

L'impact de la mort sur la relation de soin



Note aux lecteurs :

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

« Ce qui semble périr se change seulement »

Jean-Baptiste CHASSIGNET

Le Mespris de la vie et consolation contre la mort

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Annie Gévaudan, ma directrice de mémoire, sans qui je n'aurais pas pu réaliser ce travail de fin d'études. Sa bienveillance, son écoute et son aide ont été pour moi essentiels tout le long de ce travail de recherche.

Je tenais également à remercier tous les soignants infirmiers, aides-soignants, médecins et tant d'autres... qui au cours de mes stages, par leur professionnalisme et leur savoir-faire, m'ont permis d'élaborer toute la posture réflexive nécessaire à ce travail.

Je voudrais aussi remercier bien entendu mes camarades de l'IFSI. C'est notre union au cours de ces 3 ans qui a fait que nous sommes arrivées au terme de cette formation. Nous avons râlé... nous avons pleuré... mais nous avons beaucoup ri, tous les jours. Sans notre entre-aide et notre soutien au quotidien, cette formation n'aurait pas eu la même saveur.

Également, je tiens à remercier mes sœurs, mes grands parents, mes amies. Pour leurs soutiens pendant ce travail de mémoire, mais aussi plus généralement pendant les 3 ans de formation.

Je remercie tout particulièrement mes parents. Ma mère qui a confiance en moi depuis toujours, et qui n'a jamais douté de mes capacités au cours de cette formation. Toujours à me booster, m'aider, me remonter le moral, m'encourager. Et mon père, qui m'a supporté au quotidien... qui a supporté mes regains d'énergie et mes chutes de moral. Toujours là pour me soutenir, toujours là pour m'exprimer sa fierté... Toujours là pour m'encourager. Au cours de ce mémoire, nous avons combattu la maladie qui l'a touché, ensemble. Et c'est avec un point final victorieux que mon mémoire s'est conclu, tout comme la maladie de mon père.

Pour finir, je dédis ce mémoire à mon grand-père Jean-Louis, disparu aujourd'hui... Il m'a initiée avec douceur à la perte d'un être cher, et m'a donné l'envie de devenir infirmière. Sans lui, je ne serais peut-être pas là aujourd'hui...

Merci....

Sommaire

1. Introduction.....	1
2. Situation d'appel.....	2
2.1. Situation	2
2.2. Question de départ.....	4
3. Cadre de références.....	5
3.1. La mort.....	5
3.1.1 Définitions.....	5
3.1.2 Les différentes approches.....	6
3.1.3 Éros et Thanatos.....	8
3.1.4 La dualité mort/vie.....	9
3.2. Le deuil.....	10
3.2.1 Les différentes expériences de la mort.....	10
3.2.2 Les étapes du deuil.....	11
3.2.3 La vie ponctuée de deuil.....	13
3.2.4 Le deuil du soignant	14
3.3. La relation soignant-soigné.....	14
3.3.1 Une relation d'amitié ?.....	15
3.3.2 Le « cure » et le « care ».....	17
4. Enquête exploratoire.....	18
4.1. Méthodologie d'enquête.....	18
4.1.1 Choix de la méthode : outils, lieux, population.....	18
4.1.2 Le déroulement de l'enquête.....	19
4.1.3 Les difficultés rencontrées.....	20
4.2. Analyse.....	21
4.2.1 Recueil de données.....	21
4.2.2 Analyse des entretiens.....	22
5. Problématique.....	34
6. Conclusion.....	37
Bibliographie.....	38
ANNEXE I. Guide d'entretien.....	I
ANNEXE II. Entretien avec Améthyste.....	II
ANNEXE III. Entretien avec Émeraude.....	VII
ANNEXE IV. Grille d'analyse.....	XIII
ANNEXE V. Autorisation de diffusion du TFE.....	XVII

1. INTRODUCTION

Nous sommes tous amenés à vivre des expériences au cours de notre vie, qu'elles soient personnelles ou professionnelles. Ce sont ces expériences qui forgent la personne que nous sommes aujourd'hui, et que nous sommes amenés à être tout au long de notre vie.

A l'occasion de mes études en institut de formation en soins infirmiers, j'ai pu me confronter, par le biais de mes stages, à différentes situations qui m'ont enrichie, tantôt peinée, tantôt fait mûrir... mais qui m'ont toujours questionnée.

Ces stages ont été en effet, en dehors du cadre pédagogique, le moyen pour moi de me confronter à mes peurs, mes faiblesses, ou à l'inverse mettre à profit mes qualités relationnelles.

Par la relation, j'entends l'échange omniprésent entre les individus qui participent aux stages, qu'ils soient professionnels de santé, patients, ou famille.

C'est par cet échange que toute la richesse du questionnement perpétuel de l'étudiant prend ses origines.

Dès mon premier stage, j'ai été témoin d'une situation de mésentente entre différents membres de l'équipe, au sujet de la prise en charge d'une patiente en fin de vie.

Il était donc question de réfléchir sur la mort, qui est aujourd'hui un sujet tabou, méconnu, évité.

J'ai de suite été interpellée par la différence d'opinion qui règne entre les soignants, pourtant détenteur de la même fonction, ou du moins ayant le même but. Le rapport de ceux-ci avec la mort semblait si divergent d'une personne à l'autre, et cela avait clairement un impact sur la prise en charge.

Dans une première partie, je vous présenterai ma situation d'appel, vers quels questionnements elle m'a amenée, pour ensuite vous présenter ma question de départ.

Dans une seconde partie je développerai le cadre théorique autour de mon thème qui va étayer ce travail. L'enquête réalisée auprès des professionnels sera présentée et exploitée dans une troisième partie. Puis, dans une quatrième partie, après avoir confronté le cadre théorique avec l'enquête, j'exposerai la problématique me permettant de poser l'hypothèse et la question de recherche. Enfin, je terminerai ce travail de fin d'études par une conclusion.

2. SITUATION D'APPEL

2.1. Situation

Mon stage se déroule en Unité de Soins de Longue Durée (USLD), où infirmières et aides-soignantes travaillent en collaboration. Le ou les médecins du service ne sont pas présents sur le terrain, mais sont joignables si besoin depuis l'hôpital juste à côté. Moi, je suis étudiante infirmière en première année, il s'agit de mon tout premier stage. Je décide de prendre *en charge* deux résidents. Parmi eux, il y a Mme X.

C'est une dame très âgée, environs 85 ans, très affaiblie. Elle est alitée la majeure partie du temps, mais quelques journées par semaine, l'équipe l'installe sur un fauteuil roulant pour la promener ou la mettre au salon avec les autres résidents. Elle communique assez peu, tant elle dort et est épuisée. Lorsqu'elle parle à l'équipe, la communication est plutôt compliquée : Mme X a des troubles cognitifs, ses propos sont incohérents.

De plus, sa condition physique a chuté depuis quelques temps... Mme X a perdu beaucoup de poids, son IMC est aux alentours de 14. Le fait de s'alimenter est devenu un effort trop important pour elle. Ses mains ne sont plus en mesure de prendre les couverts, et porter l'alimentation à la bouche est un effort titanesque. L'équipe soignante est donc en charge de la faire manger, avec un régime adapté : crème hyper protéinée, aliments que la patiente semble apprécier, mais surtout, aliments mixés.

En effet, dans son épuisement le plus total, Mme X présente lors des repas un défaut de déglutition. Cela fait quelques mois que la résidente est connue auprès de l'équipe comme faisant très fréquemment des fausses routes. Un temps tout particulier lors des repas (en chambre) est accordé à la dame, puisqu'il est essentiel de donner de toutes petites cuillères à la bouche de la patiente et de faire la faire avaler tête penchée en avant, sans quoi celle-ci fait une fausse route systématique. Ces derniers jours, la résidente n'est capable d'avalier que des quantités de la taille d'un petit pois. L'équipe se doit de la stimuler fortement pour l'alimenter, sans quoi Mme X refuse de manger.

Déshydratée et dénutrie, les infirmières la perfusent depuis quelques semaines avec des poches d'hydratation.

Cependant, à la suite de ses innombrables fausses routes, la patiente est très encombrée : elle

ne cesse de tousser et de s'étouffer avec ses propres sécrétions. L'appareil d'aspiration a même été installé directement dans sa chambre, de façon à pouvoir agir immédiatement lorsqu'elle fait des fausses routes.

Récemment, il a été décidé auprès de l'équipe que seule les infirmières étaient dorénavant habilitées à nourrir Mme X, de façon à pouvoir agir directement lorsque celle-ci fait une fausse route.

Toujours plus amaigrie et encombrée, la patiente présentait maintenant, depuis quelques jours, de la fièvre. Les infirmières ont prévenu le médecin, persuadées que Mme X souffrait d'une pneumopathie d'inhalation à la suite de ses fausses routes. Ce diagnostic fut confirmé.

La situation devenait complexe à identifier pour les soignants : en effet, certains jours, Mme X présentait toute la clinique et le profil d'une personne en fin de vie. Mais d'autres jours, sans trop pouvoir l'expliquer, Mme X était plus éveillée. Les infirmières se questionnaient beaucoup : faut-il chercher à maintenir envers et contre tout les fonctions de la patiente, et chercher à la stimuler au maximum, ou au contraire, cela est-il dénué de sens (voire maltraitant) au regard de son état d'épuisement et son désir de se reposer ?

Mme X avait des enfants, qui venaient de temps en temps lui rendre visite. Celles-ci étaient assez rares, en effet, de par les troubles cognitifs de la résidente et son état « endormi », la communication se faisait difficilement. Il était ainsi plus coutumier qu'ils appellent les infirmières pour demander comment leur mère allait.

Face à l'aggravation de l'état de la résidente, l'équipe commençait à se questionner de plus en plus sur les soins qui lui étaient apportés. Lors des relèves, une bonne partie du temps était accordée à Mme X, suscitant le débat au sein de l'équipe, aides soignants et infirmières confondus. Les avis divergeaient : certains considéraient qu'il fallait entretenir la vie au maximum, et qu'il était, pour le bien de la patiente, primordial de continuer à la nourrir par voie naturelle et de la stimuler. D'autres, au contraire, voyaient dans cette démarche de soins de la maltraitance et de l'acharnement, face à une résidente épuisée, qui ne veut et peut plus s'alimenter, et qui souhaite dormir la majeure partie du temps.

Suite à ses débats, le médecin et la famille de la résidente se sont entretenus de manière très

sérieuse sur la continuité des soins apportés à Mme X. Les enfants, qui voyaient leur mère s'éteindre petit à petit, semblaient envisager de façon lucide la mort prochaine de leur mère. Le médecin, lui, avait dressé un tableau clinique inquiétant à l'équipe.

Pour lui, il était encore possible de nourrir Mme X par voie naturelle, cela permettrait effectivement de maintenir au mieux les fonctions de la résidente. Mais il était très précis et équivoque à ce sujet : de par leur fréquence et leur violence, Mme X mourrait de ses fausses routes.

Considérant ce fait comme inévitable, le médecin prit la décision de ne pas traiter par antibiothérapie la pneumopathie d'inhalation de la résidente.

Mais surtout, après mûre réflexion avec la famille, il prit la décision suivante : ne plus aspirer Mme X lors de ses fausses routes.

Cette décision fut l'effet d'une bombe auprès de l'équipe : certains considéraient que la mort certaine de Mme X ne pouvait pas être défiée indéfiniment, et que si le médecin et les enfants avaient pris cette décision, il devait en être ainsi. D'autres, choqués, se disaient « soignants » pour sauver des vies et non assister de manière passive à la mort d'une personne. Ces soignants-là, notamment les infirmières, ont pris la décision de ne pas suivre les recommandations du médecin, et d'aspirer envers et contre tout la résidente lors d'une fausse route. Pour elles, il était inconcevable de laisser la patiente s'étouffer, et de ne pas mettre en place d'antibiothérapie.

Moi, qui me suis occupée de la résidente, et qui est été témoin de l'évolution clinique de celle-ci, j'ai pu comprendre tous les enjeux qui gravitaient autour de cette situation.

Mais en dehors de la situation précise de Mme X, ce qui m'a le plus interpellée, c'est le débat des soignants. Je constatais que chacun des acteurs, de manière plus ou moins équivoque, révélait par ses propos son rapport à la mort de par son statut de soignant.

2.2. Question de départ

Continuer à traiter Mme X envers et contre tout était-il de l'ordre de l'obstination déraisonnable ? Peut-on penser que de par son âge et sa condition (mentale et physique), sa

vie ne vaut plus la peine d'être maintenue ? Mais en même temps, en tant que soignant, pouvons nous décider d'arrêter « de soigner » ? Est-il, selon notre éthique, possible de considérer la mort comme une solution ? Devons-nous, dans n'importe quelle situation qui se présente, toujours considérer qu'il faut sauver envers et contre tout ?

Finalement, je me suis questionnée sur le rapport du soignant face à la mort, et notamment sur cette question :

Comment la vision qu'a le soignant de la mort impacte t-elle la relation de soin ?

3. CADRE DE RÉFÉRENCES

3.1. La mort

3.1.1 Définitions

S'il y a bien une chose qui nous uni tous autant que nous sommes, c'est bien la mort. En effet, elle est l'étape définitive, le point final de notre parcours de vie.

Peu importe notre milieu social, notre statut, notre vécu, nos choix de vie, nos expériences, nous serons tous amenés à nous confronter à cette mort.

Cette mort qui sera la nôtre, mais aussi avant, la confrontation à la mort des autres, de nos proches.

Pourtant, malgré l'universalité de la mort, nous ne sommes pas en mesure de savoir ce qu'elle est réellement.

Comme Vladimir Jankélévitch nous l'énonce p37-38 dans son ouvrage *Pensez la mort*, celle-ci est un mystère. Bien plus qu'un secret, qui serait alors connu de certains mais non partagé aux autres, « la mort est un mystère en plein jour, en pleine lumière [...] ». C'est-à-dire qu'elle est sous nos yeux au quotidien, sans que jamais nous ne puissions la comprendre, la déchiffrer, la découvrir.

Pour mener à bien ce travail, il convient d'essayer de définir cette mort, pour tenter dans un premier temps de comprendre de quoi il s'agit.

Au sens littéral du terme, la mort est définie par le dictionnaire Larousse comme étant « la perte définitive par une entité vivante (organe, individu, tissu ou cellule) des propriétés caractéristiques de la vie, entraînant sa destruction ».

Chez l'être humain, c'est la cessation complète et définitive de la vie.

Mais il s'agit là d'une définition très synthétique, voire réductrice. En effet, la mort ne serait pas seulement un événement objectif. Elle s'apparenterait plutôt à un concept, selon le regard que vous lui apporter.

Pour cette raison, il serait intéressant de se pencher sur les différentes approches de la mort.

3.1.2 Les différentes approches

En fonction de la préoccupation que nous en avons, la mort se définit de différentes façons.

Sur le plan médico-légal, la Circulaire Jeanneney n° 27 du 24/04/1968, tente une définition officielle en France par ces trois conditions :

1. la constatation des quatre signes fondamentaux :

- abolition contrôlée de la respiration spontanée
- abolition de toute activité des nerfs crâniens
- perte totale de l'état de conscience, à l'exception des réflexes du tronc et des membres
- un électroencéphalogramme plat pendant trois minutes (ce temps varie).

2. l'élimination des étiologies simulatrices comme intoxication, hypothermie, troubles métaboliques ...

3. un délai d'observation minimum, mais variable selon l'étiologie, où ces signes sont constants.

Cette définition légale de la mort semble néanmoins se cantonner à l'aspect clinique et « objectif », qui n'est alors ici que l'arrêt du fonctionnement du corps.

Dans une perception bien plus complexe du phénomène, le milieu médical a, au cours des années, décliné la mort sous plusieurs formes : clinique, cérébrale, physiologique, fonctionnelle, biologique...

Jadis, les médecins constataient la mort par les premiers signes cliniques que sont la disparition du regard, la dilatation des pupilles, l'arrêt du cœur, de la respiration, etc...

Cependant en 1959, une nouvelle perception de la mort en médecine est apparue. Les deux neurologues Mollaret et Goulon ont admis, au cours de la 23ème Réunion Internationale de Neurologie, que « l'homme est plus dans son cerveau que dans son cœur ». Ainsi, on serait mort lorsque le corps est fonctionnel, mais plus le cerveau.

Par « cerveau » ici, on comprend que c'est l'activité cérébrale qui est prise en compte, et valorisée par rapport au fonctionnement cardio-vasculaire, pour pouvoir parler de vie ou de mort.

L'activité cérébrale objective, la neurologie, se différencie cependant de l'âme, de l'être qui habite le corps. Et c'est sur ce versant-là que nous pouvons constater une autre définition de la mort, sur le plan philosophique.

La mort fut considérée successivement par une pluralité de philosophes. Platon l'a ainsi définie comme « le terme d'une vie terrestre et l'accès à un monde idéal ». Épicure ou encore Lucrèce, l'ont défini comme « la dissolution de l'âme et du corps ». Heidegger l'envisage comme « la forme même de la vie humaine, considérée dans sa finitude ».

La mort ne se conçoit plus ici comme un événement objectif, mais plutôt comme un concept, qu'il convient à chacun d'interpréter.

D'ailleurs, dans cette interprétation philosophique de la mort, nous pouvons trouver des définitions aussi surprenantes qu'elles sont énigmatiques. En effet, Simeon, disciple de Kant, nous dit que « la mort est la passage du temps et de la conscience à l'acte », ou bien encore, Feuerbach, « la mort est la mort de la mort ».

Bien que ces définitions se différencient toutes les unes des autres, on comprend cependant que par la philosophie, il est question de la considération de l'existence de l'être. L'homme n'est donc pas juste un corps, ni même un cerveau, mais il est une personne. Et l'existence de cette personne dépasse simplement la fonctionnalité ou non du corps, c'est-à-dire la mort.

C'est d'ailleurs en partant de ce constat-là que bien souvent, les différentes cultures et les différentes religions appréhendent la mort, par le biais de rituels et de croyances.

La religion prend une place importante, et cela depuis des siècles, dans la perception que les

sociétés se font de la mort.

Globalement, les religions ont un discours commun qui affirme que la mort, si elle est bien le terme de la vie terrestre, n'est pas la fin ultime de la destinée de l'homme. La mort est transition, passage vers un autre état, vers un autre monde, vers un autre mode de vie. Jamais la mort n'est acceptée, elle est toujours scandale. Aussi, précisément, le rôle des religions est de donner du sens à l'insensé.

Il serait possible de décliner la mort sous autant d'aspects possibles qu'il existe de disciplines. Un être peut alors mourir sur le plan biologique, psychique, spirituel. Mais par la mort, on retrouve toujours ce même thème, celui de la coupure. On peut alors comprendre que nous sommes parfois amenés à parler de mort sociale, de mort financière, etc...

La mort semble ainsi concerner tous les domaines dans lequel l'être humain vit. La vie et la mort serait peut-être intimement liées l'un à l'autre.

3.1.3 Éros et Thanatos

Dans la mythologie grecque, la mort est personnifiée sous la forme d'un dieu, que l'on nomme Thanatos. Selon Hésiode, il est le fils de Nyx (la Nuit), qui l'avait conçu avec Érèbe (les Ténèbres). Thanatos est également le frère jumeau d'Hypnos, la personnification du Sommeil, c'est la raison pour laquelle on appelle le sommeil « une petite mort ». C'est à Thanatos que l'on doit tout le vocabulaire funèbre, comme les termes « thanatopraxie » (méthode moderne de conservation des défunts), « thanatophobie » (peur phobique de la mort), « thanatomorphose » (modifications visibles que la mort provoque sur les organismes), etc....

Sigmund Freud s'est intéressé à cette personnification de la mort par Thanatos, et s'est approprié le concept pour développer la notion de pulsions essentielles chez l'homme.

En effet, dans son ouvrage *Abrégé de Psychanalyse*, il met en évidence deux pulsions de base afin de rendre compte de la naissance de la civilisation et du fondement de l'homme et de la communauté.

Ces deux pulsions sont la pulsion de vie et la pulsion de mort, illustrées par les termes d'Éros (Dieu de l'amour) et Thanatos (Dieu de la mort).

Par Éros, Freud sous-entend la pulsion de vie, qui pousse chaque individu à la conservation

de son espèce, à la reproduction de la vie. Toutes les pulsions qui auront pour but de lier, de créer, de reproduire, seront rattachées au terme Éros.

Elles s'opposeraient en permanence à Thanatos, la pulsion de mort, qui a pour but la dissolution des assemblages.

« Le but de l'Éros est d'établir toujours de plus grandes unités, donc de conserver : c'est la liaison. Le but de l'autre pulsion, au contraire, est de briser les rapports, donc de détruire les choses. Il nous est permis de penser de la pulsion de destruction que son but final est de ramener ce qui vit à l'état inorganique et c'est pourquoi nous l'appelons aussi pulsion de mort. » (S. Freud, *Abrégé de psychanalyse* (1938), PUF, 1975)

Cependant, Freud développe que les deux pulsions se complètent plus qu'elles ne s'opposent.

« Si nous admettons que l'être vivant n'est apparu qu'après la matière inanimée et qu'il en est issu, nous devons en conclure que la pulsion de mort se conforme à la formule donnée plus haut et suivant laquelle une pulsion tend à restaurer un état antérieur. » (S. Freud, *Abrégé de psychanalyse* (1938), PUF, 1975)

Pulsion de vie comme pulsion de mort sont donc de nature conservatrices puisqu'elles tendent les unes et les autres à rétablir un état de chose antérieur.

Par cela, nous pouvons aussi comprendre que la pulsion de mort et la pulsion de vie ne s'opposent pas, puisqu'elles œuvrent à un objectif commun. C'est la confrontation de l'une et de l'autre qui rend possible la vie. D'une certaine façon, elles sont indissociables.

3.1.4 La dualité mort/vie

Dans la pensée commune, la mort et la vie semblent être deux concepts qui s'opposent. Cependant, nous pouvons nous questionner sur la pertinence de cet état de fait.

Effectivement, au travers de mes lectures, j'ai pu comprendre que la mort et la vie sont deux concepts bien définis, qui ne sont pas le contraire l'un de l'autre.

Selon Vladimir Jankélévitch, dans *Penser la mort ?*, si la mort devait avoir un contraire, ce serait plutôt la naissance.

En effet, p18, il nous dit qu'elles s'opposent puisque « dans la naissance le néant est avant, tandis que dans la mort il est après ».

Jankélévitch nous explique cependant que même mort et naissance ne sont pas vraiment des

opposés. En effet, l'opposition de deux choses sous-entend l'existence d'une symétrie.

Si nous avons à voir la vie comme un chemin, un fil, avec à son départ la naissance et à sa fin la mort, on pourrait voir cela comme une symétrie. Néanmoins, la vie est une notion de temps, et non d'espace. La symétrie se rapporte au spatial, elle ne s'applique pas au temporel.

Ainsi, la mort et la naissance seraient en fait deux choses incomparables.

À cela se rajoute la vie, ce « quelque chose » qui s'étend entre la naissance et la mort. Et comme nous l'avons compris précédemment, la vie n'est pas le contraire de la mort.

En effet, tout ce qui vit est amené à mourir. Il semblerait qu'il n'y ait pas de vie sans mort, et donc de mort sans vie.

Non seulement, la vie et la mort ne seraient pas contraire, mais à l'inverse, elles seraient plutôt indissociables.

Comme Vladimir Jankélévitch le dit lui-même dans *Pensez la mort ?* p40 , « mourir est la condition même de l'existence. Je rejoins tous ceux qui ont dit que c'est la mort qui donne un sens à la vie. C'est le non-sens qui donne un sens, en niant ce sens. »

Toujours selon ses propos, p20, « sans la mort, l'homme ne serait pas un homme, c'est la présence latente de cette mort qui fait les grandes existences, qui leur donne leur ferveur, leur ardeur, leur tonus. On peut dire que ce qui ne meurt pas ne vit pas. Alors je préfère encore être ce que je suis, condamné à quelques décennies, mais enfin avoir vécu... »

3.2. Le deuil

3.2.1 Les différentes expériences de la mort

La mort a toujours été considérée par l'homme comme une déchirure, un fait difficilement acceptable, voire scandaleux. C'est une expérience que personne ne cherche, mais pourtant, tout le monde l'a faite un jour, malgré soi...

Cependant, en fonction du sujet qui est amené à mourir, la mort peut-être déclinée de différentes façons, ou plutôt selon différentes expériences.

Dans *Pensez la mort ?*, Vladimir Jankélévitch nous énonce le concept de la mort à la première, deuxième et troisième personne.

La mort à la première personne est donc ma propre mort. C'est la mienne, et je ne peux plus en parler puisque je suis mort. J'emporte avec moi ce secret, « si secret il y a ».

Mais avant de mourir, je suis amené à me confronter à l'expérience de la mort des autres. C'est la mort à la deuxième et à la troisième personne.

À la troisième personne, on parle de la mort des autres en général. La mort d'un individu qu'on peut lire sur le journal, la mort du grand-père d'un ami que l'on a pas connu, celle du maire de notre ville, ou du monsieur qui habite à l'autre bout de notre rue.

C'est la mort banale. Presque une donnée démographique : 1,81 personne meurt chaque seconde sur Terre. Cela correspond à 109 décès par minute, près de 157 000 par jour, soit environs 57,3 millions chaque année.

C'est une mort impersonnelle, générale, qui ne nous évoque quasiment rien sur le plan émotionnel.

Et puis il y a la mort à la deuxième personne. C'est la mort du proche, la mort de « toi », que j'ai connu, qui a compté pour moi. Comme Jankélévitch l'explique p17, « elle ressemble le plus à la mienne sans être la mienne, et sans être non plus la mort impersonnelle et anonyme du phénomène social ».

On comprend que la mort à la troisième personne n'évoquera pas, pour celui qui reste, la même expérience que celle de la mort à la deuxième personne.

En effet, par la mort d'un proche, je fais l'expérience de la perte, et donc du deuil.

3.2.2 Les étapes du deuil

L'expérience d'un individu face à la mort d'un proche n'est pas sans conséquences. En effet, dans la majorité des cas, cela implique la survenue d'une souffrance, d'un état que l'on appelle le deuil.

Face au décès d'un proche, le deuil est une étape normale nous explique Marie-Frédérique Bacqué, psychologue et psychanalyste. Il s'agirait même d'un processus nécessaire à tout individu faisant l'expérience de l'attachement rompu.

Dans la culture populaire, la connaissance d'un certain nombre d'étapes que l'endeuillé est amené à traverser est répandue. Selon les auteurs et les théories choisies, le nombre d'étapes peut varier entre trois à sept.

Néanmoins, le modèle le plus connu est certainement celui d'Elisabeth Kluber-Ross, psychiatre pionnière dans le mouvement des soins palliatifs.

En 1969, elle fait apparaître pour la première fois un processus psychologique de deuil se déroulant sur 5 étapes :

1. Choc, déni : Sidération, stupeur, refus...
2. Colère : Révolte, culpabilité, honte, il faut trouver un responsable...
3. Négociation : Tentative de marchandage, espoir...
4. Dépression : Tristesse, anxiété, angoisses, peurs, fatigue extrême, apathie...
5. Acceptation : Étape qui prend souvent du temps, différente de la résignation...

Cependant, à l'origine, Kluber-Ross nous livrait par ce processus psychologique l'expérience qu'une personne serait amenée à traverser face à sa propre mort, sa propre fin.

Bien que l'expérience de la perte d'un être proche puisse s'apparenter à ce même processus, on peut se questionner sur la pertinence de ces 5 étapes. En effet, d'autres enjeux se jouent pour l'endeuillé, qui doit apprendre à aménager son existence avec l'absence de l'être aimé, et le vide que cela semble avoir laissé dans sa vie.

La succession de ces 5 étapes a souvent été décriée, puisqu'elle laisserait sous-entendre que le chemin est parcouru dans un ordre bien défini.

Dans l'introduction de leur ouvrage *Sur le chagrin et le deuil*, Elisabeth Kübler-Ross et David Kessler vont à l'encontre de cette mauvaise lecture, en précisant que « jamais il n'a été question de diviser l'évolution d'un processus complexe en paliers clairement distincts les uns des autres. [...] Tout le monde ne passe pas forcément par ces cinq étapes et les réactions ne suivent pas toujours le même ordre. »

Cela vient apporter une nuance qui n'est pas sans importance : le travail de deuil est dépendant de celui qui le traverse, il ne répond pas à une science exacte. Il est intrinsèque, subjectif, se nuance et se différencie autant de fois qu'il est vécu.

3.2.3 La vie ponctuée de deuil

Le deuil, en premier lieu, est un concept qui se rapporte à l'expérience face au décès d'un proche. En effet, il se veut lié à la mort, dans son premier sens du terme, c'est-à-dire l'arrêt de la vie chez une personne.

Cependant, nous avons vu précédemment que la mort pouvait être autre chose qu'une simple extinction physique. Elle peut être spirituelle, sociale, professionnelles.... En ce sens, nous pouvons comprendre qu'il est donc possible de connaître les étapes du deuil pour autre chose que la « simple » mort d'un être cher.

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) nous définit d'ailleurs le deuil de plusieurs façons. Il différencie le deuil « à propos de la mort d'une personne », au deuil qui serait un « sentiment de profonde tristesse liée à une cause occasionnelle (départ, rupture, etc.) ». Dans le langage familier, on parle souvent de faire son deuil d'une chose, au sens de renoncer à, admettre la perte de.

En effet, nous avons tous été confronté au terme deuil dans notre entourage, dans les journaux, dans des conversations entre amis...pour d'autres sujets que celui d'un décès.

On parle alors de deuil sentimental, une rupture si douloureuse et violente qu'elle semble engendrer en nous les différentes étapes évoquées par Elizabeth Kubler-Ross. Certains collègues nous parlent de faire le deuil d'une maison, d'une profession... Dans le corps médical, on parle aussi du travail de deuil face à l'annonce d'un handicap.

Finalement, cette démocratisation du terme deuil met en évidence un élément : nous sommes peut-être, toute notre vie, confrontés au deuil. Le passage d'une étape à l'autre de notre existence nous met en joie pour l'avenir qui se dessine, et nous remplit aussi d'une tristesse de ce qui se termine.

L'enfant qui vient de naître connaît-il, dès même sa naissance, la notion de deuil : celui du ventre de sa mère. L'adolescent fait le deuil de l'enfant qu'il était pour devenir l'adulte qu'il sera. Le professionnel en congés, de retour au travail, fait le deuil de ses vacances pour se replonger dans la réalité... L'individu divorcé peut faire le deuil de son mariage. Le jeune adulte, confronté à la difficulté de la vie, peut faire le deuil d'un rêve, d'un projet...

3.2.4 Le deuil du soignant

Le deuil face au décès est un processus qu'on associe souvent aux proches et aux familles des défunts. Mais qu'en est-il des soignants, qui sont confrontés tous les jours lors de leurs pratiques professionnelles, à la perte, au décès ? Leur vécu du deuil est-il comparable à celui de la perte d'un être cher ?

C'est ce à quoi s'est intéressé Paul Jenny, dans son article *La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs*, au sein de la revue InfoKara.

En effet, selon les propos de Mélanie Klein, psychanalyste, l'expérience du deuil réactualise pour celui qui le vit, des angoisses passées, tant liées au premier stade de développement de l'individu qu'aux pertes endurées tout le long de sa vie.

Pour pouvoir comprendre et mieux appréhender la gestion du deuil chez les soignants, il convient de prendre en considération l'expérience globale que celui-ci aura fait de la perte au cours de sa vie.

Il n'existe pas d'interprétation générale de l'appréhension de la mort chez les soignants, tant l'expérience du deuil est intrinsèque et individuelle.

Néanmoins, selon Paul Jenny, il revêt d'un caractère essentiel pour le soignant l'importance d'établir une rupture entre le décès du patient qui se profile, à l'expérience personnelle d'un décès dans le passé. Selon ses propos, « la gestion du deuil au quotidien supposent pour les soignants une rupture des liens avec le passé, dans leurs vies privées et professionnelles, afin d'éviter de rattraper dans le présent une situation d'un temps révolu ».

Nous pouvons comprendre que cela permet à l'expérience personnelle et professionnelle du deuil de ne pas « se chevaucher », c'est-à-dire de revivre à travers le deuil de son patient une expérience de deuil personnelles passée.

Paul Jenny complète alors en nous disant que « l'appartenance au présent est facilitée lorsque les accompagnements passés ont été menés à terme, soit, lorsque la réparation a été facilitée par la démarche de soins. »

3.3. La relation soignant-soigné

Par la confrontation à la mort, nous avons vu précédemment que découlait la notion de deuil. Que celui-ci soit vécu sur le plan personnel ou professionnel, il suppose la perte d'une relation à l'autre.

Chez les soignants, on comprend par là la rupture de la relation soignant-soigné. Mais qu'en est-il de cette relation soignant-soigné ?

3.3.1 Une relation d'amitié ?

Comment se définit la relation soignant-soigné ? De quelle nature doit-elle être ?

Céline Lefève, maître de conférences en philosophie de la médecine, s'est intéressée à ce sujet, et notamment sur la possible corrélation qui pourrait régner entre la relation d'amitié et celle de soin.

Dans *La Philosophie du Soin*, elle nous dresse une analyse comparative des deux relations, mais surtout une réflexion nous permettant de nous questionner sur la nature que devrait avoir la relation soignant-soigné.

Dans un premier temps, la relation soignant-soigné se différencie en tout point de l'amitié. Selon les propos de Céline Lefève, l'amitié repose sur une égalité, tandis que la relation de soin est fondée sur une asymétrie : le malade est dans une position de vulnérabilité et il devient de ce fait dépendant du savoir du soignant.

De plus, l'amitié naît gratuitement. Elle est sa propre finalité, elle existe pour ce qu'elle est. La relation qui unit un soignant à son patient trouve une finalité quant à elle extérieure, c'est le rétablissement de la santé. Une relation de soin qui porte ses fruits est une relation qui connaîtra une fin, et cela est de bonne augure lorsque la relation n'a plus lieu d'être. L'amitié, de son côté, est vouée à perdurer le plus longtemps possible.

Encore, c'est l'objet des deux relations qui nous permet de les différencier : dans l'amitié, les deux personnes éprouvent du plaisir et de la joie d'être ensemble. La relation soignant-soigné présuppose, elle, la souffrance du malade. En plus, le soignant soigne dans le cadre du choix d'une profession. C'est le choix de soigner « en général » qui le pousse à faire ce qu'il fait, et non le choix de soigner une personne en particulier. C'est ce qui conduit d'ailleurs à l'objectivité dans le soin, au non jugement.

L'amitié, elle, est une affaire de préférence, elle est partielle.

Dans sa réflexion, C. Lefève nous dit encore que « l'amitié pour le patient fragilise la psychologie du soignant, en l'exposant notamment à la peur de l'échec, à la culpabilité et à la souffrance de la séparation. Les affects qu'éprouvent les soignants les déstabilisent ».

Pourtant, nous pouvons aussitôt nous questionner sur cette analyse des deux relations, qui semble présenter des limites. En effet, Céline Lefève pointe du doigt la complexité du sujet, puisqu'alors que tout semble différencier la relation de soin de l'amitié, on ne peut néanmoins pas pratiquer un soin sur le plan purement médical. Cela reviendrait à déposséder le soignant de son affect, ce qui conduirait à de l'indifférence, de la négligence voire de la maltraitance.

Et c'est lorsqu'on apporte à la relation de soin certaines vertus propres à l'amitié, qu'on peut observer que celle-ci répond d'autant plus aux visées éthiques que le soin présuppose.

Par cela, nous pouvons notamment comprendre la notion d'empathie. L'individu ressent pour son ami de l'empathie, c'est-à-dire qu'il développe à son égard la faculté intuitive de se mettre à sa place, de percevoir ce qu'il ressent. Le soignant, empathique, tente lui aussi de comprendre l'expérience que le malade fait de sa maladie.

Toujours dans *La Philosophie du Soin*, page 117, C. Lefève nous dit que « l'empathie constitue un élément essentiel de la relation de soin qui répond à la nécessité d'allier à la connaissance médicale de la maladie la compréhension et le respect de l'individualité du malade ».

La reconnaissance de l'individualité du malade constitue la base du soin selon Georges Canguilhem, qui dans son ouvrage *Le Normal et le Pathologique*, appelle à la reconnaissance de la normativité et de la singularité de tous les patients.

Par l'empathie, le soignant comprend que chaque expérience face à la maladie est unique, et de ce fait cela lui évite un repli sur une simple logique de traitement.

Pour permettre une prise en charge efficiente, le soignant doit également connaître la vie du patient, connaître ses normes, ce qu'il dit de ses symptômes. Il s'intéresse à son mode de vie, cherche à comprendre l'origine de la maladie : « ce primat de la clinique, de la compréhension de la normativité individuelle du sujet et de l'interprétation du sens de la maladie mettent en lumière l'essence relationnelle du soin. Le soin se déploie nécessairement dans une relation ».

Mais la relation d'amitié n'est pas finalisée par la recherche d'un bien transcendant. Comme le

dit Céline Lefève, « elle coïncide avec une activité partagée par laquelle, de manière immanente, chacun, en reconnaissant la vertu de l'autre, reconnaît la sienne, l'exerce et la renforce ».

Le soignant s'inscrirait dans une démarche similaire. Il pratiquerait son soin en considérant, comme le dit Paul Ricoeur, « l'autre comme soi-même ». Comme Frédéric Gros, philosophe français le complète : « c'est dans le soin à l'autre que trouve à se nourrir le soin de soi-même ».

3.3.2 Le « cure » et le « care »

Dans la relation soignant-soigné, il est à l'évidence question de soin. Mais finalement, en quoi consiste exactement ce soin ?

Pour débiter ce questionnement, il convient de commencer par la définition du terme « soigner ». Et la complexité de celui-ci se fait aussitôt ressentir, puisqu'il existe plusieurs définitions chez Larousse :

- S'occuper du bien-être de quelqu'un, être attentif à prévenir ses désirs, à lui faire plaisir.
- S'occuper avec soin de quelque chose, être attentif à son bon état, à son aspect, à sa propreté ou à son bon fonctionnement.
- Procurer les soins nécessaires à la guérison, à l'amélioration de la santé de quelqu'un, d'un animal.
- Essayer de faire disparaître une maladie, de l'éliminer par des soins, des remèdes.

Par là, on comprend immédiatement que le fait de soigner peut porter sur différents registres : on peut mettre du soin dans quelque chose, dans un objet, chez un animal, chez une personne.

Dans l'idée de soigner une personne, on peut comprendre aussi que cela à plusieurs versants : on peut soigner une personne sur le plan physique, comme sur le plan psychique.

Et le soin n'a alors pas la même dimension.

Cela renvoie aux concepts du Cure et du Care, qui permettent de mettre en évidence une subtilité dans le terme « soin », que la langue française n'a pas.

En effet, le cure s'apparente aux soins de réparation. C'est le soin qui a pour but de limiter la

maladie, de s'attaquer aux causes et lutter contre elles. En ce sens, le soin peut-être apporté à la « défaillance » d'un organe, du mental, d'un tissu, voire d'une cellule, mais ceux-ci sont isolés de tout. C'est leur défaillance même qui est considérée dans le Cure, et c'est la réparation objective de celle-ci qui est mise en place.

Dans la prise en soin d'un individu, la mise en place du Cure exclusivement peut être largement critiquée : en effet, ici, la personne est isolée de son environnement, comme si le soin imposait une rupture entre le corps et l'esprit, entre la maladie et le malade.

Dans le cure, il y a une prévalence de la considération de ce que la personne « a » plutôt que de ce qu'elle « est ».

En ce sens, il est aisé de comprendre que la prise en charge d'une personne n'est pas globale si elle est concentrée uniquement sur le Cure.

C'est là qu'intervient la notion de Care. Alors qu'il relève lui aussi du soin, il se différencie du Cure par sa considération globale de l'individu. Il n'est pas question simplement de maladie, mais plutôt d'un malade, c'est à dire d'une personne traversant l'expérience de la maladie, dans tout le contexte environnemental, social, sentimental (ou autres) que cela lui évoque.

Comme Georges Canguilhem le dit dans son ouvrage *Le Normal et le Pathologique*, « le malade est celui qui dit qu'il y a maladie ».

Par le Care, on comprend qu'il est question de sentiments, d'états affectifs de la personne. Celle-ci peut être touchée par la maladie dans son être, au plus profond d'elle même.

4. ENQUÊTE EXPLORATOIRE

4.1. Méthodologie d'enquête

4.1.1 Choix de la méthode : outils, lieux, population...

Dans le cadre de ce travail de recherche, j'ai décidé de réaliser des entretiens sur le terrain, auprès d'infirmières diplômées d'État. En effet, puisque mon mémoire s'articule autour d'un

questionnement soignant, et notamment infirmier, il me paraissait judicieux de m'intéresser à l'expérience professionnelle des infirmières, qui par leurs vécus, seraient en mesure de répondre à mes questions.

Les entretiens que j'ai décidé de mener sont dits « semi-directifs ». L'entretien semi-directif est une technique de recueil d'informations qualitatives permettant de rassembler des faits et opinions de personnes interrogées sur un sujet donné. Il permet de recueillir des faits et des vérifications de faits, des opinions et des points de vue, des analyses, des propositions, des réactions aux premières hypothèses et conclusions des évaluateurs. L'entretien semi-directif a pour objectif de saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de co-construction du sens.

Mon choix s'est porté sur l'entretien semi-directif, puisqu'il me paraît être le plus approprié dans le cadre de ma recherche d'informations. En effet, par cette forme d'entretien, j'ai la possibilité d'être en interaction directe avec l'individu interrogé. Cela me permet de me consacrer totalement à celui-ci et son discours. Je souhaite que la personne interrogée puisse parler de ses ressentis librement, sans jugements d'autres collègues et sans être interrompue. Cependant, l'entretien est dit « semi-directif » puisque la personne interrogée répond, de façon très large et avec beaucoup de liberté, à plusieurs questions instaurées par l'étudiant. L'interlocuteur vacille donc entre la liberté d'expression, et la nécessité de rester dans le cadre qui lui est proposé à travers les questions de l'étudiant.

En ce qui concerne les infirmières interrogées, j'ai décidé de choisir des services qui, par leur pratiques, peuvent entraîner un questionnement en lien avec mon mémoire. Il me paraissait donc pertinent de questionner des infirmières qui travaillaient tantôt dans le soin curatif, tantôt dans le soin palliatifs, sans au premier abord de distinction particulière de spécialité. C'est en effet la démarche du soin (curative ou palliative) qui m'intéressait, au regard de mon questionnement, et non une spécialité en particulier.

4.1.2 Le déroulement de l'enquête

Comme présentés dans ma note de recherche, j'avais initialement prévu de réaliser quatre entretiens : deux en service d'oncologie, deux en service de soins palliatifs. Cependant, les événements de crise sanitaire auxquels nous avons été confrontés ont entraînés de brusques changements dans ma démarche empirique. Je développerai avec plus de précision ces

difficultés dans la partie ci-après.

J'ai donc finalement réalisé seulement deux entretiens, par téléphone, de façon à éviter au maximum les contacts qui pouvaient être à risque de transmission du Covid-19.

Le premier entretien s'est déroulé avec une infirmière intérimaire ayant réalisé des missions en service d'oncologie. Le deuxième avec une infirmière ayant pratiqué pendant des années en service de cardiologie et de chirurgie orthopédique.

Les deux entretiens ont été très fluides, sans gêne ou retenue apparente. Il m'a semblé que les deux IDE étaient très ouverte à la conversation, et très libre de parler de leurs expériences, de leurs ressentiments, de leurs émotions. Cela a permis d'instaurer un cadre de confiance au sein de l'entretien, ce qui m'a permis d'avoir des entretiens riches en contenus.

4.1.3 Les difficultés rencontrées

Dans le cadre de l'enquête de terrain, j'ai pu être confrontée à de multiples difficultés, qui n'ont fait que déstabiliser mon travail de recherche. En effet, il va sans dire que les mois de mars et avril 2020 ont été pour nous tous, étudiants en soins infirmiers, professionnels de santé, et français plus généralement, deux mois aux événements sans précédent.

L'arrivée sur le territoire français du Covid-19 a créé un contexte de crise sanitaire, qui a positionné le personnel soignant dans une posture d'urgence et de difficultés. La méconnaissance de ce virus a entraîné au sein des services de soin un élan de panique, qui eu pour conséquence la mise en place de mesures de précautions drastiques.

Dans ce contexte de crise sanitaire, les allers et venues en service furent restreintes au strict nécessaire, c'est pourquoi il ne fut plus autorisé pour les ESI de se rendre en service pour réaliser les entretiens. De plus, les équipes étant souvent débordées par la charge de travail consécutive au coronavirus, elles ne furent souvent plus disponible pour les étudiants et les entretiens.

La difficulté majeure de cette enquête de terrain fut donc dans un premier temps de trouver des soignants disponibles pour la réalisation des entretiens. Avec l'accord de ma directrice de mémoire, nous avons décidé qu'il fallait réduire le nombre des entretiens de quatre à deux, car la situation, trop délicate, ne nous permettait pas de pouvoir espérer plus.

Lorsque j'ai pu trouver deux IDE qui m'accordaient leur temps pour un entretien, il était évident que nous ne pourrions pas nous rencontrer pour le réaliser, dans le contexte du confinement qui venait d'être instauré. J'ai donc réalisé mes deux entretiens par téléphone.

Le fait d'avoir du communiquer par téléphone a été pour moi une difficulté, puisque lors des entretiens, tous les éléments peuvent être sujet à analyse : le verbal bien évidemment, mais aussi le non verbal, un regard en l'air, un pincement de lèvres, une expression grimacière etc... Au travers du téléphone, tous ces éléments n'étaient pas visualisables... Je savais, même si je n'avais pas le choix, que certains détails parfois pertinents allaient m'échapper. Néanmoins, avec le verbal, j'ai malgré tout pu échanger de façon efficace avec les IDE.

En ce qui concerne les infirmières, elles n'étaient pas originaires des services pour lesquels j'avais initialement prévu mes entretiens. J'ai cependant trouvé, après réflexion, qu'elles pouvaient s'inscrire dans mon questionnement.

La première, intérimaire en oncologie, fut confrontée à la mort de multiples fois, et pouvait donc tout à fait avoir l'expérience du soin palliatif. La deuxième, infirmière en cardiologie et chirurgie orthopédique était plutôt dans une démarche curative, au regard de ses services d'exercice.

Cela ne correspondait pas à ce qui était prévu à l'origine, mais il me semblait tout de même pertinent, après réflexion, de les interroger.

4.2. Analyse

L'analyse des entretiens a pour but de mettre en corrélation, sur des sujets choisis, mes recherches au sein du cadre théorique, avec les dires des soignants que j'ai interrogé. C'est au cours de cette analyse que je peux dégager les différences et/ou les similitudes entre la théorie, et l'expérience pratique des professionnels de santé. Par l'analyse, je vais « décortiquer » les propos des infirmières interrogées, de façon à en ressortir les éléments pertinents, qui pourront amener à enrichir mon questionnement.

4.2.1 Recueil de données

Comme précisé précédemment, mes entretiens ont été des entretiens semi-directifs, que j'ai menés à bien à l'aide d'un guide d'entretien, où étaient pré-établies des questions. J'ai posé celles-ci à mes interlocutrices, de façon de instaurer un cadre, tout en leur laissant la liberté de répondre à leur convenance.

Soucieuse de préserver l'anonymat de ces entretiens, j'ai décidé de renommer les deux

infirmières avec des noms de pierres précieuses.

Mon premier entretien s'est déroulé avec Améthyste, une jeune infirmière (je ne connais pas son âge) diplômée depuis 2 ans. Améthyste a pratiqué le métier en tant qu'intérimaire depuis l'obtention de son diplôme, dans différents services. Cependant, son service de prédilection est celui de l'oncologie, puisqu'elle a réalisé un grand nombre de missions dans ce domaine-là. Également, selon ses propos, c'est dans ce service qu'elle se plaît le plus, elle souhaiterait d'ailleurs prétendre à un poste fixe au sein de la clinique où elle à l'habitude d'intervenir. L'entretien avec Améthyste se fit par téléphone, puisque comme expliqué précédemment (cf. Les difficultés rencontrées), il ne fut plus possible de réaliser les entretiens en face à face. Notre coup de fil se fit donc en fin d'après-midi, le 28 mars 2020. J'étais de repos à mon domicile, et Améthyste avait terminé de travailler. De cette façon, elle fut complètement disponible pour l'entretien, sans être pressée par le temps ou dérangée lors de son travail. Notre entretien dura environs 17 minutes.

Mon deuxième entretien se déroula avec Émeraude, une jeune infirmière de 30 ans, diplômée depuis 8 ans. A la suite de l'obtention de son diplôme, Émeraude a travaillé dans différents services comme la gériatrie, la néphrologie, puis elle resta quelque temps en cardiologie, pour finalement aller en service de chirurgie orthopédique où elle resta 5 ans. Aujourd'hui, après quelques années d'exercice à l'hôpital, Émeraude eu besoin de changement dans sa carrière professionnelle, c'est pourquoi elle décida de pratiquer son métier d'IDE au sein d'une crèche. Notre entretien s'est également déroulé par téléphone, le 29 avril 2020, en fin d'après-midi. Émeraude était de repos ce jour-là, tandis que moi, j'avais fini ma journée de stage plus tôt dans la journée. Nous étions donc toutes les deux parfaitement disponibles pour cet entretien. Il dura environs 20 minutes.

4.2.2 Analyse des entretiens

J'ai réalisé mon analyse en fonction des questions qui ont été posées à mes interlocutrices lors des entretiens, ainsi qu'à l'aide des grands thèmes de mon cadre théorique.

Thème 1 : L'expérience de la mort

Le questionnement initial de ce travail de mémoire concerne le rapport du soignant avec la mort, et l'impact que celui-ci peut avoir sur la prise en charge des patients. Il paraissait donc

évident de se confronter aux expériences face à la mort des infirmières interrogées. A travers les réponses de mes deux interlocutrices, on peut percevoir que la confrontation à la mort de l'autre, du patient, peut s'avérer traumatique, choquante. En effet, Émeraude nous parle « *d'un choc* » (cf Annexe 3 ligne 85), d'avoir été « *abasourdie* » (cf Annexe 3 ligne 98), « *il m'a fallu 1h pour m'en remettre, pour reprendre mes esprits* » (cf Annexe 3 ligne 88-89). Améthyste, elle également nous dit « *l'avoir mal vécu* » (cf Annexe 2 ligne 102), avoir été « *marquée* » (cf Annexe 2 ligne 107).

Cela fait directement écho aux travaux de Elizabeth Kluber-Ross sur les 5 stades du deuil. En effet, dans mon cadre théorique, j'énonce ces 5 étapes, la première étant celle du choc. Elle correspond entièrement à l'émotion initiale ressentie par les deux infirmières.

On peut cependant différencier les deux expériences de mort d'un patient vécues par les deux IDE. En effet, Améthyste était parfaitement informée de la possible mort de sa patiente, tandis qu'Émeraude découvrit avec stupeur la mort de son patient, qui n'était pas du tout prévisible dans le contexte de soin dans lequel il était. Cela fait une différence toute particulière, puisqu'on voit qu'à la suite de l'annonce de la mort, Améthyste ressentit immédiatement de la tristesse, tandis qu'Émeraude fit face dans un premier temps à de la colère. En effet, cette colère ne fut pas spécifiquement exprimée dans son discours, mais lors de notre entretien, je perçus dans le ton qu'Émeraude employait une sorte d'agitation, un haussement de voix lorsqu'elle parlait de la découverte de la mort de ce patient, que j'interprétais comme une sorte de colère. « *Ça m'a coupé le sifflet !* » (cf Annexe 3 ligne 111), « *ça a été une mauvaise surprise !* » (cf Annexe 3 ligne 112), « *si j'avais su qu'il allait mourir* » (cf Annexe 3 ligne 115) sont tant de propos d'Émeraude qui permettent de pressentir une incompréhension de sa part, et de la colère. La colère est justement selon Elizabeth Kluber-Ross la deuxième étape du deuil. On peut alors d'ores et déjà se questionner : est-ce que le fait d'être préparé à la mort d'une personne pourrait modifier notre expérience du deuil ? Ce deuil serait-il moins douloureux ? Émeraude nous dit d'ailleurs à ce propos « *je ne l'avais pas vu venir...* » (cf Annexe 3 ligne 89). Si cela avait été prévisible, aurait-elle été en colère ?

La troisième étape du deuil est celle de la négociation. Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, les 5 étapes énoncées par Kluber-Ross ne se font pas nécessairement selon un enchaînement précis.

C'est pourquoi nous nous intéressons directement à la quatrième étape, qui est celle de la dépression. Dans le cas de mes interlocutrices, le terme dépression semble peu approprié,

puisque celles-ci firent plutôt preuve de tristesse. En effet, les 5 étapes de Kluber-Ross s'apparentent plutôt à l'expérience qu'une personne se fait face à l'annonce de sa propre mort, ou bien à celle d'un être cher. On peut supposer que malgré l'attachement des infirmières pour leurs patients décédés, il n'est néanmoins pas question du rapport relationnel qui pourrait impliquer les 5 étapes du deuil. La dépression, chez les deux IDE, serait plutôt donc une forme de tristesse, Améthyste nous dit effectivement « *j'ai pleuré, j'ai craqué* » (cf Annexe 2 ligne 100), et Émeraude « *j'en aurai pleuré* » (cf Annexe 3 ligne 103).

Malgré le fait que les patients n'étaient pas pour les interlocutrices des êtres chers, on constate malgré tout chez elles la notion de difficulté, de souffrance face à la mort d'une personne. Cela s'explique certainement par le fait que la mort s'apparente toujours, peu importe les conceptions qu'on s'en fait, à une notion de coupure, d'arrêt brutal, comme nous avons pu le voir dans mon cadre théorique. D'ailleurs, Améthyste nous dit clairement que « *la mort de l'autre te touche* » (cf Annexe 2 ligne 112).

La cinquième étape du deuil selon Kluber Ross serait celle de l'acceptation. Et nous pouvons la deviner aux travers des propos des deux infirmières. En effet, Améthyste nous dit d'un air presque absurde de logique « *on va tous mourir hein* » (cf Annexe 2 ligne 162), et Émeraude « *la vie est faite ainsi... Les gens naissent et les gens meurent* » (cf Annexe 3 ligne 228). Cela nous permettrait de comprendre que malgré toute la difficulté et la souffrance que la mort de l'autre peut engendrer chez nous, l'acceptation finit toujours par être de rigueur à la fin du processus, puisque comme Vladimir Jankélévitch nous le précise dans son œuvre *Pensez la mort*, « *tout ce qui vit est amené à mourir. Il n'y a pas de vie sans mort, ni de mort sans vie* ». Malgré toutes nos souffrances et nos difficultés, peut-être acceptons-nous toujours la mort, au final, parce que nous faisons intimement partie de ce processus de vie et de mort dans ce monde qui nous lie tous.

Il est également intéressant de noter chez les deux interlocutrices le rapport entre le métier d'infirmière et la mort. En effet, lors de mes entretiens, dès lors que j'énonçais le thème de mon travail de mémoire, la mort donc, Améthyste et Émeraude firent toutes les deux un parallèle instinctif et immédiat entre mon sujet et leur travail. Émeraude nous dit « *Bien sûr, en tant qu'infirmière, j'ai à pleins de reprise été confrontée à la mort de patient !* » (cf Annexe 3 ligne 41-42), et Améthyste « *J'ai évidemment déjà été confrontée à la mort des patients...mais bon, comme toutes les infirmières je pense !* » (cf Annexe 2 ligne 19-20).

Thème 2 : La perception de la mort

Autre que l'expérience de la mort, il est intéressant de noter que chaque individu se fait sa propre perception de celle-ci. En effet, dans notre cadre théorique, nous avons pu déjà constater que la mort, autre qu'un événement objectif et factuel, peut s'apparenter également à la notion de concept, et qu'il existe tant d'approches de la mort, qu'il existe de courants de pensées et d'individus : religieux, spirituel, médical, administratif, etc...

Lors de mes entretiens, je me suis intéressée à la perception qu'avait les infirmières interrogées de la mort. Au travers de cette analyse, je repère néanmoins que je n'ai pas demandé directement à mes interlocutrices de me donner leur définition de la mort. Cela aurait été intéressant, puisqu'à travers la définition qu'elles lui donnent, nous aurions pu deviner la perception qu'elles en avaient, mais aussi comprendre que chaque personne ne définit pas la mort de la même façon.

Également, puisqu'il était question d'une expérience face à la mort dans leur profession, il a été question de leur perception de la mort dans le soin, et non pas de façon générale.

Au travers de l'analyse de ses entretiens, nous pouvons repérer certaines différences entre Améthyste et Émeraude. En effet, Améthyste nous dit que selon elle, la mort « *est quelque chose de logique* » (cf Annexe 2 ligne 142), que « *c'est la continuité de quelque chose* » (cf Annexe 2 ligne 144). Elle nous dit également que pour elle, « *la mort fait partie de la prise en charge* » (cf Annexe 2 ligne 136), et que le soin ne s'arrête pas à l'arrivée de la mort : « *quand une personne va mourir, je vais discuter avec elle (lui parler). Je vais m'occuper de ses proches, il faut nettoyer la chambre...* » (cf Annexe 2, ligne 139 à 141). Émeraude, bien qu'elle évoque la mort comme « *le cycle des choses* » (cf Annexe 3 ligne 131), semble néanmoins la percevoir d'une toute autre façon. Elle nous dit, dans un premier temps « *on fait ce métier pour soigner, mais on ne peut pas y échapper de toute façon* » (cf Annexe 3 ligne 42-43). Cette phrase m'interpelle fortement, puisqu'elle me semble très révélatrice de la perception qu'Émeraude se fait de la mort et de son métier. En effet, en disant qu'elle pratique ce métier pour soigner, mais qu'elle ne peut pas échapper à la mort de certains patients, on pourrait comprendre qu'elle dissocie totalement le soin de la mort, comme si l'un et l'autre ne pouvaient pas se conjuguer ensemble. Le terme « échapper » laisserait peut-être sous-entendre qu'il faut échapper à la mort comme on échappe à un problème. Elle dit d'ailleurs en parlant de la mort d'un patient au cours de sa prise en charge « *on est peut-être passés à côté de quelque chose* » (cf Annexe 3 ligne 123), « *s'il y a un décès, il y a quand même l'idée qu'on a*

pas pu faire ce qu'on aurait du faire » (cf Annexe 3 ligne 133). On pourrait interpréter ses propos comme une façon de percevoir la mort comme étant contraire au métier d'infirmière, contraire au principe d'une bonne prise en charge. En nous disant « *Si j'avais pris ses paramètres ? Peut-être que j'aurais vu que quelque chose n'allait pas ?* » (cf Annexe 3 ligne 119-120), Émeraude semble essayer d'éviter la mort du patient, semble chercher une solution à la mort qui serait un problème.

Cette vision de la mort est radicalement différente de celle d'Améthyste, qui l'envisage de façon plus « sereine ». Cette différence de perception pourrait peut-être s'expliquer par le fait que les deux infirmières ne pratiquent pas leur métier dans les mêmes services.

En effet, Améthyste travaillant souvent en oncologie-soins palliatifs, elle nous dit d'elle-même qu'elle est très souvent confrontée à la mort de ses patients. Nous pouvons tout à fait imaginer qu'il ne serait pas possible de travailler dans un tel service si la mort était perçue par elle comme un problème dans la prise en charge.

Émeraude, quant à elle, travaille dans des services comme la cardiologie et la chirurgie orthopédique. Ces services-là sont des services de soins curatifs, où le rétablissement du patient est à tout prix l'objectif recherché. Cela pourrait expliquer qu'Émeraude percevrait la mort comme un problème dans la prise en charge.

Le fait que le service d'activité pourrait influencer la perception de la mort dans le soin est d'ailleurs grandement évoqué par Émeraude, qui nous dit « *ça dépend du service où tu travailles* » (cf Annexe 3 ligne 127).

Dans notre cadre théorique, nous avons pourtant pu voir qu'il n'y avait pas nécessairement de considération particulière à prendre en ce qui concerne la perception de la mort, puisqu'en fait, la mort est partie intégrante de la vie, et que l'une et l'autre ne peuvent nullement être dissociées. Pourquoi la mort serait-elle perçue de différente façon, alors que selon Vladimir Jankélévitch dans son œuvre *Pensez la Mort*, il nous dit que « *mourir est la condition même de l'existence* » ? Si notre existence est conditionnée à la mort, nous existons grâce la mort. Pourquoi y aurait-il donc différentes perceptions de celle-ci ?

Thème 3 : la mort dans le soin : un échec ?

Comme nous venons de le voir, dans le cadre des soins curatifs, nous pouvons penser que la mort serait perçue par Émeraude comme un problème, une sorte de faille dans la prise en charge. De cela découle la question suivante : la mort serait-elle un échec du soin ?

J'ai directement posé cette question à mes deux interlocutrices, en complétant de la façon suivante : faut-il systématiquement sauver pour soigner ? Et une fois de plus, nous pouvons constater qu'Améthyste et Émeraude ne semblent pas avoir la même opinion sur le sujet. Améthyste nous dit en effet que « *soigner, ce n'est pas sauver* » (cf Annexe 2 ligne 160). La mort semble représenter chez elle, comme évoqué précédemment « *quelque chose de logique* » (cf Annexe 2 ligne 142), « *la continuité de quelque chose* » (cf Annexe 2 ligne 144). Améthyste pousse même à l'absurde le fait d'imaginer le soin comme un acte systématiquement sauveur en nous disant « *tu ne peux pas soigner indéfiniment. Toute ta vie, tu ne pourras pas soigner quelqu'un. Elle va arriver à 150 ans, et tu vas te dire "Aller ! Je la sauve !? "* » (cf Annexe 2 ligne 162 à 165). Elle complète d'ailleurs par « *on va tous mourir hein !* » (cf Annexe 2 ligne 162).

De son côté, Émeraude semble beaucoup plus mitigée sur le sujet. Elle insiste fortement sur le fait que ce serait « *situation dépendant* » (cf Annexe 3 ligne 179), qu'il faut considérer les choses au « *cas par cas* » (cf Annexe 3 ligne 163). Néanmoins, nous pouvons percevoir une fois de plus chez elle que la mort serait envisagée comme un échec, puisqu'elle nous dit directement « *des fois, je vis des situations comme un échec, je me dis "pourquoi on a pas pu ?"* » (cf Annexe 3 ligne 147), ou encore « *en chir ortho, quand il y avait un mort, j'avais toujours l'impression qu'il y avait eu un couac...* » (cf Annexe 3 ligne 159). Pourtant, Émeraude nous dit également « *des fois, je vois des dossiers, et je me dis qu'on ne pourra pas faire des miracles* » (cf Annexe 3 ligne 164). Le choix, volontaire ou non, du mot « miracle » est intéressant puisqu'en effet, à l'inverse de la mort comme un échec, il laisse sous-entendre que celle-ci ne peut être systématiquement évitée, et que faire preuve du cas contraire relèverait d'un miracle.

Émeraude dissocie malgré tout le soin et la mort, puisqu'elle nous dit qu'« *on vient à l'hôpital pour être soigné normalement, pas pour mourir. Limite, à mourir, je préfère mourir chez moi !* » (cf Annexe 3 ligne 151). En s'exprimant de la sorte, on peut se questionner sur la vision qu'aurait Émeraude de son métier lorsqu'elle est confrontée à la mort dans le cadre d'un soin. Se considère t-elle toujours infirmière, c'est-à-dire soignante si elle n'a pas réussi à sauver ? D'ailleurs, dans cette phrase, Émeraude oppose le soin à la mort (« *on vient à l'hôpital pour être soigné, pas pour mourir* »), ce qui viendrait encore renforcer l'idée que pour elle, mort et soin ne peuvent pas se conjuguer ensemble.

Pourtant, nous avons vu précédemment que les deux interlocutrices ont naturellement évoqué

le fait qu'en tant qu'infirmière, la confrontation à la mort est inévitable.

Si les infirmières sont des soignantes, et que la mort fait partie de leur métier, on peut supposer par extension que la mort n'est pas contraire au soin.

D'ailleurs, le domaine des « soins palliatifs » associe dans son intitulé même le mot soin à celui de palliatif, qui est selon la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), « la considération du malade comme un être vivant, et la mort comme un processus naturel ». Pourquoi donc Émeraude percevrait-elle la mort comme un échec si celle-ci est en fait un processus naturel ? Ceci ne viendrait peut-être non pas de sa perception de la mort, mais plutôt de sa perception du soin. En effet, nous avons vu dans notre cadre théorique que le soin peut se définir de plusieurs façons, et notamment à travers les termes de Cure et de Care. En travaillant dans des services comme la cardiologie, ou la chirurgie orthopédique, Émeraude nous dit pratiquer des soins curatifs, « *en cardio, en néphro, en chir ortho, on est clairement dans le curatif quoi !* » (cf Annexe 3 ligne 141). Par curatif, nous entendons directement la notion de Cure, c'est-à-dire le soin apporté à une personne au regard d'une défaillance objective de ses organes, de ses tissus, de son mental, etc... Dans le cure, c'est la réparation objective de cette défaillance qui est recherchée... et donc, nous pouvons peut-être comprendre que s'il n'y a pas réparation, il n'y a pas de cure. Si Cure veut dire soin, alors s'il n'y a pas de cure, il n'y a pas de soin !

C'est pour cela que vient s'ajouter la notion du Care, qui est une autre conception du terme soin. C'est la considération de l'être malade dans sa globalité, et non pas simplement de sa maladie. Améthyste semble plutôt s'inscrire dans cette dynamique là, puisqu'elle nous dit « *quand une personne va mourir, je vais discuter avec elle (lui parler). Je vais m'occuper de ses proches. Il faut nettoyer la chambre...* » (cf Annexe 2 ligne 19 à 141). Ici, le fait de parler à une personne décédée pourrait laisser sous-entendre qu'il y aurait une considération de l'être comme quelque chose de plus grand qu'un simple corps. Que l'être continuerait d'exister même hors de son enveloppe charnelle. Également, en mentionnant la chambre du patient, sa famille, c'est son environnement entier qui est pris en compte.

Améthyste travaillant en oncologie-soins palliatifs, elle prodigue à ses patients des soins Care, plutôt que Cure, puisqu'elle n'est pas systématiquement à la recherche de la guérison pour se considérer dans le soin.

Malgré tout, nous pouvons aussi considérer qu'en travaillant en oncologie-soins palliatifs, Améthyste est au contact de patients très diminués, parfois même en phase terminale. N'est-il

pas plus simple d'envisager la mort de quelqu'un qui est mourant ? Émeraude serait confrontée souvent à des patients « mieux portants », peut-être est-ce pour cette raison que la mort s'apparente plus à quelque chose d'inattendu, à la rupture d'un état d'antérieur, un choc pour elle ? Cela renvoie à la question que nous nous sommes posés précédemment : le fait d'être préparé à la mort de quelqu'un vient-il modifier notre perception de la mort, et notre expérience du deuil ?

La perception de la mort serait à prendre en considération en fonction du service d'exercice de la profession, et donc peut-être en fonction de l'état de santé des patients. Cela ne cesse d'ailleurs d'être répété par Émeraude, qui malgré ses propos plutôt « mort = échec », nous dit encore et toujours que c'est « *situation dépendant* » (cf Annexe 3 ligne 179). Elle compare le soin d'une infirmière en EHPAD à celui d'une infirmière aux urgences, en disant que « *ce n'est pas la même dynamique* » (cf Annexe 3 ligne 175). D'elle-même, elle m'invite d'ailleurs à « *poser la question [la mort est-elle un échec ?] à des soignants qui sont dans le palliatif* » (cf Annexe 3 ligne 246), comme si elle considérait que ces soignants-là seraient plus en mesure de répondre.

Thème 4 : l'influence du vécu personnel sur la perception de la mort

Au cours de ce travail d'analyse, nous avons pu poser l'hypothèse qu'il y aurait une éventuelle corrélation entre le service dans lequel le soignant travaille, et sa perception de la mort. Cependant, les infirmiers, autre que des soignants, sont aussi avant tout, comme nous tous, des individus ayant un vécu, une personnalité, une sensibilité différente. Au travers de mes recherches et de mon cadre théorique, j'ai pu pointer du doigt un élément qui me semble pertinent : l'expérience personnelle dans le domaine privé d'un infirmier peut avoir un impact direct sur sa pratique professionnelle. Pour cette raison, j'ai pris la décision, dans le cadre de mes entretiens, de poser directement la question suivante à mes interlocutrices : « pensez-vous que votre vécu personnel influence votre perception de la mort dans le soin ? » (cf Annexe 1). Par cela, inconsciemment, je me visualisais une sorte de sens dans la dynamique d'influence. C'est-à-dire que je me demandais si le vécu personnel avait une influence sur la pratique professionnelle, et non l'inverse. Il fut intéressant de constater qu'Améthyste ne pris pas la question de la même façon. En effet, elle me répondit dans un premier temps « *j'ai perdu mon grand-père, je me suis beaucoup occupée de lui... plus que n'importe lequel de mes cousins, frères, sœurs, parce que je suis soignante* » (cf Annexe 2 ligne 203 à 204). Elle me dît aussi,

en faisant référence à la crise du Covid-19 qui fût très anxiogène pour ses proches, qu'elle de son côté, « *d'avoir côtoyé tout le temps la mort...[...] tu as beaucoup plus de recul sur les choses, tu prends beaucoup plus en maturité et tu es beaucoup plus calme* » (cf Annexe 2 ligne 178 à 182). Naturellement, elle prit donc la question dans le sens inverse auquel je l'avais initialement posée, ou en tout cas initialement envisagée. Finalement, si j'envisageais que le vécu personnel pouvait avoir une influence sur la pratique professionnelle, Améthyste me répondait que sa pratique professionnelle avait aussi un impact considérable sur sa vie privée. Comme si sa confrontation à la mort, à la tristesse et à la tragédie de certaines situations dans son métier lui donnait les clés d'un recul sur la vie et sa valeur. Elle dit d'ailleurs mot pour mot « *depuis que je suis soignante, je connais la valeur de la vie avec mon travail* » (cf Annexe 2 ligne 206). Émeraude semble également concevoir l'influence du privé et du professionnel comme un processus à double sens, puisqu'elle répondit à ma question en me disant « *ma vie privée a influencé ma vie professionnelle, mais l'inverse aussi...* » (cf Annexe 3 ligne 216). Elle complète en disant que « *certaines expériences que tu as ont un impact sur toi, que ce soit le "toi privé" ou le "toi professionnel"* » (cf Annexe 3 ligne 209-210). Par le « toi privé » et le « toi professionnel », on pourrait comprendre qu'Émeraude différencie la personne dans le domaine privé de la personne dans le domaine professionnel. Elle dit d'ailleurs « *il y a la Émeraude en blouse blanche, et il y a la Émeraude chez elle, dans sa vie privée* » (cf Annexe 3 ligne 233). Il est intéressant de noter cet élément, puisqu'il pourrait s'avérer contradictoire avec ce que nous avons évoqué précédemment. Si les personnes professionnelles et privées que nous sommes sont des personnes différentes, pourquoi auraient-elles une influence l'une sur l'autre ? Ne serait-ce pas plutôt parce qu'elles sont intimement liées qu'elles s'influencent réciproquement ? Nous pouvons penser que les propos d'Émeraude seraient peut-être mal choisis. Ferait-elle plutôt référence à la différence de notre posture ? Notre posture professionnelle, notre blouse blanche, nous donnerait-elles un charisme et une attitude qui pourraient être différents de notre posture dans la vie intime ? En se contredisant directement dans ses propos, Émeraude nous montre en réalité que la question n'est peut-être pas si facile qu'on pourrait le penser. Comme elle nous le dit, « *il y a deux secondes j'étais en train de te dire que la vie privée et professionnelle sont en corrélation l'une avec l'autre... Mais la réalité, c'est aussi que parfois, avec sa blouse blanche, lorsqu'on l'enfile, on porte une sorte de protection* » (cf Annexe 3 ligne 234 à 236). En effet, tantôt Émeraude dissocie le privé et le professionnel, tantôt elle les associe. Elle fait

référence à la notion de transfert, « *je faisais un transfert* » (cf Annexe 3 ligne 205), lorsqu'elle nous évoque la maladie de son oncle, qu'elle percevait parfois au travers de certains de ses patients. Elle dit d'ailleurs de cela qu' « *une situation de ma vie perso a empiété sur ma vie professionnelle* » (cf Annexe 3 ligne 208).

Je rejoins personnellement cette idée qui dirait que ce que nous vivons dans le domaine privé et professionnel a une influence à double sens, l'un sur l'autre. Je l'ai effectivement expérimentée personnellement. J'ai été très intéressée par les processus tumoraux lors de ma formation à l'IFSI, au point de vouloir réaliser mon stage pré-professionnel en service d'oncologie. J'avais à l'idée de postuler dès l'obtention de mon diplôme dans la clinique où ce stage allait se dérouler, c'est-à-dire que l'oncologie était mon projet professionnel.

Cependant, dans ma vie privée, je fus touchée de plein fouet par la maladie tumorale puisqu'un proche a moi fut diagnostiqué d'un cancer quelques semaines avant le début de mon stage. Alors que j'attendais depuis plusieurs mois avec impatience ce stage en oncologie, je ne fus tout à coup plus capable de l'assumer. Les transferts furent trop nombreux, la difficulté face à la maladie de l'autre omniprésente. Je dus interrompre expressément le stage après quelques semaines, car la prise en charge de mes patients était impossible. Je ressentais en effet une implication bien trop personnelle dans les situations de soin.

J'expérimentais donc clairement l'influence de mon vécu personnel sur ma pratique professionnelle.

Au travers des entretiens, nous avons donc pu mettre en évidence le lien d'influence qui existe entre ce que nous vivons dans notre vie privée, et ce que nous vivons dans notre vie professionnelle. Cependant, malgré le fait que ma question portait sur cette influence dans le cadre de l'expérience de la mort, il n'a pas été question dans les réponses d'une focalisation sur celle-ci. Les réponses étaient beaucoup plus générales. Je ne me suis donc pas, au travers de cette analyse, focalisée uniquement sur la mort, même s'il s'agissait du sujet initial. Cependant, nous pouvons partir du fait que si une corrélation entre le vécu privé et le vécu professionnel est possible, voire systématique, alors cela peut aussi s'appliquer dans le cadre de la perception de la mort. Si l'expérience privée que j'eus de la maladie s'est reflétée au travers de mes patients, l'expérience privée que l'on a de la mort pourrait se refléter au travers de sa pratique professionnelle.

C'est ce dont je fais d'ailleurs référence dans mon cadre théorique. Selon les propos de Mélanie Klein, psychanalyste, l'expérience du deuil réactualise pour celui qui le vit, des

angoisses passées, tant liées au premier stade de développement de l'individu qu'aux pertes endurées tout le long de sa vie. Un élément essentiel est donc à prendre en considération : pour pouvoir comprendre la perception et la gestion de la mort chez les soignants, il convient de prendre en considération l'expérience globale que celui-ci aura fait de la perte au cours de sa vie (cf 3.2.4 Le deuil du soignant).

J'aimerais, dans un second temps, revenir sur les propos d'Émeraude suivants : « *lorsqu'on l'enfile [la blouse blanche], on porte une sorte de protection* » (cf Annexe 3 ligne 236). Par protection, Émeraude voudrait-elle parler d'une barrière, c'est-à-dire d'une rupture qui se mettrait en place entre ce qui a été vécu (dans le privé) avec ce qui est en train de se jouer (dans le professionnel) ? Dans mon cadre théorique, je fais référence aux propos de Paul Jenny, psychologue, qui dit justement que « *la gestion du deuil au quotidien supposent pour les soignants une rupture des liens avec le passé, dans leurs vies privées et professionnelles, afin d'éviter de rattraper dans le présent une situation d'un temps révolu* ». Par cela, nous pourrions comprendre qu'une situation trop douloureuse, ayant entraîné de la culpabilité, de la frustration, ou un sentiment inachevé, pourrait être réactualisée au travers d'une situation similaire vécue dans le domaine professionnel. Et cela pourrait donc avoir un impact sur nos agissements et la perception que nous avons de la situation. En ce qui concerne la mort, Paul Jenny nous dit aussi que « *l'appartenance au présent est facilitée lorsque les accompagnements passés ont été menés à terme, soit, lorsque la réparation a été facilitée par la démarche de soins* » (cf 3.2.4 Le deuil des soignants).

Thème 5 : la relation soignant-soigné

Dans le cadre de la démarche de soin, il est question toujours de deux intervenants : le soignant et le patient. Si au travers de ce mémoire, je me suis intéressée au rapport du soignant avec la mort, il est évidemment question, en fait, de l'impact que cela puisse avoir sur la prise en charge. Ce rapport pourrait être amené à modifier la relation qu'il existe entre le soignant et le patient. Il convient donc de se questionner sur la nature de celle-ci.

Dans le cadre de mes entretiens, les infirmières m'ont confié une expérience de mort d'un patient qui les avait, chacune, particulièrement touchées. Améthyste nous dit effectivement « *je l'ai mal vécu* » (cf Annexe 2 ligne 102), « *j'ai pleuré, j'ai craqué* » (cf Annexe 2 ligne 100), ainsi qu'Émeraude pour qui il a « *fallut 1h pour m'en remettre, pour reprendre mes esprits* » (cf Annexe 3 ligne 88-89). Cependant, en tant qu'infirmières, comme nous l'avons vu

précédemment, nous sommes amenées à être confrontées régulièrement au décès possible de nos patients. Si le choc et les pleurs étaient systématiques, il deviendrait certainement insoutenable de pratiquer le métier. En réalité, nous sommes amenés à être touchés par certaines situations plus que d'autres. Peut-être est-ce donc la nature de la relation qui s'est instaurée avec le patient qui viendrait modifier notre implication émotionnelle. Émeraude nous dit à ce propos « *il faut être réaliste, à l'hôpital, même avec les patients, c'est comme dans la vie de tous les jours. On a des affinités plus ou moins fortes en fonction des personnes* » (cf Annexe 3 ligne 54 à 56). Est-ce donc l'intensité de ces affinités qui viendrait définir la façon dont nous percevons la situation de soin ? Dans le cadre de la mort, serions-nous plus touchés par la perte d'un patient avec qui nous avons développé une relation plus profonde, peut-être plus personnelle ? Je n'ai pas traité de ce sujet dans mon mémoire, mais nous pourrions nous questionner sur la notion de juste distance, ou de distance thérapeutique. Dans mon cadre théorique, nous avons étudiés les propos de Céline Lefève au sein de l'ouvrage *La Philosophie du Soin*. Celle-ci s'est questionnée sur la nature de la relation soignant-soigné, et notamment sur le fait qu'elle pourrait s'apparenter à de l'amitié. En effet, dans un premier temps, nous avons développés plusieurs points qui montrent que relation soignant-soigné et amitié n'ont rien en commun : l'asymétrie de la relation, la finalité de celle-ci, etc... (cf 3.3.1 Une relation d'amitié?). Pourtant, nous avons aussi constaté qu'en vue de réaliser un « bon soin », il convient d'être un soignant empathique. La considération de l'autre, de son vécu, de sa maladie, de ce qu'il ressent, fait que nous sommes plus à même d'être dans le soin, à la différence de la considération seulement biomédicale du patient. En m'intéressant à l'autre, nous sommes finalement amenés à faire sa connaissance. L'être humain étant un être social, en faisant la connaissance du patient, je suis sujet à développer de possibles affinités avec lui. C'est ce que nous pouvons d'ailleurs voir au travers des entretiens, Améthyste nous dit de sa patiente « *pendant ses soins, je discutais énormément. Du coup, je me suis beaucoup liée à elle* » (cf Annexe 2 ligne 60). Elle nous dit aussi qu' « *elle avait réussi à me faire confiance* » (cf Annexe 2 ligne 67), « *quand quelqu'un s'ouvre à toi...* » (cf Annexe 2 ligne 62). Émeraude également nous dit de son patient « *il était content de m'avoir connu* » (cf Annexe 3 ligne 73), « *c'était un petit papy vraiment super choux, j'avais de l'affection un peu pour lui* » (cf Annexe 3 ligne 103). La relation soignant-soigné que les deux infirmières entretenaient avec leur patient respectif semblerait se rapprocher de quelque chose de peut-être plus personnel, plus intime. Peut-être pourrions nous assimiler cela à de l'amitié comme

Céline Lefève le dit. Le cadre de leur relation semblerait d'ailleurs dépasser celle du soin, puisque Émeraude nous dit de son patient « *je le voyais rentrer chez lui, s'occuper de son jardin...* » (cf Annexe 3 ligne 114), et Améthyste, elle, souhaitait offrir un cadeau à sa patiente « *la prochaine fois que je vais à la boutique, je vous en ramènerai un [un bandeau] !* » (cf Annexe 2 ligne 71 et 72). A ce propos, Améthyste nous dit « *je m'en suis voulue de ne pas lui avoir menée son bandeau* » (cf Annexe 2 ligne 90), elle semblerait donc développer une sorte de culpabilité à l'égard de sa patiente pour ne pas avoir pu lui offrir le présent.

Nous pouvons nous questionner sur un élément. Les interlocutrices auraient-elles été particulièrement marquées par cette situation de perte d'un patient parce qu'elles avaient développé des liens d'affection ou d'amitié avec eux ? Émeraude nous dit d'ailleurs « *c'était un patient avec qui je m'entendais vraiment bien. C'est peut-être d'ailleurs pour ça que je m'en rappelle particulièrement...* » (cf Annexe 3 ligne 56 à 58). Dans le cas d'Améthyste, qui nous raconte avec beaucoup d'émotions le décès de sa patiente, elle nous précise « *en même temps on a eu un autre décès, à cinq minutes d'intervalle* » (cf Annexe 2 ligne 100 à 101). Ce deuxième décès semble de pas avoir touchée particulièrement Améthyste, elle ne fait que l'évoquer. Tout comme Émeraude qui nous évoque la découverte du décès par hémorragie fémorale de sa patiente, sans que cela n'est engendré chez elle « le choc » que lui a provoqué la mort de l'autre patient. Peut-être n'ont-elles pas été touchées par le décès de ces patients-là car elles n'avaient pas lié de liens particuliers avec ceux-ci ? L'intensité et la nature de la relation du soignant avec son patient ont-elles une influence sur le processus de deuil de celui-ci ?

5. PROBLÉMATIQUE

Au cours de ce mémoire de fin d'études, j'ai pu me questionner initialement au rapport du soignant avec la mort, et à l'impact que cela pourrait avoir sur la prise en charge des patients. Au travers de mes lectures, mais surtout à l'aide de mes entretiens, j'ai pu poser l'hypothèse suivante : les expériences de la vie personnelle, le lieu d'exercice du métier d'infirmière, mais aussi la nature de la relation entretenue entre le soignant et le soigné, sont tant d'aspects qui auraient un impact direct sur la perception qu'à soignant de la mort au cours de la prise en charge d'un patient.

Nous avons pu le voir dans notre analyse, en fait, il n'y a pas de généralités qui peuvent se faire. Comme l'a dit Émeraude, c'est « *au cas par cas* », c'est « *situation dépendant* ».

Après avoir longuement analysé tous ses éléments, finalement, j'en viens à ouvrir mon questionnement. Le fait de comprendre que les situations sont à analyser au cas par cas m'éveille une nouvelle problématique. Pouvons nous considérer que certains cas de mort sont acceptables, et d'autres non ? Qu'est ce qui pourrait justifier que nous acceptons la mort d'un individu, et pas celle d'un autre ?

Dans son entretien, Émeraude fait référence à une différence de considération de la mort de patient, en fonction du lieu, de l'âge de celui-ci, etc... Elle nous mentionne son expérience en service de gériatrie, « *quand j'avais fait de la gériatrie, j'étais dans un service où c'était des personnes très âgées, parfois là parce qu'elles n'avaient pas de place en ehpad ou quoi... et lorsqu'il y avait des décès, on avait plus l'impression que c'était la continuité de la vie tu vois... Le cycle des choses...* » (cf Annexe 3 lignes 128 à 131), ou encore « *tu vas en ehpad, tu sais très bien que tu apportes un soin, mais que le but ultime de ton soin, ce n'est pas forcément de sauver le patient entre guillemets* » (cf Annexe 3 lignes 170 à 172). A travers ces propos, et notamment le fait de faire référence à la gériatrie et à l'ehpad, on peut comprendre qu'il y aurait notion de l'âge de patient. Le fait d'être très âgé lors du décès est-il un facteur « *dédramatisant* » de la mort ? Émeraude nous parle du « *cycle des choses* », mais ce cycle est-il envisageable uniquement lorsque la personne est âgée ? La mort d'une personne jeune est-elle contre nature ?

Nous avons tous expérimenté le décès d'une personne âgée, avec des commentaires de type « *elle était vieille, elle a bien vécu...* ». Y a t-il donc un moment où nous considérons qu'il est temps de mourir ?

Pourtant, dans son entretien, Émeraude semble avoir été très choquée par le décès de son patient, qui était une personne âgée, « *un petit papy super chou* » (cf Annexe 3 lignes 102-103). Pourquoi le décès de ce patient âgé serait-il moins acceptable que celui d'une personne en ehpad ? Est-ce la condition physique de la personne qui vient justifier que son décès soit plus ou moins acceptable ? Comme si certaines vies valaient plus le coup d'être vécues, et d'autres moins. Émeraude nous dit d'ailleurs de son patient « *je le voyais en bonne santé.. Rentrer chez lui, s'occuper de son jardin...* » (cf Annexe 3 ligne 114). Cela renvoie à la notion d'autonomie du patient, à la différence peut-être des résidents en ehpad « *il nécessite des soins au quotidien, il a perdu en autonomie* » (cf Annexe 3 ligne 174). Le fait d'avoir perdu son

autonomie, et d'être dépendant d'autrui vient-il retirer à la personne la valeur de son vécu ?

Finalement, cela renvoie à une autre question : qu'est-ce que bien vivre ? Qu'est-ce que bien mourir ? Dans quels cas considérons-nous que la mort d'une personne puisse ne pas être dramatique ?

Pourquoi devrais-je être choquée du décès d'un patient jeune et autonome, et moins de celui d'un patient âgé et grabataire ?

Y aurait-il une bonne mort ? Y aurait-il une bonne vie ? Mais surtout, y aurait-il un bon moment pour mourir ?

6. CONCLUSION

Ce travail de recherche fut pour moi le moyen de me rendre compte que, qu'importe le sujet abordé, qu'importe l'objet de notre questionnement, il n'existe pas de réelle réponse. La complexité de l'être humain et de la relation sociale fait qu'il existe autant de possibilité d'interprétation, d'analyse, de recherche, qu'il existe de personnes sur cette terre.

En faisant un travail de mémoire, nous sommes forcément amenés à faire des choix, puisque sans ceux-ci, nous pourrions passer une vie entière à essayer de traiter un sujet, à essayer de trouver des réponses dans une question qui n'en a souvent pas vraiment.

A travers mes lectures, j'ai pu enrichir mes connaissances, développer ma culture générale, mais aussi réfléchir, à l'aide de grands auteurs qui amènent chez nous un questionnement plus pertinent, plus profond qu'à l'origine.

Les enquêtes de terrain ont elles aussi été très intéressantes à réaliser, à analyser, puisqu'elles m'ont permis de comprendre qu'il existe souvent un lien entre la théorie et la pratique, mais aussi parfois que la pratique s'éloigne de la théorie, sans que nous ne sachions vraiment pourquoi.

Parfois dispersée, souvent perdue, j'ai néanmoins au cours de ce mémoire réalisé à quel point nous pratiquons un métier qui n'a aucune pareille : nous travaillons avec les êtres humains. Toute la complexité des individus fait que nous réalisons un métier si riche, où l'ennui et la routine n'a pas de place.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- JANKÉLÉVITCH, V. (1977). *La Mort*. Paris : Éditions Flammarion.
- RICOEUR, P. (2007). *Vivant Jusqu'à La Mort*. Paris : Éditions du Seuil.
- GORI, R., DEL VOLGO, M.J. (2009). *La Santé Totalitaire*. Paris : Éditions Flammarion.
- BENAROYO, L., LEFÈVE, C., MINO, J.C., WORMS, F. (2010). *La philosophie Du Soin*. Paris : Presses Universitaires de France.
- DUBAS, F. (2004). *La Médecine Et La Question Du Sujet*. Paris : Les Belles Lettres.
- AMEISEN, Jean-Claude et Al. *Qu'est ce que mourir ?* Paris : Editions Le Pommier, coll. Le collège de la Cité, 2003.
- BACQUE, Marie-Frédérique. *Le deuil à vivre*. Paris : Editions Odile Jacob, 2000.
- DE HENNEZEL, Marie, LELOUP Jean-Yves. *L'art de mourir : Traditions religieuses et spiritualité humaniste face à la mort*. Paris : Editions Pocket, 2000.
- KUBLER-ROSS, Elisabeth. *La mort est un nouveau soleil : Quand la mort est une porte ouverte sur une autre vie*. Paris : Editions Pocket, 1990..
- MORIN, Edgar. *L'homme et la mort*. Lonrai : Editions du seuil, 1970.

Articles :

- THOMAS, L.V. (1998). La Mort. *Que Sais-Je ?*. Paris : Presses Universitaires de France.

Sources internet :

- <http://www.sfap.org/>
- <https://www.definitions-marketing.com/definition/entretien-semi-directif/>
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mort/52706>
- <https://journals.openedition.org/nrt/613>
- <https://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique/quest-ce-que-lethique/quelle-est-la-difference-entre-ethique-et-morale/>

SOMMAIRE ANNEXES

ANNEXE I. Guide d'entretien.....	I
ANNEXE II. Entretien avec Améthyste.....	II
ANNEXE III. Entretien avec Émeraude.....	VII
ANNEXE IV. Grille d'analyse.....	XIII
ANNEXE V. Autorisation de diffusion du TFE.....	XVII

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

Pour introduire l'entretien et instaurer un climat de confiance, je commencerai pas me présenter au professionnel de santé. J'expliquerai les raisons de cet entretien, ainsi que le thème de mon mémoire. Je resterai très générale sur l'explication du sujet, de façon à ne pas influencer ou diriger le soignant sur une direction particulière.

Je préciserai que l'entretien est et restera strictement confidentiel, et qu'aucun jugement ne sera porté.

Je proposerai ensuite au professionnel de santé de se présenter, d'expliquer s'il le souhaite les raisons qui l'ont poussé à devenir infirmier, et pourquoi pas les raisons qui l'ont mené à pratiquer dans le service où il se situe. Cela aura pour but d'instaurer un climat d'échange entre le soignant et moi, mais aussi d'être un peu plus informée de la personne qu'il est.

Question inaugurale :

« Racontez-moi une situation de prise en soin où vous avez été confronté à la mort d'un patient, et comment avez-vous vécu cela ? ».

Les différentes pistes que je voudrais abordées sont les suivantes :

- Comment percevez-vous la mort au sein d'une prise en charge ?
- Pensez-vous que la mort est un échec de la prise en soin ?
- Pensez-vous qu'il faut toujours « sauver » pour « soigner » ?
- Pensez-vous que votre vécu personnel influence votre perception de la mort dans le soin ?
- Comment gérez-vous la confrontation à la mort dans votre pratique professionnelle ?

L'entretien étant un entretien semi-directif, je laisserai au soignant la liberté de répondre selon sa convenance.

Notre échange s'apparentera à une conversation, plus qu'à un entretien fait de questions/réponses. Néanmoins, si je ressens que le soignant s'éloigne du thème de notre entretien, je recentrerai l'échange sous forme de relance, de façon à ne pas faire du hors sujet.

Malgré cela, je laisserai au soignant la liberté de s'exprimer sur des sujets dont je n'avais pas pensé ou envisagé, si cela est important pour lui.

ANNEXE II : ENTRETIEN AVEC AMETHYSTE

- 1 – **Bonjour Améthyste.**
– Bonjour Olivia !
– **Merci pour ce temps que vous m'accordez à travers cet entretien téléphonique. En ces temps difficiles, ce n'est pas chose simple...**
- 5 – Oui, c'est vrai qu'on connaît là une période pas simple ! Y a pas de quoi !
– **Donc dans un premier temps, je me présente. Je suis Olivia, étudiante infirmière en troisième année. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je dois réaliser quelques entretiens qui me permettront de réfléchir et de développer certains éléments de mes recherches. C'est pour cela que je vous ai contacté pour faire un**
- 10 **entretien.**
– Oui, d'accord. Pas de problème.
– **Mon mémoire concerne le thème de la mort, et globalement le rapport du soignant à la mort au cours d'une prise en charge.**
– D'accord, c'est intéressant.
- 15 – **Si vous le souhaitez, de façon à ce que je vous connaisse un peu mieux, vous pouvez aussi vous présenter en quelques phrases...**
– Oui, bien sûr ! Alors je m'appelle Améthyste, je suis infirmière diplômée depuis 2 ans. J'ai fait pour l'instant beaucoup d'intérim, et justement dans le cadre de votre mémoire, j'ai fait pas mal de missions en onco. Du coup, j'ai évidemment déjà été confrontée à la
- 20 **mort de patients. Mais bon.... comme toutes les infirmières je pense !**
– **Oui, oui effectivement. Et bien, écoutez. Si vous le souhaitez, nous allons commencer l'entretien ?**
– Parfait ! Allons-y !
– **Alors, dans un premier temps, racontez moi une situation de soin où vous avez été**
- 25 **confrontée à la mort et comment avez-vous vécu cela ?**
– Alors, euh.... Je vais vous raconter une situation qui m'a beaucoup marquée. En fait, c'est quand je suis arrivée dans le service d'oncologie en tant qu'intérimaire. C'était une dame, elle avait même pas 40 ans hein ! Et en fait elle avait un cancer au niveau de
- 30 **l'utérus. Et ce qu'il se passe en fait, c'est qu'elle détestait tout ce qui était médical, elle n'avait jamais voulu se faire dépister. Donc en fait, quelque chose qui était bénin est devenu malin... ça s'est empiré. Du coup moi quand je suis arrivée, elle était déjà à l'hôpital, elle avait fait quelques chocs septiques. Et c'était une dame qui était**
- 35 **lesbienne. Du coup il y avait plus tard sa compagne qui était avec elle et tout. Et en fait, je raconte ça car la prise en charge avait été difficile. Car déjà d'une part elle ne faisait pas confiance à l'équipe médicale, mais en plus de ça, quand elle a été prise en charge en réa, ils lui ont dit que si elle avait ce type de cancer, c'était dû à son**
- 40 **homosexualité.**
– **(surpris) Euh d'accord....**
– (rires nerveux) Ouais ! C'était en réanimation à l'hôpital de *censuré*. Elle est revenue, elle ne voulait plus retourner en réa. Du coup il a été très difficile de la mettre en confiance.
– **Mmmh mmmh.....**
– Vous voulez que je vous raconte comment elle est décédée ? Vous voulez que je vous
- 45 **raconte tout ?**
– **Ben en fait, c'est surtout je suppose comment elle est décédée, et euh... voilà, la confrontation à la mort. Vous en tant que soignante, qu'est ce qui s'est passé**

- quand vous avez été confrontée à la mort de cette patiente.**
- 50 – Ben, moi ce qui s'est passé, c'est que du coup, ça a été vraiment la première chambre où je suis allée, la première personne a qui j'ai parlé. Et en fait, vu que c'était la première fois que j'arrivais dans ce service d'onco là, ça me tenait à cœur de faire quelque chose de bien. Du coup moi personnellement, j'ai lié des liens avec elle. Elle était donc très méfiante, très stressée à chaque fois qu'on rentrait dans sa chambre pour faire des soins. Euh.... elle se méfiait quoi. Donc moi je prenais un soin tout particulier
- 55 à lui expliquer tout ce que j'étais en train de lui faire. Et en même temps, ce qui se passe c'est qu'on lui avait posé des drains et c'est moi qui lui faisais les trois quart du temps les pansements. Parce qu'elle aimait bien que ce soit toujours la même personne, parce qu'en plus ce qui se passe c'est que c'était une personne qui s'était faite violer, donc elle avait un mauvais rapport avec les hommes.
- 60 – **D'accord....**
- Et c'est pendant ses soins qu'en fait, on discutait énormément. Du coup, je me suis beaucoup liée à elle, parce que euh..... je saurais même pas vous expliquer ce qui m'a touchée. Quand quelqu'un s'ouvre à toi.... (pensive). Moi en onco, je trouve que c'est des relations très particulières, c'est à dire que c'est des personnes qui ont un cancer,
- 65 pratiquement une fois sur deux elles savent qu'elles vont mourir, et là en fait c'est plus du train-train du genre « bonjour, vous avez bien dormi ? Je vais prendre votre saturation », c'est une relation vraiment toute particulière. C'est vraiment dans les regards, dans les gestes et tout. Et donc elle avait réussi à me faire confiance.
- **Oui, d'accord...**
- 70 – Et ce que je garderai d'elle, c'est qu'un jour, j'étais arrivée avec un bandeau sur la tête, et elle me disait « j'aimerais bien porter un bandeau comme vous », et sa compagne, elle n'en trouvait pas du tout. Du coup je lui ai dit « écoutez, la prochaine fois que je vais au magasin, je vous en rapporterai un ! ». Et en fait elle a eu euh..... mince comment ça s'appelle... une bactérie dans le cerveau euh.... ah oui ! Une
- 75 encéphalopathie hépatique.
- **Oui, d'accord.**
- Voilà un truc comme ça.
- **Oui, oui.**
- Voilà. Du coup je suis arrivée de mon week-end, et elle était complètement
- 80 inconsciente... En fait non ! Elle était consciente mais elle ne bougeait plus. Donc euh... je saurais même pas vous dire si elle m'entendait. Donc euh....ça a commencé comme ça... C'était dur parce que son fils de 30 ans il venait la voir. Il était lui aussi très méfiant, il ne nous regardait pas dans les yeux.
- **Mmmh mmmh...**
- 85 – Et comment j'ai appris. Et bien il était 16h30, je finissais à 16h30. Et on vient me voir et on me dit « elle est décédée ». (silence). Du coup j'ai été dans sa chambre.... Comme je connaissais pas le protocole du service, une aide soignante est venue avec moi mais elle m'a dit « il faut que tu fasses ça, ça, ça.... » donc j'ai tout fait. Et quand l'aide soignante a commencé à lui parler, à lui dire « écoutez Mme Un-tel, je vais vous
- 90 tourner » et tout, et bien moi aussi je me suis mise à lui parler. (silence). Et en fait moi je m'en suis voulue de pas lui avoir menée son bandeau.
- **De pas lui avoir menée le bandeau.... oui....**
- Le bandeau qu'elle voulait, oui.... je m'en suis voulue. Et ce qui me marquera c'est que sa compagne, elle est repartie avec un gros sac sur le dos, et euh.... ça m'a..... ça m'a
- 95 beaucoup marquée. Je l'ai regardée par le fenêtre et en fait je me suis dit « elles sont arrivées à deux et... »

-et elle repart toute seule...
- Et elle repart toute seule. Comme si les gens poursuivaient le cours de leur vie, comme s'il ne s'était rien passé. Elle est repartie une main devant, une main derrière.
- 100 - **Mmmh mmmhh.... Et du coup euh.... Comment vous l'avez vécu ?**
- Euh.....j'ai pleuré ! (rires). J'ai pleuré, j'ai craqué. En même temps on a eu un autre décès, à cinq minutes d'intervalle hein ! Et c'était quelqu'un a qui j'avais fait l'entrée et tout.... Ouais.... Franchement je l'ai mal vécu parce qu'on s'attache aux personnes là-bas. Je me rappelle même que ça m'a tellement marquée qu'il y a un psychologue qui
- 105 est venu et qui a vu dans quel état j'étais, quelques jours plus tard hein ! Pour vous dire !
- **Oui...**
- Et deux semaines plus tard, il m'a dit « il faudrait qu'on parle, je vois que ça t'a marquée » et tout.... donc euh.... C'est un service en fait... où tu es obligée de t'attacher
- 110 aux gens !
- **Mmmh mmh...**
- Tu peux dire ce que tu veux hein ! « Faut mettre des barrières et tout », mais c'est tellement prenant que... ben.... la mort de l'autre te touche.
- 115 - **Et du coup, est-ce que vous pensez que dans les services où on est beaucoup confrontés à la mort, il faut qu'il y ait une prise en charge du personnel médical ?**
- Ben.... il y en a une de prise en charge, mais je trouve qu'elle était euh.... je trouve qu'elle était pas assez présente ! Des fois on en parlait, mais selon les services, par exemple, là où j'ai travaillé au *censuré*, il y avait vraiment des lits dédiés soins palliatifs, et là-bas apparemment quand il y a un décès, on se pose et on en discute.
- 120 Mais je trouve que déjà, moi qui suis intérimaire, je connais pas forcément les personnes. J'ai du mal à me confier devant tout le monde. Et euh... voilà je pense qu'il y a tellement de décès qui passent que c'est devenu plus quelque chose de formel, histoire de dire « on en a parlé », plus qu'autre chose quoi.
- **Comme si quand tu es confronté aux décès, tu mets en place, euh... une sorte d'habitude....**
- 125 - C'est ça ! Après chacun a son petit truc. Quand je suis arrivée dans le service, il y a une collègue à moi qui devait annoncer à des enfants que leur mère était morte. La mère avait 50 ans et les enfants avaient entre... euh.... ils étaient tous mineur, il n'y en avait qu'un qui avait 18 ans. Et bien l'infirmière s'est écartée de tout le monde, et avec
- 130 ses mains, elle a fait une sorte de protection invisible. Donc en fait, chaque personne a sa manière de gérer la chose. Et je trouve que en soi, dans les services, à part en en parlant vite fait en réunion 5-10 minutes.... euh..... je trouve qu'on est un peu livrés à nous-même.
- **Ok..... Et du coup, comment vous percevez.... euh.... comment en fait, pour vous, vous percevez la mort au sein de la prise en charge ? Quelle vision vous auriez de la mort dans la prise en charge ?**
- 135 - En fait ce qui est particulier en oncologie, et quand tu travailles en soins palliatifs, et toute façon en fait en soi, c'est de partout. C'est qu'en fait la mort, pour moi, elle fait partie de la prise en charge. Et quand la personne elle meurt, pour moi en fait c'est pas fini. La mort elle fait partie intégrante de la prise en charge. Parce que quand une
- 140 personne va mourir, je vais discuter avec elle. Je vais aussi m'occuper des proches. Euh.... il faut nettoyer la chambre après. Euh.... Franchement honnêtement à force, c'est pas qu'on s'y habitue mais pour moi, c'est quelque chose de logique. Ça choquera toujours quand un de nos patients va mourir, mais pour moi c'est la continuité de
- 145 quelque chose.

- **Mmmh mmhhh....**
- C'est une sorte de suite logique.
- **Et est-ce que vous pensez que vous avez cette vision-là de la mort parce que justement, vous êtes dans un service d'oncologie et de soins palliatifs, et que du**
150 **coup, vous êtes souvent confrontés à la mort ?**
- (silence). Euh..... (silence). Ouais, je pense. Parce que j'ai fait d'autres services, et j'ai des collègues à moi qui supportaient vraiment pas la mort. Par exemple, j'ai été intérimaire en EHPAD, il y a une personne qui est morte, et il y a une aide soignante qui ne voulait pas s'en occuper. Il y en a qui fuit ça. Et en travaillant dans les services
155 comme ça (oncologie), où tu as pas le choix, où tu es confronté à la mort, tu.... tu as une autre vision en fait ! Tu as une autre approche, et.... euh.... je pense même que tu as une meilleure prise en charge ! Quand tu as côtoyé la mort, tu te comportes autrement avec les vivants.
- **Et donc du coup, selon votre discours, pour vous, « soigner » ne veut pas forcément dire « sauver » ?**
160
- (silence). Non ! « Soigner », c'est.... « soigner » c'est pas « sauver ». Parce que dans les soins palliatifs, ou en oncologie. Je pense à d'autres services aussi, où les patients peuvent être en phase terminale, euh.... la mort en fait... euh.... on va tous mourir hein. On va tous mourir. Et en fait, tu peux pas soigner indéfiniment. Toute ta vie, tu ne
165 pourras pas soigner quelqu'un. Elle va arriver à 150 ans, et tu vas te dire « Aller ! Je la soigne ! » ?
- **Mmhhh mmmhh....**
- Non. Pour moi non.
- **D'accord.... Et euh.... dernière question. Est-ce que vous pensez que votre vécu personnel influence votre perception de la mort dans le soin ?**
170
- Ouais. Parce que, en fait à force de voir des morts, des gens mourir, faut dire ce qui est. A peine tu rentres dans une chambre, tu sais si une personne elle va mourir. A force hein. Mais tu rentres dans une chambre, tu vois ça ça ça, tu te dis « elle va mourir ».
- **D'accord. Mais quand je parle de vécu personnel, je veux dire dans votre vie à vous. Est-ce que vous avez vécu des expériences concernant la mort, et est-ce que vous pensez que ces expériences ont une influence sur votre perception de la mort et donc sur votre prise en charge des patients ?**
175
- Euh, oui. Je vais vous donner un exemple tout bête. Par rapport à cette crise du coronavirus, chez moi, tout le monde est en panique. Moi, je pense que d'avoir vu et d'avoir côtoyé tout le temps la mort et tout.... La tristesse, les problèmes de famille, tout un contexte, ça fait que tu as beaucoup plus de recul sur les choses, tu prends beaucoup plus en maturité et tu es beaucoup plus calme.
- **Donc du coup, là en fait, vous le faites dans l'autre sens ! C'est à dire que vous me dites que ce n'est pas votre vécu personnel qui influence votre vision de la mort dans le soin, mais c'est plutôt votre confrontation à la mort dans le soin qui a une répercussion sur votre vécu personnel ?**
185
- Oui, c'est ça !
- **D'accord ! Ça, c'est intéressant !**
- (rires)
190
- **Non mais c'est intéressant parce que vous me donnez quelque chose auquel je n'avais pas pensé. Dans mon cadre théorique, j'ai fait des recherches, etc... Et j'ai vu qu'en fait, en fonction des événements par rapport à la mort que vous avez vécu dans votre vie personnelle, la mort d'un grand-père, d'une grand-mère,**

- comment ça s'est passé, si vous avez pu l'accompagner ou pas, ça peut avoir des répercussions justement sur le soin. Vous pouvez plus ou moins supporter la confrontation à la mort par rapport à ce que vous, vous avez vécu dans votre vie personnelle. Vous voyez ? Et c'est pour ça que j'ai posé cette question !
- Oui.
- 200 – **Et ce qui est intéressant, c'est que vous, vous répondez naturellement, du « tac au tac » par l'inverse ! Vous me dites que c'est parce que vous êtes confrontée à la mort et à la difficulté dans votre travail, que dans votre vie personnelle vous avez un recul différent.**
- Ah oui, vraiment ! Et en plus, c'est tout bête mais quand j'ai perdu mon grand-père il y a deux ans, je me suis beaucoup plus occupée de lui que n'importe lequel de mes frères, sœurs ou cousins. Parce que je suis soignante. Et avant je ne m'en occupais pas comme ça. Mais depuis que je suis soignante, je connais la valeur de la vie avec mon travail.
- 205 – **D'accord...**
- 210 – C'est plus le travail qui m'a apporté dans ma vie personnelle que l'inverse.
- **Ok.... Ok..... Super....**
- Voilà !
- **Et bien de mon côté, je pense avoir fait le tour des points qu'il fallait que je développe. Avez-vous envie de compléter par quelque chose ? Y a t-il un sujet ou**
- 215 **une quelconque chose dont vous aimeriez me parler et auquel je n'aurais pas pensé ?**
- Euh.... non, de mon côté je pense avoir fait le tour aussi....
- **Et bien je vous remercie infiniment. Je vous remercie pour la qualité de cet échange, et pour le temps que vous avez bien voulu m'accorder, malgré ses temps**
- 220 **difficiles...**
- Mais de rien, c'est normal. N'hésitez pas si vous avez d'autres questions.
- **Je vous remercie encore. En vous souhaitant une excellente journée, et une bonne continuation.**
- 225 Vous de même, en vous souhaitant l'obtention du diplôme, et un régala dans votre future prise de poste !

ANNEXE III : ENTRETIEN AVEC EMERAUDE

- 1 – **Bonjour Émeraude, merci de m'accorder cet entretien !**
– Mais de rien Olivia, c'est avec plaisir.
- 5 – **Bon, je ne sais pas si c'est vraiment nécessaire vu qu'on se connaît un peu... Mais pour le principe, je vais me représenter. Donc je suis étudiante infirmière en troisième année, et dans le cadre de mon mémoire, je réalise ce qu'on appelle une enquête de terrain, c'est à dire que je vais questionner les professionnels de santé sur le terrain, sur un thème particulier, auquel j'aurais déjà réfléchi au travers d'un cadre « théorique »... Voilà... Du coup les entretiens que je réalise me permette d'analyser un contenu et de continuer à réfléchir sur le sujet de mon mémoire !**
- 10 – D'accord! Et ben très bien. C'était il y a quelques années pour moi maintenant, mais je me rappelle très bien de mon mémoire aussi !
– **Oui, je pense qu'on s'en rappellera tous de toute façon (Rires).**
– Ah que oui ! (Rires).
- 15 – **Bon enfin bref... Du coup, peut-être avant de commencer cet entretien, si tu veux te présenter pour faire un petit tour d'horizon de ton parcours personnel et professionnel ?**
– Aller ! Donc moi je m'appelle Émeraude, je suis infirmière depuis maintenant euh... attends je compte (Rires). 2012, donc voilà 8 ans c'est ça ! Aujourd'hui, je suis IDE dans une crèche, 30h par semaines... J'ai complètement changé de travail parce que j'en avais marre de l'hôpital pour tout t'avouer... J'ai fait différents services depuis l'obtention de mon diplôme, mais avant de changer pour aller en crèche, j'ai toujours été à l'hôpital ou en Clinique à Lyon, j'avais l'impression d'avoir fait le tour..
- 20 – **Oui, oui d'accord... oui....**
25 – Bon voilà, passons. Du coup pour mon parcours en service hospitalier, j'ai fait un peu de gériatrie, un peu de néphro, pas mal de cardio. Et puis j'ai été en chir ortho, et là j'y suis restée 5 ans. Voilà. Et donc y a 1 an et demi, je suis partie et je suis dans une crèche à 30h maintenant.
– **D'accord très bien.**
- 30 – Voilà !
– **Euh... Mais attends ! Je crois que je ne t'ai pas dit mon sujet de mémoire ?!**
– Si tu me l'avais dit, c'est sur la mort c'est ça ?
– **Oui, je suis bête j'ai oublié de te le dire là... En fait mon sujet c'est plus exactement le rapport du soignant avec la mort et l'impact que cela peut avoir sur la prise en charge.**
- 35 – D'accord ! Oui je vois où tu veux en venir. C'est intéressant...
– **Voilà....Bon ben écoute, si c'est bon pour toi, on peut démarrer l'entretien ?**
– C'est bon pour moi ! (Rires).
– **Alors, est-ce que tu peux me raconter une situation où tu as été confrontée à la mort d'un patient ? Et comment as-tu vécu cela ?**
- 40 – D'accord... Alors oui, bien sûr, en tant qu'infirmière, j'ai à pleins de reprises était confrontée à la mort de patient... On fait ce métier pour soigner, mais on ne peut pas y échapper de toute façon... Donc euh... Alors laisse moi réfléchir...
– **Oui.... Vas y....**
- 45 – Alors j'ai une situation, mais c'est y a vraiment quelques années quand j'étais en

- cardio, c'est pas grave ?
- **Ah ben non, pas du tout, peu importe ! C'est vraiment toi, dans ton expérience professionnelle, quelle expérience t'a marquée ! Vraiment y a pas de soucis !**
 - D'accord ! Alors j'étais en cardiologie depuis quoi.... 2 mois... C'était assez récent.
 - 50 C'était en service de cardiologie soins continus tu sais ?
 - **Oui, bien sûr je vois, moi j'ai été au SIC tu sais ?**
 - Oui, ah c'est intéressant le SIC ! Enfin bref... Donc là c'était du soins continus...
 - **Oui...**
 - Et en fait, j'avais un patient avec qui je m'entendais très bien.. Parce qu'il faut être réaliste, à l'hôpital, même avec les patients, c'est comme dans la vie de tous les jours.
 - 55 On a des affinités plus ou moins fortes en fonction des personnes.... Donc voilà, là c'était un patient avec qui je m'entendais vraiment bien. C'est peut-être d'ailleurs pour ça que je m'en rappelle particulièrement...
 - **Oui, oui bien sûr..**
 - 60 – Ce patient il avait été au SIC justement parce qu'il avait fait un infarctus. Il avait été stenté, et quelques jours après il était en soins continus... Sa prise en charge se passait bien, il était stable... Ses constantes étaient bonnes... Bref, rien à dire. Le patient était au top, du coup un retour à domicile était prévue.
 - **Oui.**
 - 65 – Et euh.... En fait, ce jour là, c'était le dernier jour d'hospitalisation du patient, il rentrait le lendemain chez lui. Et moi de mon côté, j'avais bossé 3 jours, et j'étais en repos le lendemain. Donc en gros, le jour de sa sortie, j'étais pas là quoi !
 - **Oui, je comprends...**
 - Donc forcément, je finis ma journée, et instinctivement je vais dire « au revoir » à mon
 - 70 patient, parce que je l'aimais vraiment bien... Et je voulais lui souhaiter un bon retour à domicile, etc, etc.... Donc il était 19h, je vais dans sa chambre, et on discute, « blablabli blablabla »... Je lui dis « au revoir », il me dit qu'il est content de m'avoir connu, il me dit « au revoir » aussi... Bon, bref, on se dit au revoir quoi. Et au moment de partir pour rentrer chez moi, il y a une urgence dans le service. Une patiente qui
 - 75 faisait une grosse hémorragie fémorale. Donc j'étais restée un peu plus, les médecins étaient là, compression fémorale, transfusion, « patin couffin »... Comme mes collègues de nuit étaient arrivés, quand j'avais terminé ce que j'avais à faire avec eux pour cette urgence, je suis partie et je leur ai laissé prendre la suite...
 - **Oui, oui, d'accord.**
 - 80 – Et donc, mes jours de repos se passent, et arrive le jour où je retourne au travail ! Donc vu que ça faisait 2 ou 3 jours que j'étais partie, j'ai pris la relève, et j'ai été regardé sur notre « bible » si il y avait eu des décès pendant mes jours de repos, et notamment je voulais voir si la dame de l'hémorragie avait pu être sauvée ou non. Donc je regarde la liste des décès... Je vois son nom, donc je comprends qu'elle est morte... et là... un
 - 85 choc. Je vois quoi ? Le nom du patient à qui j'avais été dire au revoir...
 - **Ah ! Euh d'accord...**
 - Ah non mais franchement, il m'a fallu au moins 1h pour m'en remettre, ou en tout cas pour reprendre mes esprits je veux dire... Je l'avais pas vu arriver, j'étais vraiment sous le choc !
 - 90 – **Oui, je comprends ouais...**
 - Du coup je dis à mes collègues « Mais ???? Monsieur machin, il est décédé ???? Il est pas rentré chez lui ? Parce que je suis partie la veille de sa sortie, il allait très bien, il rentrait chez lui le lendemain, j'ai été lui dire au revoir et tout ! ». Et là, mes collègues me disent « oui, il est décédé... En fait dans la nuit juste avant sa sortie, il a

- décompensé, on ne sait pas pourquoi... On l'a massé, il a été en réa... Mais on a pas réussi à le faire revenir, il est décédé... ». Écoute, franchement j'arrive encore à me rappeler de mon état de choc, je sais pas pourquoi mais j'étais vraiment abasourdie...
- **Oui, c'est assez choquant...**
 - 100 - Oui franchement... Je comprenais pas, je me disais « mais attends, je lui ai dit au revoir à 19h, il était stable, il était bien, il rentrait chez lui quoi ! ». Et finalement, il a décompensé, c'est arrivé comme ça, et il est mort quoi... C'était un petit papy vraiment super chou, j'avais de l'affection un peu pour lui, franchement j'en aurais pleuré...
 - **Hum...**
 - 105 - Donc voilà, si j'avais à raconter une situation ça serait celle-là. Pourtant je n'étais pas présente lors de son décès, lors de sa décompensation. Mais c'est la mort d'un patient qui m'aurait le plus marquée, dans le sens où je ne m'y attendais pas et j'étais vraiment triste.
 - **D'accord... Donc du coup, au niveau de la façon dont tu l'as vécu, tu me dirais que c'est plutôt dans la tristesse et le choc ?**
 - 110 - Ben dans un premier temps le choc bien sûr. Ça m'a coupé le sifflet comme on dit, ça a été une surprise, une mauvaise surprise, mais une surprise dans le sens où je ne m'y attendais pas du tout ! Et puis oui, la tristesse... J'étais peinée... je me disais que quand je lui avais dit au revoir, je le voyais en bonne santé, rentrer chez lui, s'occuper de son jardin etc... Si j'avais su qu'il allait mourir dans la soirée, je sais pas....
 - 115 - **Oui, d'accord...**
 - Et puis surtout, je me suis dit « mais comment on ne l'a pas vu arriver ??? ». Comment c'est possible qu'il soit mort dans la nuit ? Est-ce que quand j'ai été le voir à 19h, j'ai juste parlé avec lui, mais si j'avais pris ses paramètres ou quoi, peut être que j'aurais vu que quelque chose n'allait pas ? Enfin, tu sais ? Tu retournes la situation dans tous les sens, parce que tu es dans l'incompréhension. Alors bien sûr, je sais que je ne suis pas fautive... Je suis très vite revenue à la raison. Mais n'empêche que sur le coup, tu te dis qu'on est peut être passés à côté de quelque chose !
 - 120 - **Voilà, oui je comprends. Et du coup, j'enchaîne sur une autre question. Pour toi, comment tu vois la mort au sein d'une prise en charge ? Quelle est ta vision de la mort dans la prise en charge d'un patient ?**
 - 125 - Ah, c'est intéressant comme question ! Je pense que ça dépend du service où tu travailles. C'est-à-dire par exemple, c'est triste mais quand j'avais fait de la gériatrie, j'étais dans un service où c'était des personnes très âgées, parfois là parce qu'elles n'avaient pas de place en ehpad ou quoi... et lorsqu'il y avait des décès, on avait plus l'impression que c'était la continuité de la vie tu vois... Le cycle des choses... Alors que là, en cardio, pour ce patient dont je te parle par exemple, je sais pas si on peut parler d'échec, mais s'il y a un décès, y a quand même l'idée qu'on a pas pu faire ce qu'on aurait du faire, tu vois ?
 - 130 - **Oui, je vois tout à fait.**
 - 135 - Parce que bon, là le monsieur dont je te parle il était âgé, certes. Mais en cardio, il y a des patients qui ont 40-45 ans, 50 ans parfois. Si tu as un patient de 40 ans qui décède, ça te fait réfléchir, tu dis qu'on aurait du le sauver ! Après évidemment, ce n'est pas la faute du personnel, on fait ce qu'on doit faire, et parfois les gens décèdent parce qu'on peut faire tout ce qu'on veut, rien n'y fait... Mais voilà ! Tu vois ce que je veux dire ?
 - 140 - **Oui, oui j'ai bien compris ce que tu veux dire ! Ma question suivante, c'était justement « est-ce que tu vois la mort comme un échec de la prise en charge ? », tu me devances.... (Rires).**
 - (Rires) Ah ben tu vois ! Cette question elle est pas facile parce qu'en tant que

professionnel de santé, je sais très bien que la mort ce n'est pas un échec. On fait tout ce qu'on peut. Mais au fond de moi, il y a des situations où oui, je vis la mort d'un patient comme un échec. Où tu te dis « mais pourquoi on a pas pu ? ». Et même des fois, tu te dis « Comment on va le dire aux familles ? », parce que d'un côté, je sais pas si c'est de la honte, mais tu te dis « il est venu à l'hôpital, et il est mort quoi ! », on vient à l'hôpital pour être soigné normalement, pas pour mourir... Limite à mourir, je préfère être chez moi qu'à l'hôpital quoi !

- **Oui, non mais c'est clair... Pour toi, le fait d'hospitaliser un patient, c'est pour le soigner. Donc s'il meurt, c'est qu'il n'a pas été soigné, ou n'a pas pu être soigné...**
- Ben oui, pas systématiquement... Mais parfois oui quoi !
- 155 - **Donc ça pourrait s'apparenter à un échec ?**
- Pour certains cas, clairement. Enfin, moi, personnellement, je le vois comme ça. Et quand j'étais en chir ortho, les patients la grande majeure partie du temps, ils ne mourraient pas quoi. Quand il y avait une mort, j'avais toujours l'impression qu'il y avait eu un couac.... Après, voilà...le corps humain est tellement imprévisible !
- 160 - **Et donc du coup, penses-tu qu'il faut toujours sauver pour soigner ?**
- Euh... Ben non... En fait, ce qui est compliqué, c'est que c'est pour ainsi dire du cas par cas... C'est à dire que parfois, on a des patients qui arrivent... Tu vois leur dossier. Tu te dis « bon ben voilà... C'est très compliqué, on pourra pas faire des miracles ». Et même en chir ortho ! Y a des patients qui se sont fait opérer, mais ils sont très âgés, très fragiles... Tu sais qu'un rien peut tout faire basculer... Mais donc euh... Attends tu
- 165 - **Oui oui (Rires). Est-ce que tu penses qu'il faut toujours sauver pour soigner ?**
- Ah oui voilà... Je me suis perdue (Rires). Du coup ce que je voulais dire, c'est que ça dépend des services, de ton lieu d'exercice... Tu vas en ehpad, tu sais très bien que tu apportes un soin, mais que le but ultime de ton soin, ce n'est pas forcément de sauver le patient entre guillemets. Dans le sens où l'ehpad est un lieu de vie, le patient, le résident d'ailleurs, va mourir de toute façon comme tout être humain, un jour ou l'autre. Il est chez lui, et tu es là en tant qu'infirmière parce qu'il nécessite des soins au quotidien, il a perdu en autonomie etc... Mais ce n'est pas la même dynamique qu'une
- 175 - **hospitalisation où un patient se fait opérer parce qu'il a eu un AVP par exemple, et que là, ben oui... Ton soin c'est de sauver le patient !**
- **Oui... La question n'est pas si simple finalement, et elle est propre à chaque contexte, c'est ça que tu veux dire ?**
- Oui, clairement ! C'est situation dépendant !
- 180 - **D'accord très bien... Et sinon, je pose une autre question..**
- Oui oui, vas y !
- **Est-ce que tu penses que ton vécu personnel influence ta perception de la mort dans le soin ?**
- (Silence).... Hum.... Bonne question ! Hum.... Attends je réfléchis parce que je veux pas dire de bêtises (Rires.)
- 185 - **Non mais t'inquiète ! (Rires). Au contraire, n'hésite pas à répondre instinctivement !**
- Ben instinctivement, j'aurais tendance à dire que oui, bien sûr. Je pense qu'en fonction des expériences de la vie, face à la mort ici en l'occurrence, ça forge notre personnalité...
- 190 - **Oui....**
- Et du coup, ça a une influence sur notre façon de voir les choses après. Tu vois, des personnes qui ont vécu un grand malheur par exemple, après je pense qu'ils

relativisent énormément sur des petits détails du quotidien, où tout le monde va râler par exemple...

– **Et donc, dans le soin, pour toi ça a eu une influence ? Ou ça a une influence ?**

– Ben moi personnellement, j'ai de la chance, je n'ai jamais vraiment perdu d'être cher... En tout cas pour l'instant... Les seules confrontations à la mort que j'ai eu dans ma vie perso, c'est pour des personnes éloignées, tu vois.... Je ne connais pas encore ce traumatisme de la mort d'un proche, entre guillemets...

200

– **D'accord...**

– Après moi de mon côté, j'ai eu un oncle qui Dieu merci est toujours là, mais il est tombé gravement malade, et à cette époque là, j'avais parfois du mal quand j'étais en service... Je faisais un transfert tu vois, y avait des choses que je voyais qui me rappeler mon oncle et ça me dérangeait... Heureusement aujourd'hui c'est de l'histoire ancienne. Mais ce que je veux dire, c'est qu'une situation de ma vie perso a empiété sur ma vie professionnelle. Donc je suppose que dans le sujet de la mort, c'est exactement pareil. Certaines expériences que tu as eu ont un impact sur toi, que ce soit le « toi privé » ou le « toi professionnel »... Tu vois ce que je veux dire ? Je m'exprime mal mais voilà...

205

210

– **Non mais j'ai très bien compris, t'inquiète, au contraire. Même si tu n'as pas l'expérience de la mort à proprement parlé, tu me dis que notre vie privé et notre vie professionnelle sont malgré tout étroitement liées, et que l'une influence l'autre....**

215

– Oui, exactement ! Ma vie privée a influencé ma vie professionnelle. Mais l'inverse aussi, puisque par exemple, avant j'étais un peu craintive... Genre les trucs sales, qui puent ou quoi, j'ai toujours été craintive. Et maintenant grâce à mon métier, bien évidemment je ne le suis plus. Donc ça marche dans un sens comme dans l'autre.

220

– **Ok... Super.... Et pour finir, comment tu gères la confrontation à la mort dans ton métier ?**

– Oui ?

– **Euh, voilà. Comment tu gères, quand tu es confrontée à une situation de mort ?**

– D'accord... Ben écoute, une fois de plus c'est du cas par cas comme je te disais... C'est triste mais la réalité c'est qu'en fonction des patients, on est plus ou moins touchés... Moi ce que je fais de mon côté, c'est que j'essaie de pas trop ressasser la chose... Genre sur le coup, ça va me perturber par exemple... Je vais être pas trop bien et tout... Et puis j'essaie de détourner mes pensées, de relativiser, me dire que la vie est faite ainsi... Les gens naissent et les gens meurent... Ça me permet de dédramatiser une situation... Puis de prendre du recul comme ça, ça permet aussi de pouvoir retravailler

225

230

dans de bonnes conditions, et apporter un meilleur soin. Parce que si tu es perturbée, après tu as la tête dans tes pensées et c'est là que tu peux faire une connerie.... Et puis aussi, il y a la Émeraude, en blouse au travail. Et la Émeraude chez elle, dans sa vie privée. Y a deux secondes j'étais en train de te dire que la vie privée et professionnelles sont en corrélation l'une avec l'autre... Mais la réalité, c'est aussi que parfois, avec sa blouse blanche, lorsqu'on l'enfile, on porte une sorte de protection. Et les choses sont beaucoup plus faciles à encaisser comme ça. Et lorsqu'on retire sa blouse, on redevient monsieur madame tout le monde...

235

– **Oui, ça c'est vrai, je suis encore étudiante mais je vois tout à fait ce que tu dis. Cette blouse, c'est presque un rôle. On l'enfile et on devient un personnage, celui du soignant. Et on fait des choses avec cette blouse qu'on ne ferait pas sans.**

240

– Ah oui, c'est dingue, mais c'est trop ça... Après voilà... Franchement j'ai pas de techniques particulières pour gérer la confrontation à la mort... C'est un peu à l'instinct... Puis moi, en chir ortho, des morts y en avait pas tous les 4 matins non

plus... C'était assez exceptionnel, du coup ça allait... Il faudrait plutôt poser la question à des soignants qui sont dans le palliatif par exemple. Parce qu'être confronté à la mort tous les jours, ça doit pas être la même paire de manches !

- **Oui, justement mon deuxième entretien s'est déroulé avec une soignante en onco...**
- Voilà, tu as raison, je pense que c'est intéressant de voir de ce côté-là.
- 250 - **Voilà... Bon ben écoute... Est-ce que tu as des choses à rajouter ? Quelque chose que tu aimerais dire ?**
- Ben écoute, non pas particulièrement... Si tu as d'autres questions n'hésite pas !
- **De mon côté, c'est tout bon...**
- Et bien voilà, tant mieux si j'ai pu t'aider un peu...
- 255 - **Oui, c'est très bien, je te remercie beaucoup ! Je pense que je vais avoir des choses intéressantes à écrire pour mon analyse (Rires).**
- Et ben tant mieux (Rires) ! Une bonne continuation pour toi Olivia, et puis à bientôt en tant que collègues alors, puisque ton diplôme c'est pour juillet du coup ?
- **Oui, si tout se passe bien c'est pour Juillet...**
- 260 - Super....
- **Merci encore pour cet entretien, et bonne continuation à toi aussi !**
- A bientôt Olivia, Ciao.... !

ANNEXE IV : GRILLE D'ANALYSE

<u>Thème</u>	<u>Améthyste</u>	<u>Émeraude</u>	<u>Cadre théorique</u>
L'expérience de la mort	<ul style="list-style-type: none"> - J'ai fait pas mal de missions en onco. Du coup, j'ai évidemment déjà été confrontée à la mort des patients. Mais bon... comme toutes les infirmières je pense ! (Ligne 19-20) - J'ai pleuré, j'ai craqué (Ligne 100) - Je l'ai mal vécu (Ligne 102) - Je vois que ça t'a marquée (Ligne 107) - La mort de l'autre te touche (Ligne 112) 	<ul style="list-style-type: none"> - bien sûr, en tant qu'infirmière, j'ai à pleins de reprises été confrontée à la mort de patient (Ligne 41-42) - un choc (Ligne 85) - Il m'a fallu 1h pour m'en remettre, pour reprendre mes esprits (Ligne 88-89) - Je ne l'avais pas vu arriver. (Ligne 89) - Abasourdie (Ligne 98) -J'en aurai pleuré (Ligne 103) - Ça a été une mauvaise surprise (Ligne 111) 	<p>Expérience de la mort : les 5 stades de Kluber Ross</p> <p>La mort à la première, deuxième et troisième personne</p> <p>La mort qui représente toujours la notion de coupure</p>
La perception de la mort	<ul style="list-style-type: none"> - la mort, pour moi, elle fait partie de la prise en charge (ligne 136) - Quand une personne va mourir, je vais discuter avec elle. Je vais m'occuper des proches. Il faut nettoyer la chambre (ligne 139 à 141) - C'est quelque chose de logique (Ligne 142) - C'est la continuité de quelque chose (Ligne 144) 	<ul style="list-style-type: none"> - On fait ce métier pour soigner, mais on ne peut pas y échapper de toute façon (Ligne 42-43) - Si j'avais pris ses paramètres ? Peut-être que j'aurais vu que quelque chose n'allait pas ? (Lignes 119-120) - On est peut être passés à côté de quelque chose (Ligne 123) - Ça dépend du service où tu travailles (ligne 127) - Le cycle des choses (Ligne 131) - S'il y a un décès, y a quand même l'idée qu'on a pas pu faire ce qu'on aurait du faire 	<p>Dualité mort-vie. Il n'y a pas de mort sans vie, et de vie sans mort</p>

		(Ligne 133)	
Mort = échec ? Sauver pour soigner ?	- Soigner, ce n'est pas sauver (Ligne 160) - On va tous mourir hein ! (Ligne 162). - Tu ne peux pas soigner indéfiniment. Toute ta vie, tu ne pourras pas soigner quelqu'un. Elle va arriver à 150 ans, et tu vas te dire « Aller ! Je la sauve ! » (Ligne 162 à 165)	-On vient à l'hôpital pour être soigné normalement, pas pour mourir... Limite à mourir, je préfère mourir chez moi ! (Lignes 151) - Des fois, je vis des situations comme un échec, je me dis « pourquoi on a pas pu » (Ligne 147) - En chir ortho, quand il y avait un mort, j'avais toujours l'impression qu'il y avait eu un couac... (Ligne 159) - Du cas par cas... (Ligne 163) - On pourra pas faire des miracles (Ligne 164) - C'est situation dépendant (Ligne 179)	« sans la mort, l'homme ne serait pas un homme, c'est la présence latente de cette mort qui fait les grandes existences, qui leur donne leur ferveur, leur ardeur, leur tonus. On peut dire que ce qui ne meurt pas ne vit pas. Alors je préfère encore être ce que je suis, condamné à quelques décennies, mais enfin avoir vécu... » Jankélévitch
Influence du vécu personnel sur la perception de la mort	- J'ai perdu mon grand-père, je me suis beaucoup occupée de lui, plus que n'importe lequel de mes cousins, frères, sœurs, parce que je suis soignante (Ligne 203 à 204) - Depuis que je suis soignante, je connais la valeur de la vie avec mon travail. (Ligne 206)	- Je pense qu'en fonction des expériences de la vie, face à la mort ici en l'occurrence, on forge notre personnalité (Ligne 189-190) - Je ne connais pas encore ce traumatisme de la mort d'un proche (Ligne 200) - Je faisais un transfert (Ligne 205) - Une situation de ma vie perso a empiété sur ma vie professionnelle (Ligne 208)	Rupture des liens entre la mort qui est en train de se profiler, avec l'expérience passée d'une mort dans le domaine privé

		<p>Certaines expériences que tu as eu ont un impact sur toi, que ce soit le « toi privé » ou le « toi professionnel » (Ligne 209-210)</p> <p>Ma vie privée a influencé ma vie professionnelle, mais l'inverse aussi (Ligne 216)</p>	
<p>Comment gérer la confrontation à la mort ?</p>	<p>-Quand il y a un décès, on se pose et on en discute (Ligne 118)</p> <p>- L'infirmière s'est écartée de tout le monde, et avec ses mains, elle a fait une sorte de protection invisible (Ligne 128)</p> <p>- Chaque personne a sa manière de gérer la chose (Ligne 129)</p>	<p>-Du cas par cas (Ligne 224)</p> <p>-En fonction des patients, tu es plus ou moins touchés (ligne 225)</p> <p>-Relativiser, me dire que la vie est faite ainsi.. Les gens naissent et les gens meurent (Ligne 228)</p> <p>-Avec sa blouse blanche, lorsqu'on l'enfile, on porte une sorte de protection (Ligne 235)</p> <p>-il y a la Émeraude en blouse au travail, et il y a la Émeraude chez elle, dans sa vie privée. (Ligne 233)</p>	
<p>Relation soignant-soigné</p>	<p>- Ça me tenait à cœur de faire quelque chose de bien. Du coup moi personnellement, j'ai lié des liens avec elle (Ligne 50)</p> <p>- Pendant ses soins, je discutais énormément. Du coup, je me suis beaucoup liée à elle. (ligne 60)</p> <p>- Quand quelqu'un s'ouvre à toi (Ligne 62).</p>	<p>- Parce qu'il faut être réaliste, à l'hôpital, même avec les patients, c'est comme dans la vie de tous les jours. On a des affinités plus ou moins fortes en fonction des personnes. (Ligne 54 à 56)</p> <p>-il était content de m'avoir connu (Ligne 73)</p> <p>-C'était un petit papy</p>	<p>- Relation d'amitié ?</p>

	<p>- Elle avait réussi à me faire confiance. (Ligne 67)</p> <p>- « j'aimerais bien porter un bandeau comme vous ». Du coup je lui ai dit « la prochaine fois, je vous en ramènerai un ! » (Ligne 71 et 72)</p> <p>- je m'en suis voulue de ne pas lui avoir menée son bandeau (Ligne 90)</p>	<p>vraiment super choux, j'avais de l'affection un peu pour lui (Ligne 103)</p> <p>- je le voyais en bonne santé, rentrer chez lui, s'occuper de son jardin (Ligne 114)</p>	
Le cure et le care	<p>- Quand il y a la mort, je suis toujours dans le soin : toilettes mortuaire, prise en charge de la famille, etc...</p>		<p>Care : prise en charge globale, considération du patient dans son ensemble, son environnement etc...</p>

ANNEXE V : AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ETUDES



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) : *Olivia, DOLO*

Promotion : *2017 - 2020*

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)

L'IMPACT DE LA MORT SUR LA RELATION DE SOIN

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 *24.05.2020* Signature :

RÉSUMÉ

La mort, bien que présente dans notre quotidien depuis toujours, reste encore aujourd'hui un sujet tabou. En tant qu'infirmier, nous sommes amenés à délivrer des soins à nos patients, ceux-ci pouvant aller d'un simple pansement, jusqu'à l'accompagnement en fin de vie.

Ce travail de recherche a pour but de réfléchir au concept de la mort dans le cadre de la relation soignant-soigné, et notamment : comment la vision qu'à le soignant de la mort impacte t-elle la relation de soin ?

Une exploration du cadre conceptuel et théorique, associée à une enquête exploratoire auprès des professionnels sur le terrain, m'ont permis d'approfondir la réflexion et de dégager une hypothèse de recherche.

Si la mort n'est rien d'autre qu'un processus naturel et objectif, la façon dont nous l'appréhendons, quant à elle, dépendrait peut-être d'une quantité d'éléments, aussi personnels et variés soient-ils. Notre expérience personnelle, notre lieu d'exercice de la profession, la nature de notre relation aux patients... sont tant d'éléments qui pourraient influencer notre façon de percevoir la mort dans le soin.

MOTS CLÉS :

Mort – Expérience – Perception – Relation – Influence

ABSTRACT

Despite its everlasting presence in our daily lives, death remains to this day a controversial topic. As nurses, we are supposed to provide for our patients by performing a variety of medical acts ranging from a simple bandage to end of life care.

This piece of research aims at reflecting on the concept of death within the caregiver to patient relationship, and most notably on how the caregiver's perspective on death influences the healthcare relationship.

An exploration of the conceptual and theoretical landscape, along with an exploratory investigation with professionals on the field, provided plenty of insight and allowed me to isolate a research hypothesis.

If death is nothing but a natural and objective process, the way we perceive it might depend on a variety of subjective and personal elements. Our own experience, the place we work in, the nature of our relationship to the patients... are among the elements that might influence the way we perceive death in the medical landscape.

KEY WORDS:

Death – Experience – Perception – Relation – Influence