiquement les patients. L'un des points forts que je trouve dans ces livres ce sont leurs réflexions sur l'épuisement des soignants et la manière de préserver leur bien-être tout en assurant une prise en charge de qualité. Effectivement pour moi un soignant est un être profondément sensible, car il est confronté chaque jour à la souffrance, à la fragilité humaine, à la maladie et à la mort. Cette proximité constante avec la douleur des autres peut le toucher bien au-delà de ce qu'il imagine, parfois de façon difficile à gérer. Sa sensibilité s'explique par plusieurs dimensions : L'exposition répétée à la détresse et aux décès successifs peut entraîner une fatigue émotionnelle, un sentiment de perte accumulée et une fragilité invisible mais bien réelle. L'empathie, qui elle est essentielle pour créer des relations authentiques, mais qui peut devenir une source de vulnérabilité.

Effectivement ressentir la douleur de l'autre, c'est offrir un soin humain, mais cela peut aussi épuiser intérieurement lorsqu'on a des difficultés à poser des limites. Le comportement de certains patients (agressivité, rejet, détresse intense...) Peuvent aussi nous affecter lorsqu'ils font écho à nos propres blessures ou expériences personnelles.

Le poids du deuil et des pertes successives, souvent vécus sans pouvoir les exprimer pleinement, peut s'accumuler silencieusement et fragiliser l'équilibre émotionnel. Cette vulnérabilité ne dépend pas seulement des caractéristiques personnelles du soignant. Elle est aussi le reflet de la charge émotionnelle inhérente au métier, des conditions de travail, et parfois du manque d'espaces pour déposer ses souffrances. Pourtant, cette sensibilité n'est pas une faiblesse, mais une *“force précieuse. C'est elle qui permet d'accompagner avec humanité, de rester à l'écoute, de partager des moments de vie intenses”*. Mais pour continuer à donner le soignant doit aussi prendre soins de lui et cela passe par reconnaître ses émotions, chercher du soutien, partager ses expériences. Car finalement, accompagner l'autre dans sa vulnérabilité, c'est aussi accepter sa propre fragilité et savoir que c'est en restant humain que l'on soigne le mieux.

4.1.2 Soignant en soins palliatifs : accompagner avec humanité jusqu'au dernier instant

La Haut Autorité de Santé décrit en 2004 l'accompagnement des personnes en fin de vie comme *« Un processus dynamique qui engage différents partenaires dans un projet cohérent au service de personne, soucieux de son intimité et de ses valeurs propres »*. Elle rajoute que c'est *« Une approche globale et pluridisciplinaire, l'accompagnement en institution ou au domicile relève d'initiatives et de procédures adaptées aux attentes et besoins de la personne ainsi que de ses proches »*. Elle explique que l'accompagnement en fin de vie va au-delà de la phase terminale, elle s'intègre dans le parcours global de la personne face à la maladie et repose sur une approche collective qui prend en compte les aspects individuels, familiaux et sociétaux liés à la fin de vie et à la mort. Cette démarche est dynamique, participative et nécessite des dispositifs d'écoute et de concertation, permettant une évaluation continue des options possibles. La qualité de l'accompagnement dépend de la transparence, de l'information et de la communication, facilitant ainsi les décisions à prendre en toute confiance.

Un projet de soins coordonné, clair et respectueux des spécificités de chaque situation est essentiel pour garantir un accompagnement humain, adapté et respectueux des choix de la personne en fin de vie.

Pour illustrer cela, je me suis appuyée sur deux livres de Marie Hennezel. Le premier « Accompagner la fin de vie », où Mme Hennezel psychologue et pionnière dans le domaine des soins palliatifs, nous livre une réflexion profonde sur l'accompagnement humain à la fin de vie. Fondé sur des témoignages et des réflexions personnels. Elle nous aide à comprendre le rôle fondamental du soignant dans l'écoute et l'empathie : « *Le rôle de l'infirmier en soins palliatifs ne se résume pas à administrer des médicaments, il est un accompagnant, un témoin attentif qui permet au patient de se sentir respecté et compris dans ses derniers moments* ». (p.112). Cet extrait par exemple, souligne la profondeur de l'engagement en fin de vie, où l'infirmière joue un rôle essentiel de présence, d'écoute et de soutien.

Dans le deuxième livre « La mort, la souffrance et les soins », elle va au-delà des aspects purement médicaux de la fin de vie pour aborder les dimensions psychologiques et spirituelles. Elle nous aide à comprendre les souffrances intérieures que peuvent vivre les patients et les manières dont on peut y répondre avec compassion et respect. Comme dans cet extrait où elle dit « *L'accompagnement en fin de vie ne se limite pas à la gestion de la douleur physique. Il s'agit d'être là, présent, pour offrir une écoute attentive aux souffrances émotionnelles et existentielles du patient.* » (p.75), où elle insiste sur la valeur de la présence du soignant, et explique qu'ils sont un pilier d'écoute et de soutien face aux angoisses profondes du patient.

C'est ce que souligne aussi Mr D. Sicard dans son livre « La fin de vie : Un défi éthique » où Mr Sicard expert en éthique médicale et en soins palliatifs, traite des dilemmes éthiques que rencontrent les soignants dans l'accompagnement en fin de vie, notamment en ce qui concerne le respect de l'autonomie et des choix du patient. « *Accompagner la fin de vie, c'est respecter les choix du patient, même lorsque ces choix défient nos propres convictions. L'éthique des soins se trouve précisément dans cette capacité à honorer la dignité et les désirs de l'autre.* » (p.159). Dans cet extrait il met en avant l'importance du respect des choix du patient, en particulier dans les situations de fin de vie, où l'autonomie doit primer, même face à des dilemmes éthiques.

Toutes ses lectures m'amènent à dire que l'accompagnement en fin de vie vise à offrir un soutien global à une personne en phase terminale, en lui assurant des soins adaptés et une présence bienveillante afin qu'elle puisse traverser cette étape avec le plus de confort, de dignité et de sérénité possible.

Cet accompagnement repose sur trois principes fondamentaux :

- L'autonomie : Chaque personne doit pouvoir rester actrice de ses choix jusqu'au bout de sa vie. Cela signifie qu'elle décide, dans la mesure de ses capacités, des soins qu'elle souhaite recevoir, de l'endroit où elle préfère être accompagnée, et des personnes qu'elle veut à ses côtés. Le rôle des soignants est de respecter, soutenir et valoriser ces décisions, même dans des situations complexes.
- Le respect des choix du patient : Accompagnement en fin de vie, c'est reconnaître la singularité de chaque individu, avec ses valeurs, ses croyances, ses besoins et ses attentes. Cela implique une écoute attentive, sans jugement, et l'intégration de ces éléments dans la prise en charge, qu'il s'agisse de gestes médicaux, de soutien psychologique ou d'une simple présence rassurante.
- L'éthique : L'éthique est le fil conducteur des actions soignantes. Elle pousse à se questionner en permanence : " Ce que je fais est-il juste ? Respecte-t-il la dignité, l'autonomie et l'humanité de cette personne ?" C'est accompagner avec bienveillance, dans le respect de la vulnérabilité de l'autre, en plaçant l'humain avant toute démarche technique.

En somme, accompagner une personne en fin de vie, c'est bien plus que prodiguer des soins. C'est être présent, soulager la douleur, offrir un espace d'écoute et de respect, et surtout, ne jamais perdre de vue l'essence de la personne au-delà de sa maladie. Chaque geste, chaque parole, chaque silence peut devenir un acte de soin à part entière. C'est une démarche profondément humaine, guidée par l'empathie, le respect et la dignité, qui ne peut pas être pleinement comprise sans tenir compte de la culture de la personne, de ses croyances, de son histoire et de son environnement.

4.2 La notion de culture

4.2.1 Définition

La déclaration de Mexico de 1982 sur les politiques culturelles de l'UNESCO définit la culture comme *“l'ensemble des traits spirituels matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société. Elle englobe les arts, le mode vie, les droits de l'homme, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances. La culture façonne les individus et les sociétés, en favorisant l'unité par le biais de valeurs et de traditions partagées.”* Elle englobe non seulement les arts et le mode de vie, mais aussi les valeurs fondamentales telles que les droits de l'homme et la dignité. C'est dans cette perspective que l'accompagnement en soins palliatifs doit intégrer une compréhension profonde de la culture de chaque patient, pour mieux répondre à ses besoins profonds et respectueux de son identité

4.2.2 La culture du patient

Pour illustrer cette notion de culture et son rôle essentiel dans l'accompagnement, j'ai choisi l'ouvrage de Marie de Hennezel *“La pratique des soins palliatifs”* car je trouve qu'elle explore avec beaucoup de sensibilité la dimension humaine des soins palliatifs. Dans cet ouvrage elle met l'accent sur l'accompagnement émotionnel et spirituel, et insiste sur l'importance de comprendre l'univers intérieur du patient, qui est étroitement lié à sa culture. Elle présente de manière bienveillante et respectueuse les derniers moments de la vie. Comme dans cet extrait ou elle dit : *« Accompagner un patient en fin de vie, c'est comprendre son univers intérieur. Cela nécessite une écoute profonde, un respect de ses croyances et une attention particulière à ses valeurs culturelles »* (p.98). En effet, l'accompagnement ne peut pas se faire pleinement sans une compréhension du monde culturel et spirituel. C'est pour cela qu'il est important d'essayer au mieux de connaître nos patients, cela passe à travers une écoute attentive qui permet de saisir les attentes profondes du patient en fonction de sa culture.

C'est dans ce sens que va aussi Mr Dominique Véron dans son livre *« les soins palliatifs : Une approche interdisciplinaire »*, dans lequel il souligne l'importance de la collaboration entre les différents soignants pour répondre de manière holistique aux besoins du patient Mr D.

Véron insiste sur l'importance de l'approche respectueuse des valeurs culturelles du patient, qui doit être au cœur de l'accompagnement en fin de vie. « *Dans le cadre des soins palliatifs, l'équipe soignante doit comprendre que chaque patient a une vision unique de la fin de vie. Cela implique de prendre en compte ses croyances et ses valeurs culturelles, et de respecter sa manière de vivre ce moment* » (p.83). Dans cet extrait il rappelle que la diversité culturelle est une richesse dans les soins palliatifs et qu'elle doit être intégrée dans chaque décision qu'elle soit médicale ou humaine.

C'est vers la aussi que va Mme Madelaine Leininger, fondatrice de " *l'approche infirmière transculturelle*", discipline qu'elle a introduit des 1974 après un voyage révélateur en Nouvelle-Guinée avec " *le nursing transculturel* " qui est un domaine de recherche et de pratique qui s'intéresse aux valeurs, croyances et pratiques de soin des individus ou des groupes issues de différentes cultures. Son objectif est de proposer des soins qui soient à la fois universels et adaptés aux spécificités culturelles, afin de promouvoir la santé et le bien être des personnes, et en les aidant à faire face à des situations de vie difficiles, à la maladie ou à la fin de vie, tout en respectant leurs repères culturels. Il rappelle que prendre en compte la dimension culturelle dans la relation de soin nécessite plus qu'une simple connaissance des traditions ou des croyances ; En effet, cela demande une écoute attentive, une ouverture d'esprit et une capacité à reconnaître les manifestations culturelles dans le discours et les comportements des patients. De plus il explique que lorsqu'on ne possède pas de connaissances précises sur une culture donnée, il est essentiel d'adopter une posture de curiosité bienveillante, sans préjugés, afin de comprendre l'autre dans sa singularité. En somme, le nursing transculturel vise à humaniser les soins en intégrant la diversité des cultures, en valorisant le respect des différences et en favorisant une approche centrée sur la personne, où chaque patient est reconnu et accompagné dans le respect de son identité culturelle.

Mes lectures et mes origines m'amènent à affirmer que la culture est un élément essentiel dans le soin, bien plus qu'un simple repère elle est le fondement sur lequel chaque individu se construit. La culture façonne notre identité, nos valeurs, nos croyances et guide nos comportements, nos décisions et notre manière d'affronter les épreuves de la vie. Etant moi-même d'origine Algérienne, je ressens profondément l'importance de la culture dans mon quotidien ancrée dans la religion musulmane, la culture Algérienne est le pilier de mon existence. Elle ma façonnée dès mon enfance, influence mes choix de vie, les plus important et m'accompagne à chaque étape de mon parcours.

Pour moi c'est à travers elle que nous apprenons des valeurs fondamentales telles que la patience face aux épreuves, la bienveillance envers les autres, le respect des aînées, la solidarité familiale et communautaire. Elle est présente dans les moments de joie, comme lors des naissances ou des célébrations, mais aussi dans les moments douloureux, comme la maladie ou la mort. La culture n'est pas figée, elle est vivante transmise de génération en génération, enrichie par les expériences de chacun. Elle est ce lien invisible qui unit les individus au sein d'une même communauté, mais aussi un pont qui peut relier des personnes de cultures différentes, à condition d'y prêter attention. Dans le cadre du soin, reconnaître et respecter la culture du patient, c'est non seulement honorer son histoire et ses racines, mais aussi offrir un accompagnement authentique et humain, où la personne se sent écoutée, comprise et respectée dans toute sa singularité.

C'est d'ailleurs dans ce sens que depuis quelques années nous allons effectivement, les professionnels des soins infirmiers ont mis en place des questionnaires et des modèles spécifiques "*modèle du lever de soleil de Madeleine Leininger, modèle transculturel de Purnell*" pour observer et recueillir ces dimensions culturelles. Ces outils méritent d'être valorisés, car ils reflètent les préoccupations humaines et pragmatiques des soignants, qui interagissent en permanence avec les malades. Bien que ces préoccupations soient depuis peu présentes en Europe, il convient de noter que les principaux modèles ont été conçus dans les pays anglo-saxons, dans les soins généraux et hospitaliers. En y portant attention, on constate que ces modèles reposent souvent sur une approche culturaliste, où la culture est perçue comme un cadre de référence dans lequel chaque individu évolue. Comprendre ce cadre, c'est saisir l'influence des valeurs, des croyances et des pratiques culturelles sur la façon dont les patients perçoivent la maladie, le soin et la relation thérapeutique.

Cette compréhension permet de mieux appréhender les comportements, les attentes et les représentations des patients face à la maladie, tout en favorisant une approche plus respectueuse de leur identité culturelle. En dépassant une vision figée de la culture, il devient possible d'adapter les soins de manière plus humaine, en tenant compte de la singularité de chaque individu dans son contexte culturel propre. Comprendre l'importance de la culture dans l'accompagnement des patients, c'est aussi reconnaître que les soignants, en tant qu'individus porteurs de leurs propres valeurs et croyances, influencent cette relation.

La manière dont un soignant perçoit la maladie et le soin est marquée par son propre bagage culturel, tout comme celle du patient. Ainsi, cette dynamique de soin nécessite une attention particulière aux différences culturelles des deux parties pour favoriser un échange harmonieux et respectueux.

4.2.3 La culture du soignant

Comme le souligne Mme Michaux. L dans la revue *“les cultures et valeurs dans l’univers du soin”*, les cultures et les valeurs sont aujourd'hui au cœur du soin. Il est désormais important de montrer ses valeurs personnelles et professionnelles, de défendre une culture de groupe ou de service, mais aussi de respecter les croyances et souhaits des patients, même quand ils se différencient de ceux des soignants. De plus, il faut prendre en compte les différences culturelles. Ces sujets, très importants, provoquent souvent des tensions et conflits, que ce soit entre les différents métiers du soin ou entre les patients et les soignants. La formation des soignants inclut l'apprentissage de valeurs humanistes et d'une culture propre au soin. Cependant, ce n'est pas garanti qu'elle mène à une ouverture envers les autres.

Les valeurs qui motivent souvent les soignants peuvent aussi créer des conflits, en particulier entre les professionnels médicaux et paramédicaux. L'accès à des savoirs spécialisés peut aussi éloigner les soignants des patients, car les logiques professionnelles et de la vie quotidiennes ont du mal à se combiner. Il est important de prendre conscience de notre tendance à voir des différences et à juger, souvent de manière inconsciente. L'opposition entre groupes (dominants/dominés, vulnérables/ puissants) ne doit pas dominer la relation de soin. Agir dans un esprit humaniste, pour le bien des autres, ne doit pas être réservé à un certain groupe. De même, prendre en compte les différences culturelles ne doit pas se limiter à considérer les origines des patients. Une approche culturelle doit se développer tout au long de sa carrière, par la formation continue, la curiosité intellectuelle et l'ouverture aux autres. Mais aussi de prendre conscience de notre propre culture, de nos limites personnelles et collectives, ainsi que des contraintes administratives, réglementaires et légales. Il est aussi essentiel de comprendre les croyances de chacun concernant la maladie, la mort, l'alimentation, l'intimité, l'importance du groupe social, ainsi que des spécificités religieuses et funéraires.

L'approche interculturelle a aussi son importance d'après Mme Annelise Lemaitre dans son article *“Les cultures du soigné et du soignant se rencontrent”* (p 95 à 102) elle se déploie en trois étapes essentielles ; La négociation *“établir un dialogue pour comprendre sans entrer en conflit”*, la pénétration *“se détacher de son propre point de vue pour adopter celui de l'autre”*, la décentralisation *“prendre du recul pour réfléchir de manière plus objective”*. En résumé, il s'agit d'adopter une démarche de soutien pour instaurer une relation authentique et bienveillante avec la personne. Cela implique de faire preuve d'empathie. Cela permet de comprendre ses émotions, de se mettre à sa place et de proposer un accompagnement qui réponde à ses besoins, tout en donnant du sens à sa vie et à nos soins. L'approche culturelle consiste à aller à la rencontre de l'autre pour mieux comprendre ses coutumes et habitudes, et ainsi dépasser les préjugés et la peur de l'inconnu. En soins palliatifs, intégrer la dimension culturelle dans l'accompagnement spirituel est essentiel, au même titre que l'accompagnement psychologique et médical de plus, il est important de partager cette dimension culturelle au sein de l'équipe pluridisciplinaire, afin de tirer parti des expériences de chacun et d'offrir la meilleure qualité de soin, dans le respect des valeurs de chacun. (Jusqu'à la mort accompagner la vie 2015/4 N°123). Ainsi, entre la culture du soignant et les relations interculturelles, il existe un espace essentiel où se rencontrent les valeurs, les croyances et les perceptions de chacun. Cette rencontre n'est pas seulement un échange de savoirs, mais une véritable interaction humaine qui nécessite ouverture d'esprit, respect mutuel et une volonté sincère de comprendre l'autre au-delà de ses différences culturelles. La relation interculturelle est un espace d'échange où se construisent des relations de soin authentiques, empreintes d'humanité et de respect.

4.2.4 Les relations interculturelles

Selon Mr Canet Claude le terme interculturel *“introduit les notions de réciprocité dans les échanges et de complexité dans les relations entre cultures. Le phénomène interculturel est affaire de rencontres, du fait qu'il n'existe pas une culture mais des cultures, au sein desquelles parfois d'autres cultures coexistent et interagissent.”*

Dans la revue “les cultures du soigné et du soignant se rencontrent” Mme Lemaître Annelise infirmière et directrice d’EHPAD explique que prendre en compte la diversité dans le soin, que ce soit à domicile, en établissement sanitaire ou médico-social, implique une prise de conscience de nos propres valeurs et limites, tout en respectant le cadre administratif, réglementaire et légal. La maladie, la mort, l’alimentation ou encore l’intimité sont perçus différemment selon les cultures et les croyances. Comprendre ces particularités permet d’instaurer une relation de confiance et d’adapter l’accompagnement sans compromettre la sécurité des soins véritablement humain et respectueux de chacun.

Elle ajoute que l’approche interculturelle comporte trois étapes importantes à connaître :

1. La négociation : La symbiose qui a lieu pour y parvenir à la compréhension tout en évitant la confortation.
2. La pénétration : Sortir de soi et se mettre dans la peau de l’autre afin de mieux comprendre son point de vue.
3. La décentralisation : une perspective de réflexion.” Autrement dit, pour elle il s’agit d’adopter une véritable posture d’accompagnement fondée sur l’écoute et le respect, afin de tisser une relation authentique avec la personne soignée.

Faire preuve d’empathie, c’est être capable de se mettre à sa place, de comprendre ce qu’elle vit et ressent, pour lui offrir un accompagnement qui a du sens. Un soin ne se limite pas à un geste technique, il prend toute sa valeur lorsqu’il est adapté aux besoins, aux attentes et à l’histoire de la personne. C’est cette approche humaine qui permet non seulement de mieux soigner, mais aussi de donner du sens, à la fois à la vie du patient et à notre rôle de soignant ;

Elle souligne aussi l’importance d’une communication adaptée pour un soin respectueux, pour elle prendre en compte la culture d’un patient dans la relation de soin, c’est avant tout reconnaître son identité et ses valeurs.

Pour cela, certaines règles de communication permettent d’établir une relation de confiance et d’assurer une prise en charge respectueuse et efficace : Il est essentiel de recueillir des informations sur les croyances et habitudes du patient, notamment en échangeant avec son entourage, afin de mieux comprendre ses attentes et ses besoins.

La communication doit s'adapter à ces spécificités, cela peut passer par une modification du langage, l'adoption de gestes ou de postures plus appropriés ou encore l'utilisation d'un interprète si la langue constitue une barrière. Planifier les soins en tenant compte de l'héritage culturel du patient permet d'éviter les malentendus et de mieux répondre à ses attentes. Il est également crucial d'adopter une communication bienveillante et non menaçante en validant les propos du patient et en respectant ses éventuelles réticences à aborder certains sujets sensibles, comme la sexualité.

En somme elle explique que l'approche culturelle dans le soin va au-delà de la simple adaptation de la communication : Elle demande une véritable ouverture à l'autre. Il ne s'agit pas seulement de tolérer les différences, mais de chercher à les comprendre pour lever les préjugés et instaurer un climat de respect mutuel.

En adoptant cette démarche, le soignant favorise une relation thérapeutique authentique où le patient se sent écouté et reconnu dans son individualité. Pour finir elle ajoute que prendre en charge un patient c'est avant tout une rencontre entre deux cultures, celle du soignant et du soigné. Si les professionnels doivent s'adapter aux croyances et aux valeurs du patient, ce dernier doit aussi composer avec les codes du système de santé. Cette interaction demande écoute et compréhension mutuelle pour instaurer une relation de confiance. En soins palliatifs, la dimension culturelle est essentielle. Elle ne peut être dissociée de l'accompagnement plus humain et plus juste. Enfin, cette approche doit être partagée en équipe. L'échange entre soignants permet d'enrichir la prise en charge et de mieux répondre aux besoins de chacun. En intégrant ces différentes perspectives, le soin devient une véritable rencontre, empreinte de respect et de dignité.

Dans cette dynamique de soins, les émotions jouent un rôle fondamental, aussi bien pour le patient que pour le soignant. Elles ne sont pas seulement des réactions passagères, mais des témoins précieux de l'humanité partagée dans la relation de soin.

Le soignant, en étant attentif à ces émotions, favorise une connexion authentique et renforce la confiance mutuelle, créant ainsi un espace de respect et de compréhension.

4.3 Les émotions

Lydia Fernandez définit les émotions comme « une réaction affective brusque et momentanée agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou troubles psychologiques » (Fernandez, L. (2012). Émotion. Dans *Formarier, M. et Jovic, L. Les concepts en sciences infirmières 2ème édition. (p.164)*. D'après eux ils existent six émotions dites « primaires » : la joie, la tristesse, la surprise, la colère, la peur et le dégoût. Ces émotions, bien que communes à tous, sont vécues de manière unique par chaque individu. Elles ne peuvent pas être évitées, mais sont gérées différemment en fonction de la personnalité, du tempérament, de la culture, ou encore de l'expérience de vie de chacun. Selon la situation, les émotions peuvent occuper une place plus ou moins importante : parfois elles passent inaperçues, d'autres fois, elles peuvent prendre le dessus et nous submerger.

Toujours selon Mr M. Formarier et Mr L. Jovic, les émotions jouent un rôle essentiel dans la pratique infirmière. Elles sont considérées comme un « *moteur* » dans les soins, car il est impossible de travailler sans éprouver d'émotions. Toutefois, il est important de pouvoir les reconnaître et les réguler, car ressentir des émotions est naturel, mais il ne faut pas se laisser submerger par elles, surtout face à la souffrance des patients. Il s'agit aussi de pouvoir exprimer ces émotions et passer à autre chose. Enfin, il existe parfois des moments où il est nécessaire de réprimer ses émotions, en se forçant à les contenir pour éviter qu'elles ne nous débordent. Dans chaque situation de soin, les émotions ressenties par nous personnels soignants nous permettent d'ajuster nos soins et de les personnaliser.

Mme Mercardier met en lumière l'expérience émotionnelle des soignants, particulièrement celle liée au contact avec le corps malade, une expérience souvent non verbalisée et vécue de manière intime. Ces émotions se manifestent principalement à travers des gestes, ce qui les rend difficilement exprimables par des mots. Elles influencent la manière dont les soins sont réalisés et la façon dont un patient est pris en charge.

C'est ainsi que l'illustre aussi Mr M. Aubert dans son ouvrage : « *Les soignants face à la fin de vie : Une approche humaniste des soins palliatifs* ». Cet ouvrage propose une réflexion sur la place de l'humanité dans les soins palliatifs. Mr Aubert insiste sur l'importance qu'a l'approche humaniste, de chaque soignant et sur le fait que chaque soignant doit être un « *être humain* » avant d'être un « *soignant* ». L'auteur aborde également les défis émotionnels que la fin de vie engendre pour les soignants, et comment ces derniers peuvent trouver un équilibre entre compassion et professionnalisme.

L'ouvrage « *Le soin de la fin de vie : Un défi pour les soignant* » de Mr C. Bonnet vient appuyer cela en mettant l'accent sur les défis auquel les soignants sont confrontés lorsqu'ils accompagnent les patients en fin de vie. Mr M. Bonnet explore les aspects émotionnels de la pratique soignante, en particulier le fardeau psychologique que la fin de vie peut représenter pour les soignants. Il propose aussi des stratégies pour les aider à gérer leur propre souffrance tout en maintenant un soin empathique. Ces différents ouvrages m'amènent à dire que les émotions chez nous les soignants, sont à la fois une force et une fragilité. Elles nous permettent de nous investir pleinement dans la relation avec nos patients, d'être à leur écoute, de les comprendre au-delà des mots. Mais elles peuvent aussi nous submerger, nous épuiser, et parfois même nous fragiliser face aux épreuves répétées du métier. Ce sont pourtant ces émotions qui font de nous des soignants humains. L'humanité que nous transmettons, à travers un regard bienveillant, une parole réconfortante ou un simple geste, est profondément liées à ce que nous ressentons. De même, l'humanité qui nous anime vient de cette conscience que nous ne détenons pas toutes les réponses, que chaque patient est unique et que nous apprenons à chaque instant mieux accompagner avec respect et dignité. Plutôt que chercher à les refouler, il est essentiel de reconnaître et apprivoiser nos émotions, de savoir les canaliser pour qu'elles restent un moteur du soin et non une source d'épuisement.

Accepter notre sensibilité, c'est aussi accepter notre vulnérabilité et comprendre que c'est en restant profondément humain que l'on soigne le mieux.

Enfin, j'ajouterai que comme l'a souligné Mme Margot Phaneuf "*les émotions, bien que complexes soient un levier puissant dans la relation de soin, à condition d'être comprises et maîtrisées.*" en effet, elle explique bien que les émotions sont au cœur de la relation entre soignant et patient. Que présentes à chaque instant du soin, elles doivent être reconnues et gérées avec justesse. Car le soignant fait face non seulement à ses propres émotions, mais aussi à celles du patient, souvent fragilisé par la douleur ou l'angoisse. Effectivement elles peuvent être un impact direct sur la qualité des soins car une mauvaise gestion des émotions peut nuire à la relation de soin, une attitude trop distante risque de créer une froideur préjudiciable, tandis qu'une implication excessive peut peser sur le soignant et altérer son objectivité. À l'inverse, une approche équilibrée, alliant empathie et professionnalisme, favorise un climat de confiance et d'apaisement, essentiel au bien-être du patient.

Ce qui est important comme le souligne Mme Phaneuf c'est la réflexion qu'on a de nous-même, apprendre à reconnaître et comprendre ses propres émotions est essentiel pour éviter qu'elles ne prennent le dessus et influencent négativement la prise en charge. Cette capacité d'autoréflexion permet au soignant de mieux ajuster son attitude et sa communication, pour une réflexion plus sereine et efficace. Effectivement, trouver le juste équilibre est plus qu'essentiel, quand on sait qu'une gestion maladroite des émotions peut entraîner des tensions, des conflits ou un manque de discernement. Pour éviter ces écueils, il est essentiel d'adopter une posture à la fois humaine et professionnelle, mêlant une distance protectrice avec une empathie sincère ? C'est dans cette harmonie que se construit une relation de soin authentique et respectueuse. Dans cette perspective, l'impact de notre vécu personnel et de nos émotions sur notre profession ne peut être sous-estimé.

4.3.1 L'impact de notre vécu personnel et nos émotions sur notre profession

Mr PRAHIN J-J (1999), dans l'article "*Emotions de soignant, émotions de soigné*", dit que bien que les émotions soient universelles et interculturelles, que on nous a appris dès l'enfance à les cacher. Selon lui cela est même devenu un automatisme : " [...] nous avons développé une méfiance à l'égard de nos émotions [...] Nous avons progressivement développé la croyance que ce que nous ressentons est "mauvais" (p.15). D'après lui, ses acquis donnent lieu à trois stratégies : réprimer les émotions, les remplacer ou les intensifier.

Pour Mme MERCADIER C dans l'article repris par Mr LANGLOIS G.(2010)"*Des émotions dans le soin*", l'émotion est "une dimension largement occultée du métier d'infirmière", (p22)Mettant en question les normes sociétales actuelles qu'elle considère comme limitant l'expression de nos émotions, Mme MERCADIER constate que "*les soignants se doivent de maîtriser leurs affects*" (Ibid p.22) car d'après elle le concept de "neutralité bienveillante" prône l'abandon de ses propres affects" pour mieux soigner Mr Vandamme.G, dans "du cœur à l'ouvrage" l'infirmier magazine, mars 2004,n°191, P38.va aussi dans son sens.

Cependant ce concept est fortement critiqué par Mr CANOUIL.P, psychiatre et Mr PLOTTET.E dans l'article, car d'après eux, cela serait inapplicable dans la réalité. (Ibid. P.38). Mme MERCADIER.C (2008) elle modère la neutralité émotionnelle dans son article "le travail émotionnel des soignants : la face cachée du soin". Selon elle, nous apprenons au cours de notre socialisation primaire et de professionnalisation ce qu'il est bon de ressentir et comment le montrer. Seulement, dès les premiers débordements d'émotions, ce que nous avons appris de l'expression de nos émotions n'est plus suffisant et nos limites se dessinent.

Les différents auteurs abordent la question des émotions dans le soin sous des angles complémentaires, mettant en évidence leur rôle central mais aussi les tensions qui en découlent.

M. Prahin souligne que dès l'enfance, nous apprenons à cacher nos émotions, au point que cette retenue devient un automatisme. Selon lui, cette méfiance intériorisée nous pousse à adopter trois stratégies face à nos ressentis : réprimer, les remplacer ou les intensifier. Autrement dit, nous sommes conditionnés à contrôler nos émotions plutôt qu'à les accueillir naturellement, ce qui peut avoir des répercussions sur notre manière de les vivre et les exprimer, notamment dans un cadre professionnel comme le soin.

Mme Mercadier citée par Mr Langlois, va plus loin en affirmant que l'émotion est une dimension largement mise de côté dans le travail infirmier. Elle critique les normes sociales qui imposent aux soignants de maîtriser leurs affects, au nom du concept de "*neutralité bienveillante*." Cette approche sous-entend que, pour soigner, il faudrait mettre de côté ses propres émotions. Pourtant, cette exigence va à l'encontre de la réalité humaine du soin, où l'engagement émotionnel est souvent inévitable.

Cette neutralité est d'ailleurs vivement contestée par Mr Canoui et Mr Plottete, qui estiment qu'elle est tout simplement irréaliste. Ils rappellent que les soignants, avant d'être des professionnels, sont des êtres humains. Il est donc impossible de faire abstraction de ses émotions dans des situations aussi impliquantes que le soin. Leur point de vue met en lumière un paradoxe : On demande aux soignants de contenir leurs émotions, alors même que leur métier repose sur l'écoute et l'attention à l'autre, ce qui suppose une forme d'implication affective.

Dans l'article "*le travail émotionnel des soignants : la face cachée du soin*" Mme Mercadier introduit la notion de "*travail émotionnel*", elle explique que notre socialisation, dès l'enfance puis dans le cadre professionnel, nous apprend qu'elles émotions sont acceptables et comment les exprimer. Mais lorsque l'émotion devient trop forte, ces apprentissages atteignent leurs limites. Autrement dit, la maîtrise des émotions est nécessaire dans le soin, mais elle ne doit pas devenir une répression systématique qui finit par déshumaniser le soignant. Tous ces auteurs convergent vers un constat commun, qui amènent à dire que la gestion des émotions est un enjeu central dans le soin. Loin s'être spontanée, elle est le fruit d'un apprentissage social et professionnel. Cependant, ils divergent sur la question de son application réelle.

D'un côté, des autres comme Mr Prahin et Mme Mercadier critiquent la répression des émotions, soulignant qu'elle est dictée par des normes sociales rigides.

De l'autre Mr Canoui et Mr Plottete rejettent l'idée que la neutralité émotionnelle soit viable dans la pratique. Mme Mercadier apporte une vision plus nuancée en reconnaissant que l'expression des émotions doit être encadrée mais qu'elle ne peut être entièrement supprimée.

Dans “un dilemme entre normes et réalité du terrain” ces différentes perspectives convergent vers une même réflexion : les soignants sont confrontés à une contradiction entre les attentes professionnelles, qui valorisent la maîtrise des affects, et la réalité du soin, où l’émotion est omniprésente. Si une certaine régulation émotionnelle est nécessaire pour exercer son métier avec justesse, nier totalement les émotions reviendrait à nier l’humanité même du soin.

En définitive, plutôt qu’une neutralité absolue, c’est un équilibre entre professionnalisme et authenticité émotionnelle qu’il faudrait rechercher. Pour moi notre vécu personnel et nos émotions influencent notre profession de manière profonde et nuancées. En effet, ils façonnent notre manière d’interagir, de gérer le stress et de prendre des décisions. Ces expériences enrichissent notre capacité à créer des liens authentiques et à instaurer un climat de confiance au sein de notre environnement professionnel. Toutefois, il est essentiel de les reconnaître et de les gérer afin de rester objectif et d’exercer notre métier avec empathie et efficacité.

4.4 Synthèse du cadre de référence

Comme on a pu le voir, les soins palliatifs ne se résument pas à un ensemble d’actes médicaux visant à soulager la douleur ; ils représentent avant tout un accompagnement global du patient en fin de vie. Cette démarche repose sur une approche profondément humaine, qui prend en compte non seulement les besoins physiques, mais aussi les dimensions psychologiques, sociales et spirituelles de la personne.

L’objectif est d’offrir au patient un cadre apaisant, où il se sent écouté, respecté et reconnu dans son individualité jusqu’à son dernier souffle. Dans cette mission, le soignant joue un rôle central. Plus qu’un dispensateur de soins, il est un soutien, un guide et un repère pour le patient et ses proches. Sa présence, ses paroles et même ses silences peuvent apporter réconfort et apaisement.

Toutefois, cet engagement émotionnel peut être éprouvant : il exige de trouver un équilibre entre empathie et protection de soi, afin de ne pas s’épuiser tout en restant pleinement disponible pour l’autre. La culture, qu’elle soit celle du patient ou du soignant, influence profondément cette relation. Les croyances, les valeurs et les perceptions de chacun façonnent la manière dont la maladie, la souffrance et la mort sont vécues et comprises. Cette rencontre entre deux univers peut être source de richesses, favorisant une prise en charge plus adaptée et respectueuse.

Mais elle peut aussi être un défi, nécessitant écoute, compréhension et adaptation pour éviter les incompréhensions et les tensions.

Enfin, les soins palliatifs sont un espace d'émotions intenses, aussi bien pour les patients que pour les soignants. Chaque regard, chaque échange peut susciter de la joie, de la tristesse, de la gratitude ou de la détresse. Apprendre à accueillir ces émotions, sans les nier ni les laisser submerger, est essentiel pour construire une relation de soin authentique et bienveillante. En ce sens, l'accompagnement en fin de vie est bien plus qu'un acte professionnel : C'est une rencontre profondément humaine, où le respect, la dignité et l'amour de l'autre prennent tout leur sens.

5 Enquête exploratoire

5.1 Outil utilisé

La méthode utilisée pour réunir des vécus et expériences infirmiers sur mon travail de fin d'étude sera un questionnaire dirigé sur les thèmes orientés sur mes recherches afin d'avoir des informations qualitatives et des réponses élaborées. Ce seront des questions qui aborderont chaque thème, à savoir : L'accompagnement du patient en fin de vie, la culture, les soignants et les émotions. Les réponses resteront anonymes et seront recueillies auprès d'infirmiers expérimentées ou non. Cette temporalité est importante car elle permettra d'analyser s'il existe un impact avec le nombre d'années d'expérience sur leur travail.

5.2 Population choisie

J'ai opté pour un entretien auprès d'infirmiers de différents âges, origines et niveaux d'expérience. Cette approche vise à recueillir des réponses qui reflètent la diversité des pratiques et des perspectives des soignants. L'objectif est d'obtenir un éventail de témoignages et d'opinions permettant d'explorer de manière approfondie mes thèmes de recherche, tout en tenant compte des différences de parcours et de contextes professionnels parmi les participants.

5.3 Lieu d'investigation

J'ai choisi d'analyser différents types de services (gériatrie et oncologie, hématologie), en incluant à la fois un service plus généraliste, afin de comparer les approches de l'accompagnement en fin de vie. Mon objectif était de souligner que l'accompagnement de fin de vie ne se limite pas exclusivement aux services de soins palliatifs, mais qu'il peut également être dispensé dans d'autres types de service.

Cette démarche permet de mettre en lumière l'influence de la culture et des émotions de chaque soignant dans leurs prises en charge soignante.

5.4 Analyse

5.4.1 Entretien par entretien

➤ Analyse du premier entretien :

L'entretien est réalisé au service gériatrie, auprès d'une infirmière qui exerce depuis un an et demi après avoir exercé comme aide-soignante pendant cinq ans, évolue actuellement en service de gériatrie. Elle a précédemment travaillé dans un service de soins palliatifs et en SSR. Ce parcours lui a permis d'acquérir une connaissance approfondie de l'accompagnement des patients en fin de vie, en lien étroit avec une approche humaine et empathique.

Concernant l'impact des émotions dans l'accompagnement en fin de vie ;

N témoigne de l'intensité émotionnelle qui accompagne certain accompagnement. Elle évoque une situation marquante : celle d'une jeune patiente en fin de vie qui a profondément résonné en elle, notamment en raison de son jeune âge et de sa situation familiale. Ce vécu met en lumière la difficulté, pour les soignants, de maintenir une juste distance émotionnelle tout en restant humainement présents. L'importance du travail en équipe ressort comme une aide précieuse pour gérer ces charges émotionnelles.

Concernant l'influence des émotions sur la qualité de la prise en charge ;

Elle reconnaît que les émotions peuvent influencer la qualité de la prise en charge, mais insiste sur la nécessité de savoir les canaliser. Selon elle, savoir écouter, observer, dialoguer avec les familles et se remettre en question permet de mieux accompagner les patients. L'expérience professionnelle joue un rôle clé dans cette capacité de régulation émotionnelle.

Concernant la gestion des émotions et posture professionnelle ;

Mme N affirme ne jamais avoir été perturbée au point d'adopter un comportement inadapté. Elle souligne l'importance du professionnalisme et de la capacité à prendre du recul, grâce notamment à l'appui de l'équipe soignante. Pour elle, la maîtrise de soi est indispensable pour préserver une posture juste, même dans des situations émotionnellement difficiles.

Concernant le poids du vécu personnel dans la pratique professionnelle ;

Elle considère que le vécu personnel influence inévitablement la manière d'exercer. Pour elle, on ne choisit pas ce métier par hasard : certaines dispositions personnelles, liées à l'histoire de chacun, prédisposent à une posture empathique et à une sensibilité particulière vis-à-vis de la souffrance humaine. Ce vécu façonne la manière d'être, de communiquer et d'accompagner.

Concernant le rôle de la culture dans l'accompagnement ;

Elle reconnaît que la culture du soignant peut impacter la relation de soin. Elle insiste cependant sur l'importance de rester ouvert, sans jugement, en accueillant la diversité comme une richesse. Elle considère que chaque culture a quelque chose à apporter, et que l'échange interculturel peut renforcer la qualité de la relation de soin.

Concernant la gestion des différences culturelles avec les patients ;

Mme N explique n'avoir jamais été confrontée à des conflits culturels majeurs. Au contraire, elle exprime un respect sincère pour les croyances, les rituels et les pratiques religieuses ou culturelles des patients. Elle veille à ne pas se positionner en opposition, mais plutôt en soutien à ce qui fait sens pour le patient en fin de vie.

Concernant la relation interculturelle comme dynamique de soin ;

Pour elle, la relation interculturelle est une opportunité d'enrichissement, à condition qu'elle ne vienne pas perturber la dynamique professionnelle. Elle voit dans la diversité culturelle une force lorsqu'elle est intégrée avec respect. Elle insiste sur la nécessité d'une posture juste, fondée sur l'écoute et l'ouverture.

Pour conclure, Mme N souligne l'intérêt des thèmes abordés. Elle se dit satisfaite d'avoir pu participer à cet échange réflexif, malgré le manque de temps, et exprime l'importance de ce type de questionnement dans l'évolution de la pratique soignante.

➤ **Analyse du deuxième entretien :**

L'entretien est réalisé au service gériatrie, auprès d'une infirmière qui exerce depuis plus de 10 ans. Elle a précédemment travaillé dans un service de soins palliatifs et comme pour le premier entretien cela lui a permis d'acquérir une connaissance approfondie de l'accompagnement en fin de vie. Cependant Mme C ne mentionne pas de situation marquante en particulier, soulignant la fréquence des décès dans son service. Pour elle, la fin de vie est une réalité quotidienne, souvent prise en charge par les équipes de soins palliatifs. Cette régularité peut atténuer l'impact émotionnel d'une situation spécifique, mais n'exclut pas une charge affective diffuse.

Concernant l'impact des émotions dans l'accompagnement en fin de vie ;

Mme C reconnaît que les émotions peuvent influencer la prise en charge, non pas tant dans la relation au patient, souvent fragilisé ou peu conscient, mais plutôt dans la relation à la famille. Certaines situations, notamment lorsqu'un patient rappelle un proche personnel, peuvent raviver des émotions plus intenses. Elle évoque la difficulté de rester totalement imperméable à l'émotion sans pour autant se laisser submerger. Le maintien d'une posture professionnelle demande un équilibre subtil entre empathie et protection de soi.

Concernant le poids du vécu personnel dans la pratique professionnelle ;

Pour Elle son vécu personnel, marqué par la perte de proches, influence sa manière d'aborder certaines situations de fin de vie. Ces résonances émotionnelles peuvent intensifier son implication ou, au contraire, la pousser à prendre du recul pour se préserver. Cette influence du vécu, bien qu'inévitable, est constamment interrogée dans sa pratique pour éviter qu'elle n'entrave la qualité de la prise en charge des patients.

Concernant le rôle de la culture dans l'accompagnement ;

Mme C évoque également l'influence de la culture, notamment religieuse, sur la manière d'appréhender la fin de vie. Elle partage l'exemple de collègues ayant des réticences face à certaines pratiques (comme la sédation profonde), en raison de conviction personnelles religieuses. Pour elle il est essentiel de reconnaître ces différences culturelles, sans les laisser interférer dans la dynamique de soin. La diversité des points de vue peut devenir une richesse, à condition d'être vécue comme une force et non une source de tension.

Concernant la gestion des différences culturelles avec les patients ;

Pour elle bien qu'il n'y ait pas d'expérience marquante liée à des différences culturelles avec les patients en fin de vie, elle souligne cependant qu'elle s'efforce d'adapter la prise en charge à leurs besoins, croyances ou rituels, dans le respect de leurs valeurs. Elle insiste sur l'importance de répondre aux demandes anticipées pour favoriser un accompagnement aligné avec leurs souhaits.

Concernant la relation interculturelle comme dynamique de soin ;

Pour Mme C la relation interculturelle, elle évoque une richesse plutôt qu'une source de conflit. Pour elle, l'essentiel est de travailler dans la même direction, en intégrant les différences de croyances, de rituels et d'habitudes, toujours dans une logique de respect et de bienveillance envers la personne soignée.

Pour conclure, Mme C exprime un certain plaisir à avoir participé à l'entretien, tout en soulignant le manque de temps pour ces moments de réflexion. Elle valorise les thèmes abordés, qu'elle trouve pertinent, ouvrant la voie à une réflexion collective sur les enjeux humains et culturels qui traversent l'accompagnement en, fin de vie.

➤ **Analyse du troisième entretien :**

L'entretien est réalisé au service d'oncologie hématologie, auprès de A une infirmière exerçant depuis 13ans, dont huit en oncologie et cinq en cancérologie ORL.

Cette longue expérience lui confère une posture professionnelle affirmée et une capacité d'adaptation face à des situations de fin de vie, qu'elle côtoie régulièrement.

Concernant l'impact des émotions dans l'accompagnement en fin de vie :

Mme A explique qu'elle parvient à mettre en place une barrière émotionnelle afin de préserver la qualité de sa prise en charge. Même lorsqu'elle entretient des liens affectifs avec les patients ou leurs familles, elle insiste sur sa capacité à garder une posture professionnelle ;

Elle reconnaît toutefois que certaines situations marquantes peuvent la toucher émotionnellement, comme celle d'une patiente décédée lorsqu'elle travaillait en cancérologie ORL, avec qui elle avait tissé une relation proche. Mais même dans ce cas, elle a réussi à ne pas se laisser submerger par ses émotions.

Concernant la gestion des émotions et posture professionnelle :

Mme A affirme que cette gestion émotionnelle repose sur un équilibre entre empathie et distance professionnelle, ce qui lui permet de rester investie sans fragiliser sa posture soignante.

Concernant le vécu personnel et son influence sur la pratique professionnelle :

Mme A évoque une relative absence de décès marquants dans sa vie personnelle, ce qui contribue à sa capacité à ne pas projeter ses émotions dans la relation de soin ; Elle considère cette absence de deuil personnel comme un facteur facilitant la gestion de ses émotions au travail. Elle se sent ainsi protégée d'un éventuel débordement émotionnel dans les situations de fin de vie.

Concernant la culture du soignant et son influence dans l'accompagnement :

Interrogée sur l'influence de la culture du soignant, Mme A adopte une vision large de la culture, incluant croyances, valeurs et rites. Elle mentionne notamment que certains médecins, d'origine étrangère, peuvent avoir du mal à adhérer à la démarche palliative. Elle évoque le frein que cela peut représenter dans les prises en charge, certains soignants percevant le soin palliatif comme un échec médical, ce qui rend difficile l'acceptation de la fin de vie.

Concernant la relation interculturelle dans le soin :

Pour Mme A, une relation interculturelle repose sur la reconnaissance mutuelle des cultures entre soignant et soigné. Elle souligne l'importance de prendre en compte les croyances et rites du patient, tout en respectant le cadre hospitalier, de plus elle témoigne d'un environnement de travail ouvert à la diversité culturelle et religieuse, ou aucune situation de conflit culturel majeur n'a été relevée dans sa pratique, ce qu'elle attribue à un respect mutuel et à une organisation qui favorise l'accueil des différences.

➤ **Analyse du quatrième entretien :**

L'entretien a été réalisé au service d'oncologie hématologie auprès d'une infirmière Mme F exerçant depuis près de dix ans, affectée en service d'oncologie depuis ses débuts. Son expérience dans ce service à forte charge émotionnelle lui permet de développer une vision riche sur la place des émotions et la culture dans l'accompagnement des patients en fin de vie.

Concernant l'impact des émotions dans l'accompagnement en fin de vie :

Mme F témoigne d'une implication émotionnelle forte, en particulier lorsqu'une identification au patient ou à sa famille se produit. Elle évoque une situation marquante avec un patient de 39ans, père de jeunes enfants, dont le décès l'a profondément touchée. Elle reconnaît que ces émotions ont influencé ses choix et ses actions dans la prise en charge, avec une remise en question constante des décisions médicales malgré le passage en soins palliatifs. Elle souligne la difficulté d'accompagner les familles lorsque la fin de vie concerne des patients jeunes, affirmant que les émotions sont présentes et parfois visibles, bien qu'un cadre professionnel permette de reprendre le dessus.

Concernant le vécu personnel dans la pratique professionnelle :

Mme F indique ne pas avoir vécu de situation de deuil similaire dans sa sphère personnelle, mais confie que cela n'empêche pas la projection émotionnelle. Ce mécanisme d'identification est décrit comme un facteur de difficulté émotionnelle.

L'absence de vécu personnel n'empêche donc pas l'impact émotionnel, mais la transforme pour elle il s'exprime par empathie projetée plutôt que par résonance directe.

Concernant la culture du soignant et son influence sur la relation de soin :

Mme F définit la culture du soignant comme englobant croyances, rites et valeurs. Elle reconnaît que la culture personnelle du soignant peut influencer la manière dont il accompagne un patient. Elle souligne toutefois que cette influence reste limitée, car les connaissances sur certaines religions ou pratiques sont parfois incomplètes, ce qui peut créer de la distance involontairement.

Concernant la gestion des différences culturelles dans la prise en charge :

Elle évoque une dynamique d'adaptation dans l'équipe pluridisciplinaire face aux différences culturelles. Chacun apporte ses connaissances et son expérience, permettant une prise en charge ajustée à la culture du patient et de sa famille. Cette adaptation collective est vécue comme une richesse plutôt qu'un frein. Elle permet un accompagnement interculturel respectueux et souple, même en cas de divergence de croyances.

Concernant la notion de relation interculturelle dans le soin :

Pour Mme F, la relation interculturelle repose sur le respect mutuel, malgré les différences religieuses ou culturelles. Elle insiste sur une forme d'unité qui dépasse les divergences. Elle ne distingue pas "eux" et "nous", mais évoque un ensemble dans lequel les croyances se rencontrent dans le respect. Cela traduit une posture professionnelle humaniste et ouvertes.

5.4.2 Analyse croisée

Concernant l'analyse croisée j'ai choisi avec l'accord de ma maitresse de mémoire de faire l'analyse croisée des deux premiers et ensuite des derniers afin de mettre en lumière ne les différent point de vue qu'il peut avoir entre deux infirmiers travaillant dans un même service, avant de faire l'analyse croisée des quatre.

Analyse croisée des deux premiers entretiens :

L'analyse croisée des deux premiers entretiens réalisés dans un même service auprès de soignantes engagées dans l'accompagnement en fin de vie permet de faire émerger des axes de réflexion majeurs. Malgré des parcours de vie différents et des âges différents, plusieurs thématiques communes révèlent des enjeux humains, relationnels et professionnels au cœur de la pratique soignante.

Concernant les émotions ;

Les deux soignantes interrogées reconnaissent que les émotions sont omniprésentes en fin de vie. Elles témoignent de la complexité de maintenir une posture juste face à la souffrance, à la détresse des familles ou à des situations qui font écho à leur propre vécu.

Mme C évoque une forme de “distance émotionnelle nécessaire “ construite au fil des expériences, comme un réflexe de protection. A l’inverse, Mme N fait récit d’une situation marquante avec une jeune patiente, où l’émotion a été intense et partagée en équipe. Ces deux postures, bien que différentes, traduisent une même volonté : rester présentes tout en gardant un cadre professionnel stable. De plus cette tension entre empathie et retenue souligne l’importance d’une régulation émotionnelle continue, nourri par l’expérience, la réflexivité et le soutien de l’équipe soignante.

Concernant le vécu personnel ;

Les deux infirmières expriment clairement que leur histoire personnelle influence leur manière d’exercer. Le choix de ce métier n’est, selon elles, jamais anodin. Il s’inscrit souvent dans une trajectoire de vie marquée par la confrontation à la vulnérabilité, à la perte ou à la maladie. Ce vécu personnel, loin d’être un obstacle, est décrit comme un levier d’humanité, de compréhension profonde et d’écoute sensible. Il façonne la manière d’être au monde, d’entrer en relation et de prendre soin. Toutefois, il appelle à une vigilance constante pour ne pas “parasiter” la relation de soin, et conserver la juste distance thérapeutique.

Concernant la culture du soignant ;

Sur le plan culturel, les deux professionnelles de santé s’accordent sur le fait que la culture du soignant, entendue au sens large, incluant les croyances, l’éducation, les valeurs, peut influencer leur posture. Elles insistent néanmoins sur la nécessité de rester ouvertes, sans jugement, et de ne pas laisser ses convictions personnelles interférer dans la prise en charge des patients en fin de vie.

Mme C évoque notamment la difficulté de mettre en place certains protocoles en lien avec des résistances culturelles au sein de l’équipe médicale. Mme N aborde sa propre culture comme une composante personnelle qu’elle garde en arrière-plan, tout en respectant celle du patient en fin de vie. Dans les deux cas, l’enjeu est le même : reconnaître les différences, les accueillir comme une richesse, sans que cela compromette l’éthique du soin.

Concernant la relation interculturelle ;

Elle n'est pas perçue comme un obstacle, mais comme une opportunité d'enrichissement mutuel. Les deux soignantes valorisent l'écoute, l'adaptabilité et le respect des rituels ou croyances des patients. Elles soulignent que la diversité culturelle, lorsqu'elle est intégrée avec bienveillance, renforce la qualité du lien et favorise une prise en charge juste. La posture d'ouverture, l'absence de jugement, et la volonté de s'aligner sur ce qui fait sens pour le patient sont au cœur d'un soin interculturel humaniste et responsable pour les deux IDEs.

Conclusion de l'analyse croisée de mes deux premiers entretiens en service gériatrie :

A travers ces deux entretiens, se dessinent les contours d'un accompagnement profondément humains, dans lequel la gestion des émotions, le poids du vécu personnel et la prise en compte des différences culturelles s'entrelacent. Ces témoignages illustrent à quel point la pratique soignante en fin de vie ne peut se réduire à une simple application de protocoles : elle engage l'être tout entier du soignant, son histoire, ses valeurs, sa sensibilité, dans une relation unique et précieuse avec la personne en fin de vie. Ces récits soulignent aussi l'importance de créer des espaces de paroles et de réflexion au sein des équipes, pour soutenir les professionnels face à ces enjeux complexes et leur permettre d'exercer avec justesse, sens et humanité.

Analyse croisée des deux derniers entretiens :

L'analyse croisée des deux derniers entretiens réalisés dans un même service d'oncologie met en lumière les convergences et les nuances entre leurs expériences autour de l'accompagnement en fin de vie.

Concernant les émotions dans l'accompagnement en fin de vie :

Mme F laisse transparaître une grande sensibilité face aux situations de fin de vie, en particulier lorsqu'elle se projette dans l'histoire du patient. Elle évoque le cas d'un homme de 39ans, père de jeunes enfants, dont la situation faisait écho à sa propre vie. Elle raconte avec sincérité combien elle a été touchée par son parcours, au point de remettre en question certaines décisions médicales malgré le cadre palliatif.

Mme A, quant à elle, adopte une posture plus maîtrisée. Elle reconnaît qu'elle peut être affectée, mais affirme avec calme sa capacité à poser une barrière émotionnelle.

Elle insiste sur le fait que, même lorsqu'elle est attachée à patient, cela ne compromet jamais la qualité de son accompagnement.

Croisement :

Les deux soignantes sont profondément investies, mais adoptent deux postures différentes : l'une s'autorise à ressentir intensément (Mme F), l'autre protège sa pratique par une distance affective (Mme A). Elles illustrent deux facettes complémentaires émotionnel d'un côté, la stabilité professionnelle de l'autre.

Concernant le vécu personnel comme prisme de lecture de soin :

Toutes deux soulignent qu'elles n'ont pas vécu personnellement de deuil marquant. Pourtant, ce vécu neutre ne les met pas à l'abri des émotions. Mme F évoque clairement le mécanisme de projection. Mme A, de son côté, insiste sur sa capacité à ne pas s'impliquer personnellement, même si elle aime profondément les patients.

Croisement :

Leur vécu personnel est similaire, mais leur rapport au patient diffère. Mme F est traversée par l'empathie projetée, Mme A reste ancrée dans un équilibre émotionnel solide. Ces différences enrichissent la diversité des postures infirmières dans l'accompagnement de la fin de vie.

Concernant la culture du soignant :

Les deux soignantes partagent une vision ouverte et respectueuse de la culture du soignant. Elles reconnaissent toutes deux que leurs repères culturels influencent parfois la façon d'accompagner, surtout lorsqu'il existe une proximité de croyance ou de pratiques. Elles évoquent les freins que certains médecins peuvent rencontrer, notamment face au passage aux soins palliatifs perçue comme un échec dans certaines cultures professionnelles.

Croisement :

Toutes deux affirment que la culture personnelle influence la pratique, surtout dans des contextes multiculturels. Mais elles s'accordent aussi sur le fait que le respect et l'ouverture d'esprit permettent de dépasser ces différences.

Concernant la gestion des différences culturelles :

Mme F insiste sur la richesse de la diversité au sein de son équipe, où chaque soignant apporte ses connaissances culturelles et religieuses.

Mme A, quant à elle, souligne que dans l'établissement, les pratiques religieuses sont respectées, notamment grâce à la présence d'aumôniers et d'imams.

Croisement :

Toutes deux s'accordent sur l'importance de la flexibilité et l'adaptation culturelle dans les soins. Leur approche commune repose sur une éthique du respect, du dialogue et de l'ouverture aux croyances des autres.

Concernant la vision de la relation interculturelle dans le soin :

Mme F perçoit la relation interculturelle comme un "ensemble" dans lequel les croyances du soignant et du patient coexistent dans le respect mutuel.

Mme A, plus analytique, parle de la nécessité de considérer la culture de chacun, que l'on soigne ou que l'on soit soigné.

Croisement :

Les deux visions se rejoignent dans une même philosophie : celle d'un soin centré sur la reconnaissance de l'autre, quelles que soient ses origines. Elles incarnent une posture profondément humaniste et sensible aux enjeux interculturels.

Conclusion des deux dernières analyses :

A travers leurs témoignages, Mme F et Mme A donnent à voir deux manières d'être infirmières face à la fin de vie. Si leurs émotions, leurs croyances ou leurs expériences personnelles diffèrent, toutes deux témoignent d'un même engagement : celui d'accompagner avec humanité, sensibilité et professionnalisme. Leur parole met en lumière l'importance de la culture du soignant, non pas comme une barrière, mais comme un facteur à conscientiser pour mieux répondre à la diversité des patients. Leur complémentarité illustre la richesse du travail en équipe et la nécessité d'un soin qui sait s'adapter à l'autre, sans jamais renier sa propre humanité.

Analyse croisée des quatre entretiens :

L'analyse croisée des quatre entretiens permet de mettre en lumière les points communs, les nuances, et la profondeur humaine qui émerge du vécu de ces infirmières accompagnants des patients en fin de vie.

L'impact des émotions dans l'accompagnement en fin de vie :

L'émotion est au cœur du soin en fin de vie, et toutes les soignantes interrogées en témoignent.

Mme F se laisse toucher par l'histoire d'un patient qui lui rappelle sa propre vie : même âge, jeunes enfants. Elle s'investit intensément, au point de remettre en question les décisions médicales.

Mme A, à l'inverse, met en place une forme de barrière émotionnelle. Elle assume une posture de contrôle, où l'affection n'interfère pas avec la qualité du soin.

Mme N se situe entre les deux : elle ne cache pas ses émotions, mais affirme qu'elle sait les canaliser grâce au travail d'équipe. Pour elle, on ne peut pas "laisser ses affects à la porte de l'hôpital".

Mme C, quant à elle, confie que les émotions émergent surtout dans la relation avec la famille, surtout quand celle-ci est dans le déni ou la souffrance. Elle essaie de garder du recul pour ne pas être submergée.

En croisant leurs voix :

L'émotion est universelle, mais chacune a développé sa propre manière de la vivre ou de la contenir. Certaines soignantes accueillent leurs vulnérabilités comme une force, d'autres la canalisent pour mieux se préserver. Toutes s'accordent à dire qu'il est impossible d'accompagner dignement sans être, à un moment ou un autre, touchée.

Le vécu personnel : Un filtre sensible et structurant :

Mme F explique que, même sans avoir vécu personnellement un deuil similaire, elle se projette facilement dans les situations familiales, ce qui rend certaines prises en charge émotionnellement plus lourdes.

Mme A considère que son absence de vécu personnel l'aide à garder une distance, tout en restant proche. Elle affirme que cette stabilité l'aide à mieux accompagner.

Mme N insiste sur l'idée que le choix de ce métier est rarement un hasard : notre histoire, nos blessures, notre façon d'être façonnent la manière dont on accompagne les patients.

Mme C elle, pense que le vécu influence forcément. Avoir, déjà accompagner un proche, ou s'imaginer un jour à leurs places, fait écho dans le soin et nous pousse à toujours chercher à faire mieux.

En croisant leurs expériences :

Le vécu personnel agit comme un prisme. Il peut accentuer l'engagement, nourrir l'empathie ou au contraire renforcer la prudence. Ce n'est pas tant ce qu'on a vécu qui importe, mais ce que cela déclenche en nous dans la relation à l'autre.

La culture du soignant : influence, conscience et adaptation :

Mme F reconnaît que l'on accompagne parfois "mieux" les patients qui partagent notre culture ou nos repères. Cette proximité facilite la compréhension des rituels ou des besoins implicites.

Mme A observe que certains soignants, notamment des médecins d'origines étrangères, peuvent avoir du mal à basculer vers une prise en charge palliative, car cela va à l'encontre de leur culture médicale ou personnelle.

Mme N, au contraire, voit la culture comme une richesse. Elle affirme que toutes les cultures lui apportent quelques choses, même si elles sont différentes, et l'ouverture est la clé.

Mme C distingue deux niveaux : d'un côté, elle dit que sa propre culture n'interfère pas avec son soin ; de l'autre, elle reconnaît que dans un précédent service, des divergences culturelles entre soignants compliquaient les prises en charge (réticence notamment à la sédation profonde).

En croisant leurs visions : La culture du soignant est un facteur qui peut influencer la relation de soin, consciemment ou non. Elle n'est ni un frein, ni une garantie, mais un repère qui demande à être questionné, compris et parfois dépassé.

Les différences culturelles du patient : respect et adaptations :

Toutes les soignantes interrogées expriment un profond respect des croyances, des rituels et des valeurs des patients.

Mme F parle de travail d'équipe qui s'adapte aux croyances religieuses (imam, rituels...).

Mme A met en avant les moyens concrets pour répondre aux demandes spirituelles (aumônerie...).

Mme N insiste sur la nécessité de connaître les rituels pour mieux s'ajuster, affirmant que "ce n'est pas une barrière, c'est une ressource".

Mme C insiste sur la volonté de répondre à la demande du patient dans le respect de ses directives, même si certaines différences culturelles peuvent rendre la communication plus délicate.

En croisant les témoignages :

Le respect de la culture du patient est un fil rouge. Il ne s'agit pas seulement de tolérance, mais d'une vraie volonté d'adaptation, même dans un cadre hospitalier normé. La culture du patient devient ici un levier de confiance, un outil pour apaiser et humaniser la fin de vie.

La relation interculturelle : Une dynamique d'échange, pas d'obstacle :

Mme F évoque un équilibre où les croyances de chacun coexistent avec respect.

Mme A propose une vision réciproque de l'interculturalité : le soignant et le soigné prennent en compte la culture de l'autre.

Mme N perçoit la relation interculturelle comme une richesse collective, tant avec les patients qu'en équipe.

Mme C voit dans la relation interculturelle un climat de confiance" où chacun apprend à travailler ensemble, vers un objectif commun : le bien être du patient.

En croisant leurs définitions :

La relation interculturelle est décrite comme une dynamique vivante, fondée sur le respect, l'échange et l'apprentissage mutuel. C'est une opportunité d'enrichissement, jamais un frein.

Conclusion :

A travers ces quatre récits de terrain, une même conviction se dessine : le soin en fin de vie ne peut être uniquement technique. Il est profondément humain.

Les émotions, le vécu personnel, la culture du soignant, les différences culturelles des patients et les dynamiques interculturelles ne sont pas des éléments périphériques. Ils sont au cœur de l'accompagnement. Ils façonnent la qualité du lien, la manière de soulager, de dire, d'écouter, d'être là.

Ces infirmières, par leurs paroles singulières mais convergentes, nous rappellent que soigner, c'est aussi et surtout rencontrer.

5.4.3 Concept par concept

L'impact des émotions dans la relation de soin :

Ce que disent les soignants :

Les émotions sont partout. Elles traversent chaque geste, chaque regard, chaque silence. Mme A et Mme C insistent sur l'importance de poser une barrière sans devenir insensible : l'enjeu est d'être là, sans perdre. Mme F, touchée par un patient jeune père de famille, évoque le poids de la projection. Mme N, quant à elle, avoue qu'elle ne peut pas "laisser ses affects à la porte", mais qu'elle a appris à se protéger au fil du temps, en s'appuyant sur le collectif.

Ce que disent les auteurs :

Mr Prahin et Mme Mercadier rappellent que la neutralité émotionnelle est une illusion : les soignants sont des humains avant d'être des professionnels. Le "travail émotionnel" consiste non pas à nier l'émotion, mais à la réguler avec justesse. Mme Phaneuf insiste : "l'émotion, si elle est reconnue et assumée, devient un moteur de soin, et non un frein". Elle humanise la relation.

En résumé :

Les émotions ne doivent ni être niées ni envahissantes. Elles doivent être reconnues, accueillies, canalisées, car elles permettent une relation sincère, humaine et respectueuse. Ce sont elles qui donnent sens à l'accompagnement, mais c'est l'équilibre entre empathie et protection qui permet de durer dans ce métier.

Le poids du vécu personnel dans la pratique professionnelle.

Témoignages du terrain :

Pour Mme C, son vécu familial influence sa vigilance : elle sait qu'un jour, ce sera peut-être sa propre mère ou elle-même sur ce lit. Mme F, sans avoir vécu de deuil similaire, se projette pourtant. Pour Mme N considère que son histoire l'a menée vers ce métier.

Eclairage théorique :

Mr Prahin souligne que notre socialisation nous apprend à cacher nos émotions dès l'enfance, ce qui impacte directement sur notre posture. Mais ce refoulement, intériorisé, peut nous déshumaniser. Mr Mercadier et Mr Canoui défendent une posture où l'histoire personnelle peut nourrir la qualité de la relation si elle est reconnue et non subie.

En résumé :

Le vécu personnel, s'il est conscientisé, peut enrichir l'empathie et affiner l'écoute. Ce n'est pas un poids, mais une ressource, tant qu'il n'empêche pas la distance juste. Le soignant n'est pas neutre, mais il peut être lucide sur ce qu'il transporte en lui.

La culture du soignant : un filtre souvent invisible :

Ce que disent les soignants :

Mme C avoue ne pas toujours se rendre compte de l'impact de sa propre culture dans sa pratique. Mme A et Mme F, en revanche, soulignent que leur manière d'accompagner est parfois influencée par leurs valeurs personnelles. Pour Mme N, toutes les cultures sont une richesse, mais il faut rester ouvert pour ne pas imposer sa vision.

Théorisation :

Mme Michaux rappelle que le soignant est aussi porteur de croyances, parfois inconscientes, qui influencent ses pratiques. Mme Lemaitre propose une démarche en trois étapes : négociation, pénétration (se détacher de son point de vue), et décentration (adopter une posture de réflexion).

En résumé :

La culture du soignant, bien que souvent invisible, teinte ses représentations de la maladie, de la mort, et la bonne manière de soigner. Prendre conscience de cette influence permet d'offrir un accompagnement plus ouvert, plus respectueux, et mieux ajusté aux besoins de chacun.

La rencontre interculturelle dans l'accompagnement :

Sur le terrain :

Toutes mentionnent des situations où les croyances, les rites ou les attentes culturelles du patient et de sa famille ont complexifié la prise en charge. Pour certaines, comme Mme A, cela peut créer des malentendus, mais aussi des opportunités d'adaptation et de dialogue.

Dans les lectures :

Mme Lemaître insiste sur la richesse de la rencontre interculturelle, qui suppose d'aller au-delà des différences apparentes pour créer une relation basée sur l'écoute et la reconnaissance. Elle parle de l'importance de la communication, du respect du langage, des coutumes, de la nourriture, de la mort...

En résumé :

La culture du patient ne doit jamais être vue comme un obstacle, mais comme un repère essentiel pour proposer des soins pertinents et dignes. Adapter les pratiques, questionner ses réflexes, c'est soigner autrement, plus profondément.

5.5 Synthèse de l'enquête exploratoire

Cette enquête exploratrice révèle la profondeur et la complexité de l'accompagnement en fin de vie. Ce que ces entretiens et lectures nous révèlent, c'est que l'accompagnement en fin de vie ne se résume pas à une série d'actes techniques ou à une suite des protocoles bien huilés. C'est un espace suspendu, fragile, où se rencontrent des histoires de vie, des cultures multiples, des émotions souvent tues, et des silences habités. Dans cet entre-deux, le soin devient un lieu d'humanité partagée, une traversée à deux, parfois à plusieurs, entre savoir-faire et savoir être. Être soignant, c'est avancer dans le souffle discret d'une chambre apaisée, avec des mains qui soulagent et un regard qui rassure, mais surtout un cœur habité, vulnérable et courageux. C'est apprendre à marcher sur un fil tendu entre engagement et retenue, à écouter sans s'oublier, à donner sans se perdre. Le vécu personnel murmure derrière chaque geste, des souvenirs, des croyances, des blessures qui colorent la posture.

Car on ne soigne jamais seul : on soigne avec ce qu'on est, avec ses racines, ses doutes, et son humanité entière.

Face à l'autre, si semblable et si différent, le soignant devient tisseur de liens, traducteur d'angoisses, médiateur de cultures, et témoin discret de l'essentiel. Ainsi, accompagner un être jusqu'à la fin, c'est peut-être cela : rester présent, sincère, ancré, sans jamais oublier qui l'on est.

5.6 Limites de l'enquête

La réalisation de cette enquête de terrain s'est heurtée à plusieurs obstacles, principalement liés au contexte institutionnel et organisationnel dans lequel elle a été menée. Tout d'abord, obtenir des réponses de la part des directions et des cadres de santé a nécessité de nombreuses relances. Le processus s'est avéré long et parfois décourageant, ce qui a complexifié la mise en place rapide des entretiens.

De plus, les rendez-vous avec les soignants ont été fixés par les cadres, sans que ceux-ci soient toujours pleinement informés. A l'arrivée dans les services, j'ai souvent été confrontée à des réticences, voire des refus, de la part de certains professionnels. Ces hésitations étaient liées principalement au manque de temps, mais aussi à la crainte de s'exprimer sur un thème aussi sensible qu'est la fin de vie. Il a donc fallu, à plusieurs reprises, me présenter, expliquer ma démarche, et surtout instaurer un climat de confiance pour rassurer les soignants et favoriser des réponses sincères.

Les conditions matérielles des entretiens ont également constitué une difficulté. Ils se déroulaient souvent dans des lieux passants, où les interruptions par d'autres collègues étaient fréquentes, perturbant parfois le déroulé de l'entretien ou obligeant à le raccourcir. Enfin, il est important de souligner que ces entretiens ont été réalisés sur mes temps de repos, ce qui a eu un impact direct sur le temps que je pouvais consacrer à la rédaction du mémoire.

Ces limites n'ont toutefois pas remis en cause la richesse des échanges, mais elles invitent à mesurer les contraintes concrètes que peut représenter une enquête qualitative en milieu hospitalier, et le besoin de temps, d'écoute et de souplesse qu'elle exige.

6 Problématique

L'accompagnement en fin de vie engage profondément le soignant, non seulement sur le plan professionnel, mais aussi personnel. Comme le révèlent les entretiens menés, les émotions suscitées par ces situations, les résonances avec des expériences vécues ou encore les repères culturels propres à chacun influencent inévitablement la manière d'être au patient. Dans un contexte où la diversité culturelle est de plus en plus présente dans les établissements de soins, les soignants sont amenés à ajuster en permanence leur posture pour rester justes, disponibles et respectueux des croyances et besoins singuliers de chaque individu en fin de vie.

7 Question de recherche

Ma question de recherche est formulée au regard de mon cadre de référence, de l'analyse de mes entretiens et de la problématique. C'est la suivante :

“Comment les soignants parviennent-ils à concilier leurs émotions, leurs vécus personnels et leurs repères culturels avec les exigences professionnelles et éthiques de l'accompagnement en fin de vie, notamment dans un contexte de diversité culturelle croissante ?”

8 Conclusion

Ce mémoire m'a permis de mieux comprendre à quel point l'accompagnement en fin de vie engage le soignant dans toute sa dimension humaine. Les entretiens réalisés ont révélé que les émotions, le vécu personnel et la culture du soignant influencent profondément sa posture, parfois de manière subtile, parfois de façon marquée.

Entre la nécessité de rester professionnel et le désir d'être pleinement humain, les soignants cherchent un équilibre fragile mais essentiel. La relation interculturelle et les ajustements éthiques demandent une grande capacité d'adaptation et de réflexivité.

Au-delà de l'analyse, cette recherche a renforcé ma conviction que soigner, en fin de vie, c'est avant tout savoir être présent avec justesse, dans le respect de l'autre et de soi.

9 Bibliographie

Madeleine LEININGER & Marilyn R McFARLAND 2002, Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and Practice 3^{ème} édition.

Aquina, P. (2010).

La gestion de la souffrance en soins palliatifs : L'expérience des soignants. Paris : Éditions Elsevier Masson. Aubert, M. (2012).

Le soignant face à la fin de vie : Une approche humaniste des soins palliatifs. Paris : Éditions Masson. Bajos, N., et al. (2010).

Les soins palliatifs : Comprendre, accompagner, soulager. Paris : Éditions P.U.F. Boinet, J.-P. (2015).

Soins palliatifs : Une approche globale. Paris : Éditions Masson. Bonnet, C. (2009).

Le soin de la fin de vie : Un défi pour les soignants. Paris : Éditions Erès. Ciche, A. (2008). La culture du soin en fin de vie : Perspectives et enjeux. Paris : Éditions Dunod. Cohen, J., & Lemoine, M. (2005).

La relation de soin en fin de vie : De l'accompagnement à la souffrance. Paris : Presses Universitaires de France (PUF). Fournier, M., & Roussel, C. (2007).

Accompagner la fin de vie : Perspectives pratiques et humanistes. Paris : Éditions Dunod. Gauvain, M., et al. (2014).

Soins palliatifs : Un accompagnement dans la dignité. Paris : Éditions l'Harmattan. Hennezel, M. (1999).

La mort, la souffrance et les soins. Paris : Éditions Flammarion. Hennezel, M. (2004).

La pratique des soins palliatifs : Pour une approche humaniste. Paris : Éditions Flammarion. Hennezel, M. (2013).

Accompagner en fin de vie. Paris : Éditions Albin Michel. Léonetti, M. (2013). Loi Léonetti : L'accompagnement de la fin de vie. Paris : Éditions Odile Jacob. Sicard, D. (2004).

La fin de vie : Un défi éthique. Paris : Éditions Odile Jacob. Verghese, A. (2017).

Le médecin et le malade : Réflexions sur la relation de soin. Paris : Éditions Odile Jacob. Véron, D. (2011).

Le soin palliatif : Pour un accompagnement de la fin de vie. Paris : Éditions Doin. Véron, D. (2011).

Les soins palliatifs : Une approche interdisciplinaire. Paris : Éditions Doin. Formatier, & Jovic. (2009). Les concepts en sciences infirmières (2e éd.).

Vandamme.G, dans “du cœur à l’ouvrage” l’infirmier magazine, mars 2004, n°191, P38

Guillaume GREMAUD La souffrance des soignants en soins palliatifs 2013/2Vol 28 page 151

Prahin J-J Emotions de soignant, émotion de soigné. Soins avril 1999, n°634, p 15

Langlois G de l’émotion dans le soin, l’infirmière magazine, août 2010, n°262

Mercadier.C Le travail émotionnel des soignants : la face cachée du soin, Soins cadre de santé, février 2008, n°65 P. 19

Cours soins relationnels IFSI Avignon 2024/2025

Jusqu’à la mort accompagner la vie 2015/4 N°123

Cultures et valeurs dans l’univers du soin, de Lise Michaux, 1er édition mai 2015 collection Seli Arslan, infirmier

Sitographie :

Haute Autorité de Santé (HAS). (s.d.). L’accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. <https://www.has-sante.fr> Société Française d’Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP). (s.d.).

La relation soignant/soigné et ses aspects <https://chu-nantes.fr> diaporama 6

Les soins palliatifs. <https://www.sfap.org/rubrique/définition-et-organisation>](<https://www.sfap.org/rubrique/définition-et-organisation>

La déclaration de Mexico de 1982 sur les politiques culturelles de l’UNESCO définition de la culture <https://www.unesco.org>

Les cultures du soigné et du soignant se rencontrent A. Lemaitre <https://shs.cairn.info>

10 Table des annexes

Annexe I : Demande d'autorisation d'entretiens.....	I
<i>Annexe I.I : Demande d'autorisation au Centre Hospitalier d'Avignon.....</i>	<i>I</i>
Annexe II : Autorisation de la direction des soins.....	III
<i>Annexe II.I : Autorisation du CHA.....</i>	<i>III</i>
Annexe III : Retranscription littérale des entretiens	IV
<i>Annexe III.I : Entretien en gériatrie.....</i>	<i>IV</i>
<i>Annexe III.II : Entretien en gériatrie</i>	<i>VII</i>
<i>Annexe III.III : Entretien en onco -hématologie.....</i>	<i>IX</i>
<i>Annexe III.IV : Entretien en onco-hématologie</i>	<i>XI</i>
Annexe IV : Grille d'entretien	XIII
Annexe V : Questionnaire.....	XIV
Annexe VI : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude.....	XVI

Annexe I : Demande d'autorisation d'entretiens

Annexe I.I : Demande d'autorisation au Centre Hospitalier d'Avignon (CHA)

A Madame la Directrice des soins

Centre Hospitalier d'Avignon

Objet : Demande d'entretiens travail de fin d'étude infirmier.

Madame,

J'ai honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans les services : 2 IDE du service Oncologie/hématologie et 2 IDE du service gériatrie dans le cadre de mon travail de fin d'étude dont le thème est : "En quoi l'accompagnement d'un patient en fin de vie peut-il être impacté par les émotions et la culture du soignant ?".

Vous trouverez ci-joints le guide d'entretien qui a été validé par ma directrice de mémoire.

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

Mme Benhamadi



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M.me BENHAMADI.TOURIA.....

 Étudiant(e) en soins infirmiers

 Adresse : 522 Chemin Île d'Oiselay

 84700 Sorgues

à Madame la Directrice des Soins

 Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 07.54.84.48.34

 Mail : benhamadi84700@gmail.com

Avignon, le 07/04/2025.....

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)

service(s) : D'oncologie /hématologie et le service de gériatrie.....

auprès de la(des) population(s) : Des infirmiers / infirmières.....

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

En quoi l'accompagnement d'un patient en fin de vie peut-il être impacté par les émotions et la culture du soig.....

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

- 1/ Pouvez-vous décrire une situation marquante où vous avez accompagné un patient en fin de vie ?
- 2/ Pensez-vous que vos émotions ont pu influencer cette prise en charge ?
- Si oui, en quoi ?
- Si non, pourquoi ?
- 3/ Avez-vous déjà été confronté à des émotions qui ont perturbé votre pratique professionnelle dans une situation d'accompagnement en fin de vie ?
- 4/ Pensez-vous que votre vécu personnel influence votre manière d'exercer votre métier ?
- 5/ Pensez-vous que la culture du soignant puisse influencer la manière dont il accompagne un patient en fin de vie ?
- 6/ Avez-vous déjà été confronté à des différences culturelles importantes entre vous et un patient en fin de vie (croyance, valeurs, rituels...)?
- Si oui/ Cela a-t-il influencé votre accompagnement ?
- 7/ Qu'évoque pour vous les notions interculturelles dans la prise en charge d'un patient en fin de vie ?
- 8/ Souhaitez vous ajouter quelque chose ?

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

Cordialement, Madame Benhamadi



Annexe II : Autorisation de la direction des soins

Annexe II.I : Autorisation du CHA

A CENTRE HOSPITALIER AVIGNON

Direction Des Soins
Tél. 04 32 75 35 81
secrétariat

Madame Touria BENHAMADJ
522 chemin Ile de l'Oiselay
84700 SORGUES

Affaire suivie par :
Véronique BREYSSE
Cadre Supérieur de Santé
chargé de missions à la
direction des soins
04 32 75 34 99

Avignon, le 15/04/2025

OBJET : TFE
N°Réf. : VB/MP/25

Madame,

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 Ouni, cadre de santé en onco hématologie 2 au 04 32 75 93 04
- Madame Morey, cadre de santé au SSR Mistral au 04 32 75 38 23

Je vous prie d'agréer Madame, 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 Raboul Folliot - 84002 Avignon Cedex 9 - Téléphone 04 32 75 33 33

Annexe III : Retranscription littérale des entretiens

Ma parole et mes questions sont retranscrites en gras pour les quatre entretiens suivants.

Annexe III.I : Entretien n°1 en gériatrie

1 **On va commencer, donc, vous êtes ?**

2 Alors, je suis Nathalie, 12 ans, donc infirmière dans le service depuis un an et demi. Ça fait 5 ans que je
3 suis diplômée. J'étais avant aide-soignante. Je suis... Donc, j'arrive de l'hôpital de L'isle-sur-Sorgue, un
4 petit hôpital, dans lequel je travaillais en service de soins palliatifs et en service de SSR. J'étais roulante
5 sur les deux services. D'accord. Alors, on est en A4 Sud, gériatrie.

6 **Alors, je commence mon questionnaire. En quoi l'accompagnement d'un patient en fin de vie peut-**
7 **il être impacté par les émotions et la culture du soignant ? Première question. Pouvez-vous décrire**
8 **une situation marquante où vous avez accompagné un patient en fin de vie ?**

9 Alors, il y en a quand même quelques-unes. Je cherche celle qui pourrait correspondre le plus. Donc,
10 qui est... Ouais, qui est au niveau émotionnel, donc qui est perturbante. C'est ça que vous demandez ?
11 Qui impacte au niveau émotionnel. Qui vous a marquée.

12 **Ouais, voilà.**

13 C'est toujours pareil. Donc, c'était une jeune femme d'une quarantaine d'années, donc en service de soins
14 palliatifs sur l'hôpital de L'isle-sur-Sorgue, qui avait donc des enfants. Elle avait, ouais, un peu plus de
15 45 ans. Qui avait des enfants d'à peine 20 ans. Et donc, je fais aussi, à ces âges-là, on fait aussi un
16 transfert avec soi-même, avec sa vie, avec... Voilà. Donc, c'était quelque chose de très difficile, donc,
17 de rentrer dans cette chambre, d'être confrontée à la maladie de cette personne, à la façon de vivre la
18 situation par ses filles, dont une était enceinte. Et le... Voilà. Et de percevoir toute cette difficulté. Et ce
19 qui m'avait... C'était vraiment la fin de vie. Le détachement de la patiente, de sa famille. Sur la fin.
20 Vraiment la fin, les derniers jours. Ses derniers jours. Elle demandait à être sédaturée de plus en plus
21 souvent, afin de pouvoir se couper du reste et de plus avoir aussi cette angoisse qu'elle avait au quotidien.
22 Et qui était, pour elle, insupportable. Plus que tout le reste. Après, ce qui est important dans ces
23 situations-là, c'est l'équipe. C'est ce qui permet de faire face à ces difficultés. Ou à la projection. Après,
24 on relativise, on en parle entre équipes. Avec le médecin aussi, très important, la prise en charge du
25 médecin, qui est à l'écoute de l'équipe soignante. Et de ses difficultés. C'est l'essentiel pour arriver à faire
26 une bonne prise en charge en mettant de côté ses affects. Parce que sans affects, ce n'est pas possible. Je
27 ne sais pas comment les gens peuvent travailler. On te dit de laisser ton affect à la porte de l'hôpital.
28 Moi, je ne peux pas faire. Je ne sais pas faire. Maintenant, si je sais ce que je sais faire, c'est travailler
29 en équipe. Et je sais aussi me protéger. Il y a des choses qu'on apprend. Et qui font partie de nous aussi,
30 peut-être un peu. Mais sinon, des émotions, on en a tout le temps. Là, je vous parle d'une situation qui
31 m'a vraiment marquée. Mais après, il y en a beaucoup d'autres. Tout nous apporte quand même un lot
32 d'émotions. Mais c'est sûr que quand on se sent concerné, quand on fait un transfert, on rentre chez soi,
33 c'est lourd à porter.

34 **Pensez-vous que vos émotions ont pu influencer votre prise en charge ?**

35 Oui, je pense quand même un peu. Je pense que malgré qu'on se dise qu'il ne faut pas, qu'on fait attention
36 à ce qu'on fait, dans l'échange, dans le regard, il y a une façon différente de faire, je pense, selon la
37 situation. De faire et d'être aussi. Même avec la famille qui était là, qui était très présente. C'est sûr qu'on
38 a encore plus d'empathie, encore plus d'écoute. C'est sûr que ces émotions affectent notre prise en charge.
39 D'une façon ou d'une autre. Même si, encore une fois, on essaie de le mettre de côté. Ou en tout cas, de
40 se corriger.

41 **Avez-vous déjà été confrontée à des émotions qui ont perturbé votre pratique professionnelle dans**
42 **une situation d'accompagnement en fin de vie ?**

43 Non, perturbée, non. Quand même, j'ai toujours su. Mais voilà, par ce que je vous dis, grâce aussi à
44 l'équipe soignante, rester professionnelle et ne pas avoir des comportements inadaptés. Je ne sais pas ce
45 qu'on peut appeler inadapté dans ces situations. Je ne sais pas ce que ça peut engendrer. Mais non, ça ne
46 m'est jamais arrivé d'avoir un comportement qui n'était pas professionnel.

47 **Pensez-vous que votre vécu personnel influence votre manière d'exercer votre métier ?**

48 Tu peux reposer la question, s'il te plaît ?

49 **Pensez-vous que votre vécu personnel influence votre manière d'exercer votre métier ?**

50 Je pense que déjà, on ne fait pas ce métier par hasard. Donc, si on en est là, ce n'est pas forcément. Je ne
51 dis pas forcément, mais sûrement qu'on a des prédispositions liées à notre vécu, à notre histoire. Oui,
52 c'est sûr que mon vécu a influencé mon parcours professionnel, ma façon d'être et ma façon de prendre
53 en charge.

54 **Pensez-vous que la culture du soignant puisse influencer la manière dont il accompagne une**
55 **personne en fin de vie ?**

56 Non, ça, je ne crois pas. Je ne pense pas que sa culture... Après, il faut être assez ouvert, mais je pense
57 que quand on est soignant, on est ouvert, parce que sinon, on ne peut pas faire ce métier. Non, je ne
58 pense pas que la culture... Au contraire, je pense que la culture est une richesse et toutes les cultures
59 apportent quelque chose, quelle qu'elle soit, même si elle est à l'opposé de ce qu'on pense, de ce qu'on
60 est ou de ce qu'on... Je pense que c'est un plus, c'est une richesse. Oui, plus qu'une...

61 **Avez-vous déjà été confronté à des difficultés culturelles importantes entre vous et un patient en**
62 **fin de vie ? Quand je dis culture, c'est croyances, les valeurs, les rituels...**

63 Non, ça ne m'est jamais arrivé, parce que comme je viens de le dire dans la question précédente, en fait,
64 pour moi, ce n'est pas du tout une barrière. Donc, le problème qu'il peut y avoir, c'est de ne pas connaître
65 les rituels. Et ça, ça peut être un problème, parce que si on ne les connaît pas, on peut mal les respecter
66 ou mal faire les choses, ou ne pas être adapté. Mais après, ça ne me dérange pas du tout. Moi, j'y adhère
67 et je veux. Au contraire, je trouve que c'est très important de respecter les coutumes, les rites, les
68 croyances de chacun. Et en plus, dans ces moments-là, la fin de vie, c'est... Je dirais, pour avoir vu
69 beaucoup de situations, je dirais que c'est primordial et c'est vraiment une ressource pour le patient qui
70 arrive au bout de sa vie.

71 **Qu'évoque pour vous relation interculturelle ?**

72 Je ne sais pas, pas grand-chose.

73 **Je ne sais pas si vous pouvez développer. Relation interculturelle.**

74 Oui, ça veut dire qu'on est dans le milieu professionnel, qu'on est plusieurs cultures et qu'on doit
75 travailler ensemble. La relation. Ou alors avec le patient. Pour moi, pareil, c'est quelque chose qui est...
76 qui est un plus. L'important, si c'est avec des professionnels, qu'on est de cultures différentes, l'important,
77 c'est de s'entendre sur la façon de travailler. Après, pour moi, ce n'est pas une barrière du tout ou ce n'est
78 pas gênant du tout. Mais par contre, il faut qu'on soit dans la même dynamique du travail. Il ne faut pas
79 que ça vienne interférer sur notre travail. Et avec des patients, au contraire, je suis encore plus ouverte.
80 Avec le patient, ce ne sont que des échanges, donc ce n'est que positif. Pour moi, je pense que c'est
81 quelque chose qui peut être bénéfique. Mais au niveau professionnel, il faut que ce soit juste... on va
82 dire voué au même... que nos cultures, en fait. On s'en serve chacun pour arriver à une même finalité
83 qu'il y ait le souhait, la prise en charge, les coûts, tout ce qu'on peut dire. Mais c'est vrai que chacun, on
84 est différents par rapport à nos cultures ou notre éducation. Et de mettre tout ça en commun, c'est une

85 force. Mais il faut que ce soit une force. Il ne faut pas que ça nous desserve ou que ça crée des... des
86 discordes.

87 **Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?**

88 Non, c'est très intéressant, votre thème. J'ai été contente d'y participer, même si c'est compliqué de
89 trouver le temps.

90 **Merci beaucoup**

Annexe III.II Entretien n°2 en gériatrie

1 **Alors, mon questionnaire, c'est en quoi l'accompagnement d'un patient en fin de vie peut-**
2 **il être impacté par les émotions et la culture du soignant ? Première question, pouvez-**
3 **vous décrire une situation marquante où vous avez accompagné un patient en fin de vie ?**
4 **Une situation marquante ?**

5 Je n'ai pas forcément de situation qui m'ont marquée plus que ça. On se retrouve confronté
6 régulièrement dans le service à avoir des soins palliatifs et des fins de vie. Je trouve que pour
7 l'instant, elles sont bien prises en charge. On fait souvent appel aux soins pall. Je n'ai pas plus
8 de situation que ça qui sont marquantes, au niveau de la prise en charge en tout cas. Je ne fais
9 pas de transfert. Je n'ai pas plus que ça à dire à ce sujet.

10 **Pensez-vous que vos émotions ont pu influencer une prise en charge ? Si oui, en quoi ?**
11 **Sinon, pourquoi ?**

12 Les émotions forcément rentrent en jeu. Je ne dirais pas par rapport à la patiente, mais plus par
13 rapport à la famille. On est en gériatrie, les patients, quand ils n'ont pas de troubles cognitifs et
14 qu'ils ont encore leur tête, eux ce qu'ils veulent et quand ils le verbalisent, c'est d'être délivré,
15 de pouvoir retrouver soit leur mari. C'est vrai qu'au niveau des patients, c'est moins compliqué
16 parce qu'ils sont au clair avec ça. Par contre, c'est plus la famille qui n'est pas forcément au clair
17 et qui ont du mal et qui sont aussi dans le déni et qui ont du mal de commencer le processus de
18 deuil et d'accepter que les soins soient arrêtés et que leurs parents vont décéder. Donc
19 forcément, oui, on fait preuve d'empathie, mais parfois on peut se dire, oui, si j'étais à leur place
20 et si c'était ma maman ou ma grand-mère, les émotions rentrent forcément en compte dans ce
21 genre de situation. Je ne sais pas si je suis claire. Si, si, c'est juste que je n'ai pas le droit de
22 parler.

23 **Avez-vous déjà été confrontée à des émotions qui ont perturbé votre pratique**
24 **professionnelle dans une situation d'accompagnement de femme de vie ?**

25 Non, non, parce que j'essaie quand même, malgré tout, pour me protéger, j'essaie de prendre du
26 recul. On y est tellement confrontés que clairement, je pense que si je ne me protégeais pas un
27 minimum, j'arrêteraient ce métier parce qu'on ne pourrait pas tout prendre comme ça de pleine
28 face et avoir nos émotions qui nous submergent. Ça ne serait pas possible. J'essaie de me
29 protéger et vraiment de me détacher de ce genre de situation et de rester professionnelle.

30 **Pensez-vous que votre vécu personnel influence votre manière d'exercer votre métier ?**

31 Bien sûr, oui. Pour l'instant, j'ai eu la chance. Mes grands-parents sont décédés, mais la prise en
32 charge a été parfaite. Donc forcément, si on a notre famille qui vient être malade et qui vient
33 être dans un lit d'hôpital, ça va influencer sur nous aussi notre prise en charge. On se dit non, mais
34 même pas notre famille. Certains patients ont eu ce genre de soins, ça s'est mal passé, ils
35 n'étaient pas confortables. On essaie de toujours réajuster et de se dire que la prochaine fois, on
36 fera mieux et de réévaluer à chaque fois s'il y a des situations qui sont marquantes pour ne pas
37 reproduire les erreurs.

38 **Pensez-vous que la culture du soignant puisse influencer la manière dont il accompagne**
39 **un patient ?**

40 Culture, vous parlez... Pas forcément religion. Moi, je n'ai pas été confrontée dans cet hôpital,
41 mais dans le précédent hôpital où je travaillais, c'est vrai qu'on avait notre chef de service qui
42 était d'une culture différente de la mienne en tout cas. Et c'est vrai que c'était plus compliqué la
43 prise en charge des soins palliatifs. On était souvent obligés de faire appel aux soins pal pour
44 pouvoir avoir une mise en place de certains protocoles de sédation pour que les personnes soient
45 soulagées. Parce que c'est vrai que j'en ai parlé avec lui et à chaque fois, il me disait nous, on
46 est médecin et on est là pour soigner. Donc c'est vrai que pour lui, c'était toujours très difficile
47 de mettre en place ce protocole.

48 **Avez-vous déjà été confrontée à des différences culturelles importantes entre vous et un**
49 **patient ? Croyances, valeurs, rituels ?**

50 Donc la question précédente, c'était plus par rapport au patient ? Oui. Ma culture à moi mais
51 par rapport au patient. D'accord, ok, je ne l'avais pas compris comme ça. Tu veux revenir sur la
52 question précédente ?

53 **Oui, vas-y. Pensez-vous que votre culture, ta culture à toi, peut interférer sur... Ta**
54 **manière d'accompagner.**

55 Ah oui, d'accord, donc j'étais vraiment hors sujet. Non, ça n'interfère pas parce que clairement,
56 moi, ça n'intervient pas dans ma prise en charge. Oui, dans ma prise en charge. Non, du tout.

57 **As-tu déjà été confrontée à des différences culturelles importantes entre vous et un patient**
58 **en fin de vie ?**

59 Oui, sûrement. Après, ça ne m'a pas plus interpellée que ça. Après, nous, notre prise en charge,
60 c'est de soulager le patient et qu'il soit le plus confortable possible. Donc en accord avec lui,
61 quoi qu'il arrive. Donc voilà, on fait suivant la demande et les directives anticipées du patient.

62 **Qu'évoque pour vous relation interculturelle ?**

63 Voilà, très bonne question. Relation interculturelle. Relation, on va dire qu'il y a un échange, il
64 y a un climat de confiance interculturel avec différentes religions, croyances, je ne sais pas,
65 moins éducation. Donc on va dire essayer de le vivre ensemble et puis d'aller dans la même
66 direction pour le bien-être de la personne soignée.

67 **Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?**

68 Non, c'est tout bon.

69 **Est-ce que vous pouvez me donner votre nom ?**

70 Christine, j'ai mis faire. En service gériatrie A4 Sud.

Annexe III.III : entretien n°3 en onco-hématologie

1 **Donc bonjour, je suis venu pour vous poser des questions concernant mon mémoire. Ça**
2 **concerne en quoi un accompagnement d'un patient en fin de vie peut-il être impacté par**
3 **les émotions et la culture du soignant ? Je vais vous laisser vous présenter.**

4 Du coup, je m'appelle Alice, je suis infirmière depuis bientôt 13 ans. Je travaille en onco 1
5 depuis, oui, depuis presque huit ans et avant j'ai travaillé cinq ans dans un centre de cancérologie
6 ORL. À Paris.

7 **Alors pouvez-vous me décrire une situation marquante où vous avez accompagné un**
8 **patient en fin de vie ?**

9 Alors on accompagne souvent, enfin souvent, régulièrement des patients en fin de vie. Après,
10 marquant vraiment, j'ai pas une situation qui m'a marquée, enfin plus qu'une autre quoi, je me
11 suis pas sentie plus dépassée par une situation que par une autre.

12 **Pensez-vous que vos émotions ont pu influencer une prise en charge ?**

13 À un moment donné ?

14 Ben je pense pas parce que justement j'arrive à mettre cette barrière, à me dire que je suis là
15 pour les patients, je suis là pour la famille, même si on a des sentiments, mais en fait c'est que
16 j'estime que c'est pas ma famille, j'arrive à m'impliquer pour être auprès des gens, mais ça ne
17 m'atteint pas au point que ça m'empêche de faire une prise en charge correcte. Ou je vais pas y
18 penser quand je vais rentrer chez moi, parfois peut-être certains trucs, mais je veux dire ça va
19 pas plus m'affecter que ça, même si je pense avoir de l'empathie, il n'y a pas de souci, je suis là
20 pour les patients, je suis là pour la famille, mais moi, ça va pas me... J'ai pas une situation où je
21 vais me dire, ben là je vais pas y arriver parce que je suis trop affectée, je connais trop le patient,
22 même si j'adore les patients, je les aime beaucoup, enfin voilà, on s'entend très bien qu'ils soient
23 les familles, mais après ça va pas plus m'affecter et ça ne m'empêchera pas de prendre en charge
24 correctement la fin de vie.

25 **"Avez-vous déjà été confrontée à des émotions qui ont perturbé votre pratique**
26 **professionnelle dans une situation d'accompagnement en fin de vie ?"**

27 Ben du coup, non, j'ai pas souvenir... Après, il y a eu forcément... Quand j'étais à Paris, il y a
28 juste une... C'était une jeune femme qui est décédée, elle avait la quarantaine, j'avais tissé des
29 liens avec ses enfants, et elle est décédée quand j'étais là. Après, on avait tissé des liens très...
30 Enfin, professionnels, on s'entendait bien, je veux dire, moi, c'était de professionnels à famille,
31 on s'entendait bien, et c'est vrai que quand elle est décédée, sa fille, elle m'avait dit, ben, je suis
32 contente que ce soit arrivé avec vous, et voilà, après, elle m'avait dit des très belles choses, ben
33 forcément, ça touche, on se dit qu'on n'est pas là pour rien et qu'on ne fait pas ça pour rien, mais
34 après, pas plus... Enfin, oui, non, après, il n'y a pas plus que ça, quoi.

35 **Pensez-vous que votre vécu personnel influence votre manière d'exercer votre amitié ?**

36 Alors, j'ai eu la chance, je touche du poids, d'avoir très peu de décès dans ma famille, dans mon
37 quotidien, enfin, je connais... J'ai perdu mes grands-parents, là, il n'y a pas longtemps, et donc,
38 c'est vrai que je n'ai pas eu... Je n'ai pas eu de situations personnelles qui ont fait que c'était plus
39 compliqué pour moi, parce que je n'ai pas vécu ça, donc, non, je crois que... D'accord.

40 **Pensez-vous que la culture du soignant puisse influencer la manière dont vous**
41 **accompagnez votre patient en fin de vie ?**

42 Quand je dis culture, j'englobe tout, c'est-à-dire tout ce qui est croyances, valeurs, rites... Ben,
43 en fait, on le vit, pour le coup, au travail, et c'est vrai que moi, quand je suis arrivée ici, ça
44 m'avait un peu interpellée, parce qu'on a quand même un service de cancérologie, où on a donc
45 des patients qui sont en fin de vie ou des patients qui sont en souffrance, et en fait, avec certains
46 de nos médecins, on en a déjà discuté, et encore, il n'y a pas longtemps, on en a discuté, on avait
47 vraiment un souci avec une prise en charge palliative, et en fait, pour certains, c'est difficile,
48 parce qu'en fait, ce n'est pas leur culture, on a des médecins qui viennent d'Algérie, et en fait,
49 ce n'est pas leur culture, c'est difficile pour eux de se dire qu'on va faire une prise en charge
50 palliative. Parfois, instaurer du midazolam ou de la morphine, c'est des choses qui sont
51 difficiles, et c'est vrai que nous, on s'est retrouvés un peu en échec dans des prises en charge,
52 en se disant qu'en fait, le patient souffre, et on n'est pas capable de pallier et de l'aider à partir
53 dignement, entre guillemets, mais voilà, parce que pour les médecins, c'est difficile de se dire,
54 pour certains, pas tous, mais voilà, on instaure certains traitements, parce que oui, parce que
55 culturellement, c'est compliqué. Après, les soignants, je pense qu'on est un peu tous d'accord
56 là-dessus, que ce soit infirmiers ou soignants, c'est plus au niveau médical où parfois, on sent
57 qu'il y a un frein, et parce qu'aussi, pour eux, pour en avoir discuté, ils disaient que c'est un peu
58 un échec, en fait, c'est-à-dire que quand on arrive au stade palliatif, c'est que du coup, c'est un
59 échec sur tout ce qui s'est passé avant, et c'est difficile de l'accepter, oui, que c'est terminé, qu'ils
60 ne pourront plus rien faire, quoi.

61 **Avez-vous déjà été confrontée à des différences culturelles importantes entre vous et un**
62 **patient en fin de vie ?**

63 Alors, on n'a pas tous la même culture, mais pour moi, il n'y a jamais eu de frein. Il y a des
64 patients de quelque religion, culture que ce soit, en fait, on respecte leurs demandes, dans la
65 mesure de ce qu'on peut faire, mais après, non, j'estime que c'est un lieu public et que justement,
66 on peut faire en sorte que, ben, en fait, on a la chance d'avoir une aumônerie, d'avoir l'imam qui
67 peut passer, donc c'est vrai qu'en fait, on essaie de faire au mieux, mais je ne pense pas qu'il y
68 ait un frein, enfin, en tout cas, je n'ai jamais eu ce ressenti, je ne crois pas que les familles non
69 plus nous aient jamais fait ce retour-là.

70 **Qu'évoque pour vous une relation interculturelle ?**

71 C'était, alors, attends, une relation interculturelle ? Ben, en fait, c'est que tu prends en
72 considération la culture de celui que tu soignes, ou l'inverse, où le soigné prend en considération
73 la culture de celui qui le soigne. Bon, après, j'ai envie de dire que c'est la vie quotidienne, que
74 ce soit à l'hôpital ou n'importe où, en fait, tout le monde vit ensemble et respecte les désirs et
75 les choix de chacun.

76 **Vous avez quelque chose à ajouter ?**

77 Ben, non, je ne crois pas.

78 Est-ce que vous avez besoin d'autre chose ?

79 **Non.**

80 **Ben, merci en tout cas.**

81 Ben, avec plaisir.

Annexe III.IV : entretien n°4 en onco-hématologie

1 **Bonjour, je vais commencer par vous dire mon thème. Donc, en quoi l'accompagnement**
2 **d'un patient en fin de vie peut-il être impacté par les émotions et la culture du soignant ?**
3 **Je vous laisse vous présenter.**

4 Alors, je m'appelle Fanny, je suis infirmière depuis 2015, donc depuis bientôt dix ans, et je
5 suis affectée en oncologie depuis dix ans. J'ai commencé un an et demi de nuit, et ensuite j'ai
6 basculé en un jour, et depuis je suis là. Je commence par la première question.

7 **Pouvez-vous décrire une situation marquante où vous avez accompagné un patient en**
8 **fin de vie ?**

9 Du coup, je repense à une situation. C'était un patient qui est rentré pour une induction de
10 leucémie, qu'on a soigné au secteur protégé, donc juste à côté, parce que nous on est une
11 équipe qui tourne, et c'était un patient qui est arrivé 39 ans, deux enfants en bas âge, et du
12 coup l'induction s'est bien passée, on a continué avec les consolidations, cela suit du
13 traitement, et jusqu'au moment où il a été en rémission. Du coup, toute l'équipe est super
14 contente, on a tous applaudi, et deux mois après, il a fait une rechute. La rechute a été
15 compliquée pour lui, au final il a été un échec thérapeutique. Il a été basculé sur Marseille
16 parce qu'ils ont voulu essayer un essai clinique, il est revenu, et c'était vraiment acté, soin
17 palliatif. Du coup, c'était compliqué, parce que la situation a fait qu'on a pratiquement le
18 même âge, on a deux enfants pareils, et il y a une relation qui s'est créée, parce qu'en secteur
19 protégé, ils sont seuls enfermés dans une chambre, et on passe beaucoup de temps avec eux,
20 ils connaissaient ma vie, je connaissais la sienne, il y a eu une relation qui s'est faite, et voilà,
21 ça m'a beaucoup affecté son décès.

22 **Pensez-vous que vos émotions ont pu influencer cette prise en charge ?**

23 Oui, je pense que ça a influencé, parce que forcément, on se voit à sa place, on s'imagine dans
24 cette famille, et on tente le tout pour le tout. Même si ça a été acté, soin palliatif, il y a des
25 moments où on se posait la question, à quel moment il faut arrêter les traitements ? Est-ce que
26 pour le soulager... Ça marche ? Est-ce que pour le soulager, est-ce qu'on continue les
27 transfusions ? Voilà, c'était toujours la question, et moi, je me suis battue pour défendre et
28 pour essayer de continuer à prolonger.

29 **Avez-vous déjà été confrontée à des émotions qui ont perturbé votre pratique**
30 **professionnelle dans une situation d'accompagnement en fin de vie ?**

31 C'est sûr que les émotions sont là, on n'est pas des robots, et quand on leur annonce à la
32 famille que c'est des soins palliatifs et que la famille n'est pas prête à 39 ans d'entendre ça
33 avec un enfant de 5 ans et un enfant de 7 ans, forcément qu'on a les larmes aux yeux et qu'on
34 pleure, et après on arrive, parce qu'on est professionnels, on arrive à prendre le dessus et à
35 continuer à le soigner, lui et sa famille, parce que l'entourage est aussi important, mais c'est
36 plus fort que nous.

37 **Pensez-vous que votre vécu personnel influence votre manière d'exercer votre métier ?**

38 Après, je n'ai pas eu de situation comme ça personnelle, mais on se projette, on se projette à la
39 place d'eux, et c'est ça qui est compliqué.

40 **Pensez-vous que la culture du soignant puisse influencer la manière dont tu**
41 **l'accompagnes, un patient en fin de vie ?**

42 Quand je dis la culture, c'est croyance, rite, ça englobe tout en fait. Après, c'est sûr que chaque
43 religion a ses coutumes, et c'est sûr que quand c'est quelqu'un qui est plus de notre religion,
44 peut-être qu'on l'accompagne un peu mieux, parce qu'on connaît, il y a des choses, pour les
45 musulmans, l'imam, tout ça, nous on connaît un petit peu, mais on ne connaît pas dans le fond,
46 donc je pense que ça influence, oui.

47 **Avez-vous déjà été confronté à des différences culturelles importantes entre vous et un**
48 **patient ?**

49 Pareil, par rapport aux croyances, par rapport à la culture, je parle pareil encore, croyances,
50 valeurs, rites, ça englobe tout. Après, je pense qu'on est une équipe qui est multi, et que du
51 coup, nos collègues vont pouvoir nous dire, tu sais, nous, c'est plutôt comme ça, et du coup,
52 on s'adapte en fait, on s'adapte en fonction de la famille et du patient, en fonction de leur
53 croyance ou pas.

54 **Qu'évoquent pour vous les relations interculturelles ?**

55 **Ben du coup, qu'évoquent pour vous ?**

56 Notre croyance à nous est la croyance des patients, donc c'est un ensemble, et que même s'il
57 n'y a pas la même croyance, on respecte les uns les autres.

58 **Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?**

59 Non, c'est bon.

60 **Parfait, merci.**

Annexe IV : Grille d'entretien

1 / 1

Guide d'entretien :

1/Pouvez –vous décrire une situation marquante où vous avez accompagné un patient en fin de vie ?

2/Pensez-vous que vos émotions ont pu influencer cette prise en charge ?

-Si oui : En quoi ?

-Si non : Pourquoi ?

3/Avez-vous déjà été confronté à des émotions qui ont perturbé votre pratique professionnelle dans une situation d'accompagnement en fin de vie ?

4/Pensez-vous que votre vécu personnel influence votre manière d'exercer votre métier ?

5/Pensez-vous que la culture du soignant puisse influencer la manière dont vous accompagnez un patient en fin de vie ?

6/Avez-vous déjà été confrontée à des différences culturelles importantes entre vous et un patient en fin de vie (croyance, valeurs, rituel...) ?

-Si oui : Cela a-t-il influencé votre accompagnement ?

7/Qu'évoque pour vous "relation interculturelle" dans la prise en charge d'un patient en fin de vie ?

8/ Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe V : Questionnaire

En quoi l'accompagnement d'un patient en fin de vie peut-il être impacté par les émotions et la culture du soignant ?

Questions	Qu'est ce que je veux savoir	Cadre de référence
Pensez-vous qu'il y a une particularité à l'accompagnement en fin de vie ?	Savoir la vision qu'a le soignant sur l'accompagnement en fin de vie	"l'accompagnement en fin de vie ne se limite pas à la gestion de la douleur physique. Il s'agit d'être là, présent, pour offrir une écoute attentive aux souffrance émotionnelles existentielles du patient .."
Pouvez- vous me décrire une situation marquante où vous avez accompagné un patient en fin de vie ?	Recueillir une expérience qui permet de cerner le ressenti du soignant dans ce contexte particulier.	
Pensez-vous que vos émotions ont pu influencer cette prise en charge? Si oui: en quoi ? Si non: Pourquoi "L'auteur explore soin	Savoir qu'elle place ont ces émotions dans des situation marquante.	"Les émotions jouent un rôle essentiel dans la pratique infirmière. Elles sont considérées comme un "moteur" dans les soins, car il est impossible de travailler sans éprouver d'émotions. Toutefois, il est important de pouvoir les reconnaître et les réguler, car ressentir des émotions est naturel, mais il ne faut pas se laisser submerger par elles, surtout face à la souffrance des patients ; il s'agit aussi de pouvoir exprimer ces émotions et passer à autre chose..."
Pensez-vous que la culture du soignant puisse influencer la manière dont vous accompagnez un patient en fin de vie ?	Savoir l'influence qu'a la culture dans l'accompagnement d'un en fin de vie.	"L'auteur explore les enjeux éthiques lié à la fin de vie et le rôle fondamental des soignants pour respecter les choix et la dignité des patients. Mr Léonetti aborde également les dilemmes auquel les soignants peuvent être confrontés, les encourageant à une approche humaine et respectueuse de la souffrance ..."
Avez-vous déjà été confrontée à des différence culturelles importante entre vous et un patient en fin de vie (croyance, valeurs, rituel...) ? Si oui : Cela a-t-il influencé votre accompagnement ?	Savoir si la culture a un impact dans l'accompagnement en fin de vie d'un patient.	"Dans le cadre des soins palliatifs, l'équipe soignante doit comprendre que chaque patient a une vision unique de la fin de vie. Cela implique de prendre en compte ses croyances et ses valeurs culturelles, et de respecter sa manière de vivre ce moment .." Dans cet extrait il rappelle que la diversité culturelle est une richesse dans le soin palliatifs et

		qu'elle doit être intégrée dans chaque décision qu'elle soit médicale ou humaine..."
Qu'évoque pour vous "relation interculturelle" dans la prise en charge d'un patient en soins palliatif ?	Savoir si la notion de relation interculturelle parle à tous les soignants	"C'est cette approche humaine qui permet non seulement de mieux soigner, mais aussi de donner du sens, à la fois à la vie du patient et à notre rôle de soignant..."
Vos émotions peuvent	Savoir si les émotions sont évoquées	
Avez-vous déjà été confronté à des émotions qui ont perturbé votre pratique professionnelle dans un situation d'accompagnement en fin de vie ?	Savoir l'impact qu'ont les émotions dans l'accompagnement en fin de vie d'un patient.	"les émotions jouent un rôle essentiel dans la pratique infirmière. Elles sont considérées comme "un moteur" dans les soins, car il est impossible de travailler sans éprouver d'émotions. Toutefois, il est important de pouvoir les reconnaître et les réguler, car ressentir des émotions est naturel, mais il ne faut pas se laisser submerger par elles, surtout face à la souffrance des patients ; Il s'agit aussi de pouvoir exprimer ces émotions et passer à autre chose."

Pour votre existe-il un impact entre notre vécu personnel et émotionnel et la façon de régir notre façon de travailler ? Ou Pensez-vous que notre vécu personnel et émotionnel influence notre manière d'exercer notre métier ?	Pour savoir l'impact qu'a notre vécu personnel et nos émotions sur notre profession	"Mme Mercadier introduit la notion de "travail émotionnel", elle explique que notre socialisation, dès l'enfance puis dans le cadre professionnel, nous apprend qu'elles émotions sont acceptables et comment les exprimer."
---	---	--

Annexe VI : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



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) : BENHARAO; TOUÏA

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) Accompagner jusqu'au bout: quand le soignant s'engage avec son cœur et ses racines

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 16/05/25 Signature :



Accompagner jusqu'au bout : quand le soignant s'engage avec son cœur et ses racines

Résumé :

Ce mémoire explore l'impact des émotions et de la culture du soignant dans l'accompagnement des patients en fin de vie.

Lors d'un de mes stages, une situation m'a particulièrement interpellée et m'a conduite à formuler ma question de départ : "En quoi l'accompagnement d'un patient en fin de vie peut-il être impacté par les émotions et la culture du soignant ?"

A travers une enquête qualitative menée auprès d'infirmières en oncologie et en gériatrie, et l'analyse de lectures théoriques, il met en lumière la complexité de la posture soignante face à la mort. Les résultats montrent que l'émotion est omniprésente, parfois source d'épuisement, mais aussi moteur de présence authentique. Le vécu personnel, souvent invisible, influence la relation de soin. Enfin, la culture du soignant et celle du patient peuvent entrer en résonance ou en tension, exigeant une posture d'adaptation, d'ouverture et de respect. Accompagner en fin de vie, c'est alors bien plus que soigner : c'est rencontrer, écouter, se relier, sans s'oublier. C'est faire de chaque fin une histoire singulière, où le soin devient acte profondément humain.

177 mots

Mots clés : émotion, culture, accompagnement, fin de vie, soignants

Accompanying to the end: when the caregiver is committed with his heart and roots

Abstract :

This thesis explores the impact of the caregiver's emotions and culture in supporting patients at the end of life.

During one of my internships, I was particularly struck by a situation that led me to formulate my initial question: "How can the care of an end-of-life patient be influenced by the caregiver's emotions and culture?"

Through a qualitative study with oncology and geriatric care nurses, and theoretical literature analysis, it highlights the complexity of the caregiver's posture facing death. Results show that emotion is omnipresent sometimes exhausting, but also a driver of authentic presence. Personal history, often invisible, influences the care relationship. Finally, the caregiver's and the patient's cultures can resonate or clash, requiring adaptation, openness, and respect. Supporting at the end of life is much more than caring: it is meeting, listening, connecting, without losing oneself. It is making each ending a unique story, where care becomes a deeply human act.

152 Words

Keywords : emotion, culture, care, end of life, caregiver