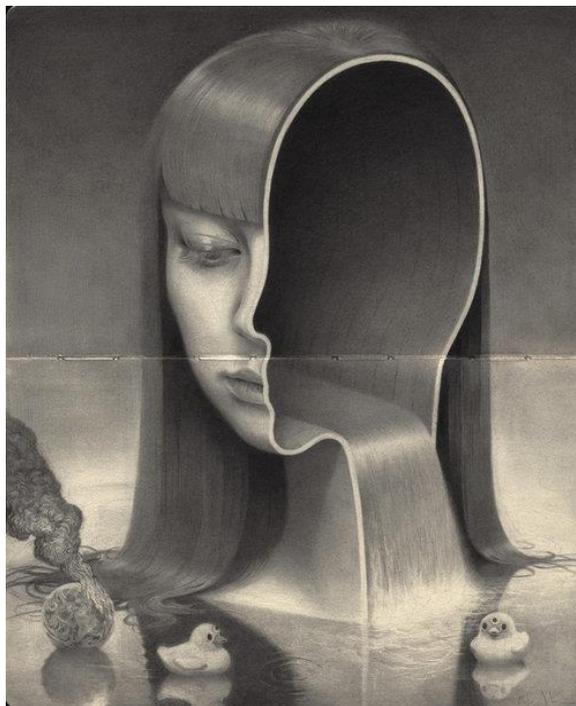


	<p>ÉTABLISSEMENT RÉGIONAL DE FORMATION DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES</p> <p>GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ D'AVIGNON ET DU PAYS DE VAUCLUSE</p>	
---	--	---

UE 5.6 S6 – Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDE**



*Que se cache-t-il derrière le masque de nos émotions ?*

LEGER Estelle

Sous la direction de DELAHAIE Marie

Promotion 2017-2020

Avignon, session du 25 mai 2020

**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 ses auteurs ».*

*« Les sentiments et les émotions sont le langage universel, et  
il faut les respecter. Ils sont l'expression de qui l'on est au  
plus profond de soi. »*

*-Judith Wright-*

## Remerciements

*Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Marie Delahaie, qui m'a accompagné tout au long de l'élaboration de ce travail. Me guidant, m'orientant et m'accompagnant sans relâche.*

*Une pensée à Blandine Tuffet, cadre formatrice de suivi pédagogique, m'ayant conseillé et suivi du début à la fin de ma formation.*

*Pour leur soutien sans failles, Camille, Louise et Emma, sans qui rien n'aurait pu être pareil.*

*A ma famille et plus particulièrement à mes grands-parents qui m'ont toujours encouragée.*

*Enfin, à toi qui m'encourage à donner le meilleur de moi-même, chaque jour.*

## SOMMAIRE

1	Introduction.....	1
2	Situation d'appel.....	3
3	Question de départ.....	6
4	Cadre de références.....	6
4.1	Émotions.....	6
4.1.1	Le sens des mots.....	7
4.1.2	L'intelligence émotionnelle.....	8
4.1.3	La place des émotions dans le soin.....	9
4.2	Fin de vie.....	11
4.2.1	L'annonce, un travail de sculpture ?.....	11
4.2.2	L'accompagnement du patient en fin de vie.....	12
4.3	Mécanismes de défenses.....	14
4.3.1	Qu'est ce que ça signifie ?.....	14
4.3.2	Mécanismes de défenses des soignants.....	14
4.3.3	Vers une vérité pas à pas.....	16
5	Enquête exploratoire.....	17
5.1	Outil utilisé.....	17
5.2	Population et lieu d'investigation choisie.....	17
5.3	Guide de l'outil.....	18
5.4	Grille d'analyse.....	18

5.5	Limites des entretiens.....	18
5.6	Analyse.....	19
5.6.1	Analyse par entretien .....	19
5.6.2	Analyse par question.....	23
5.6.2.1	La place des émotions dans un quotidien de soignant .....	23
5.6.2.2	Nos émotions, comment se nomment-elles ?.....	24
5.6.2.3	Dire, ne pas dire ? .....	25
5.6.2.4	Prise en charge d'un patient en fin de vie .....	26
5.6.2.5	Débordement émotionnel ou quête de blindage, comment trouver le juste milieu ?.	28
6	Vers la question de recherche .....	29
7	Question de recherche.....	30
8	Conclusion .....	31
9	Bibliographie.....	32
10	Sommaire des annexes.....	34

## **1 Introduction**

Dans son quotidien, le soignant, est confronté chaque jour à la détresse de la vie. Qu'importe le lieu où celui-ci exerce. La maladie, la tristesse, la colère, le dégoût, la peur sont des éléments qui occupent la sphère professionnelle quotidienne du soignant. Mais bien souvent également, la fin de vie.

Totalement étrangère au milieu de la santé, je n'avais pas la moindre idée de ce qui pouvait m'attendre réellement au sein d'un hôpital. À l'entrée en formation d'infirmière, nous arrivons chacun avec un but précis. C'est d'ailleurs bien souvent la même idée qui prime lors des entretiens oraux, venir en aide au patient, le soigner, l'accompagner...nous nous questionnons finalement peu sur la fin de la vie et sur ce que ceci pourra susciter chez chacun d'entre nous. N'avons-nous pas tous une vision idyllique de ce métier ? Ce soignant en blouse blanche, courageux, qui possède une maîtrise technique et relationnelle. Cependant, dès nos blouses enfilées et nos premiers pas dans le milieu en tant que stagiaire, nous sommes rapidement confrontés à la dure réalité. Et c'est là que nous nous apercevons, que le soignant est un être humain comme un autre ; être d'émotions, qui se remet en question continuellement sur sa pratique ou qui parfois doute...

Mes expériences vécues lors de mes stages m'ont permis de constater que la mort de l'autre nous renvoie à notre propre mort, nos propres peurs. J'ai par ailleurs appris et exercé de nombreux soins techniques. Cependant, lorsque nous nous retrouvons face à des situations complexes, où la seule chose qui prime est la relation entre le soignant et le soigné, c'est là que se révèle toute la difficulté du métier. En effet, prendre en charge un patient en fin de vie n'est pas chose facile. Que ce soit pour trouver les bons mots, avoir les bons gestes, les bons comportements. Nous pouvons penser et attendre de l'IFSI cet enseignement. Mais, il n'y a aucun fascicule dictant sur une manière « type » de prendre en charge un patient en fin de vie.

Ce qui représente pour moi le cœur de notre métier, c'est cette relation entre le soignant et le soigné. C'est pourquoi je voudrais approfondir mes connaissances sur l'accompagnement d'un patient en fin de vie.

En premier lieu, je révélerai ce qui à permis de faire naître ma question de recherche en développant une situation vécue au cours de ma formation. D'une part, c'est part de multiples interrogations, qu'une question de départ apparaîtra. D'autre part, c'est à travers de nombreux ouvrages que j'ai tenté de répondre à cette question. Ainsi j'ai pu cibler mes recherches et débiter la phase théorique.

La dernière partie de mon travail consiste à confronter ma phase théorique avec la réalité du terrain par le biais d'entretien que j'ai pu effectuer avec des infirmières. C'est par cette confrontation que de nouvelles interrogations apparaîtront et pourront faire perpétuer ce travail vers de nouveaux horizons.

## 2 Situation d'appel

Lors de ma seconde année d'études j'ai pu effectuer un stage de cinq semaines dans un service de médecine interne. La médecine interne est une spécialité médicale qui s'intéresse aux maladies qui affectent plusieurs organes. Mais il est aussi possible d'y retrouver des maladies auto-immunes et de l'infectiologie. Il s'agit souvent du dernier recours, le médecin que l'on vient voir quand ses confrères n'ont pas réussi à établir le diagnostic d'une maladie. C'est donc un service où la recherche est prédominante. Une infirmière y travaille seule, 12h par jour pour une dizaine de patients. Un jour, une situation m'a particulièrement interpellée et a provoqué de nombreuses questions.

Mr A est un patient âgé d'une soixantaine d'années. Il est marié et a une fille qui vient lui rendre visite avec sa femme tous les jours, c'est une famille très unie. Il a exercé toute sa vie dans les métiers de l'agriculture, une réelle passion pour lui. D'autre part, il ne fume pas, pourtant ses poumons sont gravement atteints par la maladie et pour cause, sa profession sans doute. Il a un cancer broncho-pulmonaire à un stade avancé et il est hospitalisé dans le service de médecine interne suite à une embolie pulmonaire. Mr A était déjà présent dans l'unité avant mon arrivée. C'est un patient qui parle peu du fait de sa difficulté à respirer. Il est dyspnéique, à la peau froide et le visage soucieux lors de nos passages. Il présente une toux chronique, des douleurs basithoraciques très intenses et une détresse respiratoire aiguë. Lors de ma première semaine de stage, l'infirmière me confia être soucieuse de son évolution. Elle lui accordait de nombreuses surveillances (prise de tension, saturation, oxygène, état d'anxiété et veillait à bien lui fournir ses traitements). J'avais la sensation, que tout le monde attendait l'inéluctable sans vraiment se l'avouer.

À la suite de plusieurs passages dans sa chambre, un lien avec Mr A commençait à se créer. Il me confia avoir été agriculteur toute sa vie et retraité depuis peu. Il avait envie de pouvoir enfin profiter de sa vie, de sa famille, de prendre du repos et de faire des voyages. Mon cœur se noua, j'avais en tête ce sentiment de fatalité qui pouvait se lire sur le visage de l'ensemble des professionnels de santé. Après mes 2 jours de congé, l'équipe médicale et paramédicale m'annonça avoir pris la décision de changer Mr A de chambre. En effet, son état se dégrade, il s'est alors avéré souhaitable de le mettre en chambre seule. On me confie que pour des patients victimes d'embolie pulmonaire et qui plus est atteints d'un cancer broncho-pulmonaire, le

pronostic est souvent « mauvais et fulminant ». Ils ont alors préféré prendre leurs précautions. Puis, quelques jours plus tard, à notre prise de poste, l'équipe de nuit nous confie que le patient passe des nuits de plus en plus difficiles. En effet, il a de plus en plus de difficultés à respirer et ses nuits sont majoritairement constituées de stress et d'anxiété ce qui accentue son état. La journée passe, nous surveillons son évolution. Jusqu'à ce que la sonnette de sa chambre se mette à sonner. Les membres de l'équipe étant en soins, je décide d'y aller. Mr A me confie avoir de plus en plus de mal à respirer, il se sent mal, je lis à travers son visage son inquiétude. Il est déjà sous 6 litres d'oxygène et sa saturation affiche un taux relativement bas (80%). Le médecin prévenu, prend la décision d'augmenter l'oxygène jusqu'à 9L et de voir l'évolution. Plusieurs fois dans la journée, Mr A sonnait, à chaque retentissement nous nous regardions avec l'ensemble de l'équipe, d'un air préoccupé. Lors de mon dernier passage, il me confia avoir la sensation « *d'une mort imminente* », « *d'une fin proche* ». Je ressentis alors un sentiment d'impuissance face à l'intensité de sa douleur et l'angoisse qu'il tentait de dissimuler. Mr A est un patient qui essaie toujours de faire bonne figure malgré l'intensité de sa souffrance, souvent ce que les soignants surnomment le « bon patient ». Au cours des transmissions avec l'ensemble de l'équipe, les membres commencent à employer des mots comme : « *fin de vie* », « *inquiétude* », « *mauvais pronostic* », « *fulminant* », « *douleurs* ». Le médecin prit la décision de le placer sous oxygène à haute concentration (12L), de lui injecter un antalgique de pallier trois (morphine) et un sédatif (hypnovel). Mr A étant en détresse respiratoire aiguë, tout a dû se faire très vite afin de le soulager. Nous savions que le pronostic vital était engagé. L'infirmière et moi-même préparions les différentes seringues. Je ressentis alors dans la salle de soins une ambiance glaciale. De surcroît, elle venait de perdre récemment un membre de sa famille. Étant la seule infirmière dans le service pour la journée, la délégation n'était pas possible. Elle entra dans la chambre le visage soucieux, pour essayer de lui expliquer que le traitement qu'elle s'apprêtait à lui administrer « *soulagera ses douleurs et l'aidera à dormir, à s'apaiser...* ». Je pouvais lire à travers le regard du patient deux sentiments ambivalents : un sentiment de soulagement à l'idée de ne plus souffrir et une terrible angoisse, sûrement cette sensation indescriptible que l'on ressent lorsque la fin est de plus en plus proche. Son consentement fut demandé et il accepta de recevoir le traitement. La femme de Mr A et sa fille attendaient dans la salle d'attente, inquiète. L'infirmière me confia être mal à l'aise devant cette situation, le médecin n'étant pas encore intervenu auprès de la famille avant la mise en place du traitement. Nous ne savions combien de temps Mr A était en capacité de se battre encore. Nous nous

retrouvions alors dans un dilemme éthique entre dire et ne pas dire. Ne le voyant pas intervenir elle prit alors la décision d'informer la famille sur l'état du mari, du père. Nous étions en décembre, proche de Noël. À notre sortie de la chambre, la mère ainsi que la fille se dirigèrent vers nous. L'infirmière leur expliqua que « *l'état de Mr A s'aggravait fortement, que nous venions de lui donner de quoi le soulager et qu'elles devaient contacter les membres de la famille afin qu'ils puissent venir, car Mr A ne pourraient peut-être pas passer Noël à leurs côtés* ». Cette annonce fut effectuée devant la chambre de Mr A, au milieu du couloir. Je fus à la fois surprise et mal à l'aise par cette situation. Les cris de la fille de Mr A se sont mis à jaillir dans le couloir. Je suis alors restée muette, sans réaction puis l'infirmière et moi-même sommes retournés dans la salle de soin, après avoir invité la femme et la fille de Mr à lui rendre visite dans sa chambre. C'était un vendredi, mon dernier jour de la semaine et ce serait mentir de dire que je n'ai pas pensé à la vie de mon patient au cours de mon week-end. À mon retour dans le service, deux jours plus tard, je fus informée lors des transmissions que Mr A était décédé dans la nuit.

Face à cette situation, plusieurs points ont fait naître des questionnements. Est-ce que l'image du patient en fin de vie a pu renvoyer à l'infirmière certaines émotions et provoquer un effet miroir sur elle-même par apport à son propre vécu ? De plus, est-ce à l'infirmière d'annoncer une fin de vie ? Dans l'affirmative et dans l'intérêt de la famille ne pourrait-on prévoir de le faire dans un lieu plus intime ? En ce qui me concerne, le fait de rester muette face à cette situation était-ce un mécanisme de défense que j'ai pu mettre en place afin de me protéger ? Ou un manque d'expérience ? Par ailleurs, j'ai pu constater que l'infirmière qui venait elle-même d'être personnellement éprouvée, essayait malgré tout de maîtriser ses émotions. Dans un premier temps, qu'est-ce réellement qu'une émotion ? Et, dans le milieu du soin, notamment dans le monde hospitalier, devons-nous à tout prix la cacher ? La non connaissance ou reconnaissance de nos émotions a-t-elle un impact sur la prise en charge d'un patient ? Nous avons tous un vécu, plus ou moins douloureux et la mort, la tristesse ou la maladie, nous renvoient chacun à des ressentis ou des peurs que nous essayons souvent de cacher. Pourtant, les soignants, vivent et surmontent ces situations dans leur quotidien. Finalement, Sommes-nous réellement en accord avec nos ressentis ? Mais si nous laissions parler réellement nos émotions serions-nous dans une posture de soignant ?

### 3 Question de départ

À l'issue de ce questionnement, ma question de départ est la suivante : « *Les émotions ressenties par les soignants peuvent-elles influencer la prise en charge d'un patient en fin de vie et adoptent-ils des mécanismes de défense pour ne pas se laisser submerger par celles-ci ?* ».

### 4 Cadre de références

#### 4.1 Émotions

« *Tout le monde sait ce qu'est une émotion, jusqu'à ce que vous lui demandiez de la définir* »  
(Fehr et Russel, 1984, p. 11)

Nous sommes tous et toutes en constante interaction avec nos émotions, nous les acceptons différemment et nous réagissons tous différemment devant chacune de celles-ci. C'est ce qui fait ainsi la singularité de l'être humain et donc la singularité dans le soin. La théorie du soin sera toujours la même, cependant, la pratique de celui-ci sera toujours différente. Nous exprimons nos émotions de différentes façons, à la fois par la parole mais également par une expression non verbale. Nous entrons dans une société ou nous tentons de plus en plus à comprendre nos maux internes, se dirigeant vers une quête de développement personnel. Tantôt nous recherchons finalement cette compréhension, tantôt nous cherchons à la fuir. Se libérer de ses émotions s'inscrit aujourd'hui dans la langue courante, mais qu'en est-il de la place des émotions dans les soins ? Faut-il se libérer finalement de celles-ci ?

Avant d'aborder la place des émotions dans la prise en charge d'un patient en fin de vie, il est essentiel pour moi de comprendre le sens du terme, ce qui permettra peut-être de comprendre le lien entre l'émotion vécue sur le moment et le comportement qui en découle.

### 4.1.1 Le sens des mots

Le terme émotion vient de la racine latine *e-movere* signifiant ébranler, mettre en mouvement, remuer, déplacer... Il était utilisé au courant du XV siècle pour désigner des émeutes, révoltes et soulèvement populaire. L'*e-movere* sera longtemps perçu comme dangereuse et séditeuse, mais se retirera au courant du XVI et XVII siècle de la sphère politique pour s'installer dans celle de l'intériorité du moi. De surcroît, pendant des siècles, ce terme fut difficilement définissable, beaucoup de questions face à un mot qui nous traverse finalement quotidiennement. Par ailleurs, il faut remarquer que l'idée de flux, de mouvement demeure une idée ambiguë quand nous savons ce que le terme émotion signifie aujourd'hui. La notion de mouvement nous porte alors à penser que c'est par nos émotions que nous réagissons.

Depuis des années, de nombreux chercheurs et aujourd'hui pionniers dans la théorie des émotions ont mis en avant différents travaux. Dans un premier temps, Charles Darwin, naturaliste et paléontologue anglais. Il fut le premier à s'intéresser aux phénomènes émotionnels en 1872 en développant l'ouvrage « *L'expression des émotions chez l'homme et les animaux* ». Paul Ekman, professeur de psychologie au Département de psychiatrie de l'université de Californie s'inspirera de ses travaux. Il en ressortira alors, la notion de six émotions primaires dites universelles ou de bases : la colère, tristesse, joie, peur, surprise et dégoût. Elles seront définies par Jérôme Ravat, professeur en philosophie comme un « *déclenchement rapide, une durée limitée, et un surgissement involontaire. En ce sens les émotions se distinguent des sentiments, tels que l'amour ou la jalousie (le sentiment, en effet, peut s'établir progressivement, durer plus longtemps que l'émotion, et renvoie également à une perception consciente, ce qui n'est pas toujours le cas de l'émotion)* » (Ravat, 2007, p. 83). Les émotions de bases, selon Ekman, seraient innées, c'est à dire pré programmé dès la naissance. Ainsi, ses théories expliquent que devant certains stimuli extérieurs, nous aurons une réponse émotionnelle adaptée involontaire. Elles permettraient d'envoyer un message à notre organisme afin de réagir d'une façon semblable les uns des autres, qu'importe notre culture. Par exemple, devant l'émergence d'un danger provoquant de la peur. C'est là que se nomme l'instinct de survie, identique à chaque être humain. C'est par la distinction de deux catégories d'émotions (primaires puis secondaires), que l'homme se distingue alors de ses semblables. En effet, contrairement aux émotions universelles, les émotions secondaires se développeraient au cours de notre croissance, de l'interaction avec les autres et de la combinaison avec plusieurs

émotions primaires. De ce fait, elles seraient plus difficilement identifiables. Ekman les a recensés au nombre de neuf, on y trouve : la culpabilité, l'embarras, le mépris, la complaisance, l'enthousiasme, la fierté, le plaisir, la satisfaction et la honte.

Par ailleurs, dans son ouvrage Darwin évoque que l'expression de ses émotions est un don permettant d'avancer en tant qu'espèce et de collaborer entre nous pour atteindre ce but. Outre l'expression de nos émotions, aujourd'hui il est de plus en plus question d'apprendre à les reconnaître et de les accepter. Le moyen d'atteindre cet apprentissage s'intitulera aujourd'hui l'intelligence émotionnelle. Concept développé notamment par Daniel Goleman, psychologue américain. Il définit l'intelligence émotionnelle comme « *la capacité d'identifier, d'interpréter et de gérer ses propres émotions et celles des autres* » (Goleman, 2006, p. 3, cité par Jérôme Therer)

#### **4.1.2 L'intelligence émotionnelle**

A partir des différents travaux développés sur ce concept, Margot Phaneuf, professeure des sciences infirmières et consultante internationale a travaillé cette notion dans la relation de soin. Selon elle, « *Un contexte de soins est un lieu où les émotions fleurissent. Lorsque nous sommes en contact avec des malades, nous réagissons à ce que nous voyons de leur état, à leurs paroles, mais aussi à leur douleur, à leurs plaintes, à leur tristesse, à leurs demandes, à leurs revendications et parfois même à leur agressivité* » (Phaneuf, 2013, p. 33). Ainsi, l'infirmière s'expose à toutes sortes d'émotions au cours de sa journée. Dès lors qu'elle entre dans la chambre d'un de ses patients, beaucoup d'échanges se font. Des échanges parfois aussi visibles qu'invisibles, pouvant provoquer des vibrations intérieures. Dans ce cas, nous pouvons nous demander si c'est à ce moment que l'intelligence émotionnelle devrait prendre place ? Elle dit notamment que « *Dans sa relation avec le patient, il est capital que l'infirmière perçoive ce qu'il vit, qu'elle le comprenne et reconnaisse la résonance qui se fait en elle et se répercute sur son action, que ce soit dans un sens positif ou négatif* » (Phaneuf, 2013, p. 32). Elle évoque alors l'importance dans cette relation de soin, entre l'infirmière et le patient, la nécessité d'une compréhension de soi et de ce qui en découle. Néanmoins, le comprendre pourrait signifier s'exposer à des émotions bien trop complexes et néfastes. Puisqu'il s'agit de s'imposer d'y réfléchir, de les re-ressentir et ainsi accepter que celles-ci nous traversent. Georgette Hendrijckx, infirmière et membre du comité d'éthique, rejoint ce questionnement en disant

« Est-ce parce que réfléchir, penser, se questionner fait courir le risque de voir surgir des craintes jusqu'alors bien contenues ? Certes, s'interroger c'est s'exposer à des remises en question, mais c'est aussi se responsabiliser » (Hendrijckx, 2009, p. 4). En effet, l'infirmière voit et vit au quotidien des situations de souffrance. Notamment, comme on a pu le voir, lors de l'accompagnement d'un patient en fin de vie. Margot Phaneuf dit que « *Le fait de porter attention à nos propres émotions nous prédispose à saisir et à comprendre celles des autres. De plus, notre cerveau est doté de neurones-miroirs, ces cellules cérébrales spécialisées qui nous font percevoir ce que vivent les autres et réagir à ce qu'ils font et à ce qu'ils souffrent comme s'il s'agissait de nous. C'est l'empathie, cette émotion qui nous porte à nous décentrer de nous-mêmes pour nous inciter à une compréhension profonde de ce que vivent les autres. Elle se distingue de la sympathie, terme qui signifie « souffrir avec » et qui nous renvoie plutôt à nos propres émotions. Alors que l'empathie (« porter vers ») nous accorde une plus grande liberté affective pour agir parce qu'elle nous pousse à réaliser les émotions des autres, mais sans les vivre vraiment, tout en préservant nos frontières personnelles* ». (Phaneuf, 2013, p. 34). L'empathie et l'intelligence émotionnelle seraient donc dans un sens intimement liées.

#### **4.1.3 La place des émotions dans le soin**

L'empathie « *porter vers* », implique alors une compréhension profonde de ce que vivent les autres. Mais qu'en est-il lorsque le soignant accompagne une personne mourante ? Personne n'a cette capacité de pouvoir comprendre ce que vit ou ressent un être humain à l'approche du monde inconnu auquel il ne s'attend pas. Évidemment, le soignant ne pourra qu'imaginer, cette souffrance interne qui surgit en lui. Il pourra comme Margot Phaneuf nous l'a décrit, user d'une intelligence émotionnelle pour identifier les émotions de son patient comme ses propres émotions. Mais face à un tel passage, celles-ci sont d'une haute intensité. Elles peuvent nous renvoyer à la question même de notre propre existence et de nos propres peurs face à la mort. Par ailleurs, « *Dans le milieu hospitalier, exprimer sa sensibilité est une attitude socialement mal acceptée, souvent jugée comme un comportement 'pas très professionnel'. Dans un tel contexte, comment assumer sa part de sensibilité, comment la percevoir autrement que comme une faiblesse ou une fragilité dont il faudrait à tout prix se déprendre ?* » (Hendrijckx, 2009, p. 2). L'infirmière est alors souvent perçue comme un soldat, capable de tout endosser, c'est pourquoi à l'usure, elle va mettre en place de nombreux mécanismes de défense, opter pour la répression ou dans le pire des cas, subir un burn out. Car finalement, ce qui est refoulé refait

toujours surface. Mais aussi comment travailler humainement en se déshumanisant ? « *Faire le deuil d'un certain savoir et d'un idéal de performance laisse la place au désir de s'interroger, de penser, de réfléchir* » (Hendrijckx, 2009, p. 5). Georgette Hendrijckx, tient également à distinguer deux notions bien distinctes, la sensibilité et l'émotivité. Elle indique alors que la sensibilité est « *une faculté qui permet de percevoir avec acuité les sentiments éprouvés par les autres et par soi-même. Pour le dire autrement, préserver sa sensibilité peut aider le soignant à recevoir la souffrance, le mal-être, l'angoisse ou la colère de l'autre tout en restant proche de son propre ressenti* » alors qu'une trop grande émotivité « *peut rendre impossible l'exercice d'une activité de soignant en milieu hospitalier. La réalité nous confronte à des situations tragiques, violentes, à des visions insoutenables. On ne peut courir le risque de se trouver dans l'incapacité de réagir face à une hémorragie massive parce qu'on est impressionné par la vue du sang, d'être sidéré par la peur dans un contexte d'urgence vitale, de détourner le regard devant une plaie béante ou une mutilation* » (Hendrijckx, 2009, p. 4). Les soignants peuvent ainsi rencontrer des difficultés entre ses deux distinctions et se tourner alors vers une quête de « *blindage* ».

Selon elle, afin de préserver au mieux les soignants, il y a la la nécessité d'un lieu et de temps pour penser. Un lieu, permettant finalement la mise en avant de son intelligence émotionnelle. « *Accorder toute son importance au poids des mots, à la valeur de la parole, celle qu'on dit et celle qu'on entend, tenter de mettre en mots ce qu'on éprouve, est un chemin qui permet, à celui qui décide de s'y engager, de trouver en lui-même de nouvelles ressources* ». (Hendrijckx, 2009, p. 5). Par ailleurs, elle précise qu'il ne s'agit pas d'un lieu d'où émanent plaidoiries et jugements « *comme le craignent parfois les responsables, d'un lieu où déverser sa plainte, ou d'un exutoire où s'expriment les reproches adressés à l'institution. Il ne s'agit pas, comme l'espèrent parfois les soignants, d'un lieu où leur serait transmis un savoir sous la forme d'une « procédure standard » énonçant les consignes à suivre pour améliorer ses « compétences relationnelles » : comment bien dire, bien écouter, comment rendre le patient compliant, comment bien accompagner la fin de vie, comment bien mourir ...* » (Hendrijckx, 2009, p. 4-5). Confronté à la mort qu'importe le lieu ou le soignant exerce, il peut lui arriver de se retrouver en difficulté, dépassé par ses émotions, ne sachant ni quoi dire, ni comment agir.

## 4.2 Fin de vie

Tout au long de mes études, je me suis rendu compte qu'à de nombreuses reprises des questions réapparaissent devant chaque prise en charge de patient en fin de vie, débordant de souffrance. « *Mme, vais-je mourir ? J'ai peur* », Que répondre ? Que dire face à un patient terrorisé du néant, de la fin, du vide, quand ceci fait écho à nos propres peurs ? Quand nous sommes tout jeune soignant, dans un monde assez peu commun, comment trouver les bons mots ? Apparaissent-ils plus facilement avec l'expérience ? Comment bien accompagner ? Car au fond qu'on soit professionnel de santé ou malade nous sommes avant tout des êtres humains. C'est pourquoi il m'a paru pertinent d'aborder la fin de vie, de l'annonce jusqu'à l'accompagnement. Vladimir Jankélévitch, philosophe et musicologue français, dans son ouvrage penser la mort indique : « *La mort, non seulement nous empêche de vivre, limite la vie, et puis un beau jour l'écourte, mais en même temps nous comprenons bien que sans la mort l'homme ne serait même pas un homme, que c'est la présence latente de cette mort qui fait les grandes existences, qui leur donne leur ferveur, leur ardeur, leur tonus. On peut donc dire que ce qui ne meurt pas ne vit pas* » (Jankélévitch, 1994).

### 4.2.1 L'annonce, un travail de sculpture ?

Que pouvons-nous ressentir face à un médecin, une infirmière, nous annonçant la fin de ce qui nous est le plus cher : notre vie ? J'ai pu m'apercevoir à de nombreuses reprises, que l'équipe médicale détient parfois bien plus d'informations que nous-mêmes sur notre propre corps, notre avenir. D'après Florent Schepens, professeur en sociologie, dans son ouvrage les soignants et la mort : « *Lorsque le mourant est conscient, l'exercice peut devenir plus complexe pour les soignants : la communication ouverte avec le patient au sujet de la mort est le plus souvent taboue* » (Schepens, 2013). De plus, il indique que « *Parler de la mort avec le patient sujet, oui, mais avec le patient-sujet, non : la réciprocité engendre chez les soignants un sentiment de culpabilité. Ainsi la singularité du patient mourant est plus facile à mettre en avant lorsque le patient est absent en tant qu'acteur de la situation* » (Schepens, 2013). Pouvons-nous interpréter l'existence de certains non-dits ? D'une part, dans un but de protection du patient afin de ne pas déclencher une réaction incontrôlable. D'autre part une crainte d'être défini comme « mauvais objet ». Nous ignorons ce qu'une annonce peut provoquer, nous l'imaginons et nous soupçonnons alors le pire. Par ailleurs, nous pouvons nous demander, si l'annonce d'un

pronostic grave n'entraînera pas plus rapidement le patient dans l'obscurité que sa maladie. Toutefois, agir par un trop grand nombre de non dits, perçu par le soigné, se rendant bien compte de son état, ne peut-il pas être plus dévastateur pour celui-ci ? Hélène Brocq souligne, dans son article « *éthique et annonce de diagnostic* » : « *Bien souvent, le patient oscille entre un désir de savoir, de connaître la vérité sur son état, et un refus de savoir qui lui permet de se ressourcer pour mieux faire face à ce qui l'attend* » (Brocq, 2008, p. 69). Imposant alors un travail entre ses deux mondes avec pour but, trouver le chemin le moins tortueux.

La loi du 04 Mars 2002, dite loi Kouchner, indique que selon l'article L. 1111-. « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé...* » Inversant ainsi petit à petit la dimension médecin/malade en l'instaurant dans une relation plus symétrique. De surcroît, J.M Berchot, médecin de profession, dans son article « *quelle vérité au patient et à sa famille* » précise : « *Le « droit de la vérité » n'a de sens que s'il inclut « le droit de ne pas savoir »* » (Berchot, 2007, p. 134). Dire, ne veut ainsi dire tout dévoiler, mais s'adapter dans un travail singulier. Et parfois, l'heure du malade à entendre l'inéluctable n'est pas la même que celle du médecin. Nous devons ainsi savoir l'entrevoir et le respecter. Comme le souligne Hélène Brocq : « *En matière d'information médicale, nous pouvons dire qu'il s'agit donc de « tailler », de « sculpter », d'analyser la personnalité du malade et, du point de vue psychologique en tout cas, l'information au malade peut donc être comprise comme un authentique travail de sculpture dont la matière est d'ordre affectif* » (Brocq, 2008, p. 66). Au fond, l'authentifier à un travail de sculpture, équivaut à dire, que l'annonce doit se faire minutieusement, pierre par pierre et point par point, avec l'existence toujours présente d'un risque : briser.

#### **4.2.2 L'accompagnement du patient en fin de vie**

Accompagnant au quotidien des patients en fin de vie, l'apparition des services de soins palliatifs ont permis une remise en question dans la pratique des soins face à la mort. D'après la définition de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) de 1992 : « *les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et d'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en*

*institution* » Nous pouvons donc entrevoir plusieurs notions importantes. Dans un premier temps, l'implication de la famille, des proches dans l'accompagnement de la personne souffrante. Mais aussi, une approche globale, comprenant toutes les composantes pouvant atteindre l'être dans toute son humanité, jugée non négligeables.

D'après Florent Schepens, outre l'accompagnement de la douleur, des symptômes d'inconforts... le soignant va devoir entrer dans un questionnement psychique bien plus complexe « *il va se demander ce que soigner veut dire lorsque guérir est impossible* » (Schepens, 2013, p. 242). Mais aussi « *il va devoir entendre l'indicible et voir ce que l'homme vulnérabilisé essaie de cacher : la souffrance existentielle et spirituelle* » (Schepens, 2013, p. 242). C'est ainsi à mon sens que les proches occupent une place importante dans cet accompagnement, car qui de mieux qu'eux pour apercevoir l'innommable ? Par ailleurs, Tanguy Châtel, membre du comité national d'éthique du funéraire, dans son article jusqu'à la mort accompagner la vie, indique que dans le fond « *l'accompagnement n'est pas un savoir-faire mais un état d'esprit* » (Châtel, 2012, p. 15).

La mort en elle-même est le reflet d'angoisse, de peur, difficilement définissable. Jankélévitch, nomme nos peurs, anxiétés, angoisses liées au « *mouvement du rien vers le nulle-part* » (Jankélévitch, 1994). Indiquant qu'il faut respecter la volonté de ne pas soustraire la mort au néant mais laisser la porte sur le mystère de l'avoir été, d'avoir vécu. Par ailleurs il intègre la notion d'angoisse de mort et l'identifie comme tel : « *L'homme n'est pas seulement un être qui est, mais qui prend conscience qu'il est. Il survole son devenir et il ne peut pas faire autrement parce qu'il a une conscience pour prendre conscience. Lorsqu'on survole son devenir en même temps qu'on est dedans, alors la collision engendre l'angoisse de la mort. Cette angoisse naît de la collision entre un devenir qui pourrait être éternel pour celui qui le vit, mais qui cesse de l'être quand il le regarde du dehors* » (Jankélévitch, 1994). Ainsi, il l'a défini comme l'angoisse d'une chose irréprésentable, une expérience qui n'a jamais été faite, que l'on fait pour la première et dernière fois. Finalement n'est ce pas l'intensité de cette angoisse, ressentie par le mourant que le soignant va percevoir ?

### **4.3 Mécanismes de défense**

#### **4.3.1 Qu'est ce que ça signifie ?**

Dans la prise en charge de la fin de vie et face aux émotions ressenties par le soignant, des mécanismes de défense peuvent ainsi se mettre en place afin d'émettre une réponse adaptative qui permettra de protéger celui-ci d'une réalité trop douloureuse. Je voulais enrichir mes connaissances sur ce processus qui nous est finalement obscure. Que Martine Ruszniewski, psychologue et psychanalyste française, identifie comme « *ce qui est dit peut provenir de ce qui est enfoui dans les replis de la conscience, et que l'inconscient à son propre langage* » (Ruszniewski, 1995, p. 1). Ce langage qui cherche à se révéler quotidiennement par d'autres moyens, de façon totalement inconsciente. Ils offrent ainsi aux soignants une possibilité de temps d'adaptation afin de pouvoir faire face à des situations complexes. Par ailleurs, elle indique que le soignant doit savoir apprécier sa propre subjectivité, ses projections, ses désirs et ses limites, en repérant chacun de ses mécanismes « *parviendrons nous à mieux comprendre l'extrême complexité de la relation soignant-soigné-famille, système interne dans lequel chacun, étant donné sa personnalité, son contexte social et culturel, son histoire personnelle, va établir une communication dans le registre du dit, du non dit ou de l'incertitude* » (Ruszniewski, 1995, p. 16).

#### **4.3.2 Mécanismes de défense des soignants**

Dans le registre du soignant, elle identifie le mensonge, comme le plus dommageable pour le patient. Permettant de repousser le temps d'une vérité encombrante, en donnant de fausses informations sur la gravité de sa maladie. Repoussant alors un travail nécessaire pour celui-ci, une préparation psychologique face à l'évolution de sa pathologie. Pouvant ainsi provoquer, un phénomène de sidération induit par l'effet de surprise. Elle identifie également la banalisation, phénomène tout aussi néfaste pour le soigné. Un fonctionnement sur un mode dichotomique « *traiter une maladie avant de traiter le malade* » (Ruszniewski, 1995, p. 18). S'orientant alors vers un soin physique jusqu'à oublier le psychique, la singularité de la personne soignée. Certains questionnements se posent alors, sur la nature de demande incessante de patients, ne cessant d'appuyer sur la sonnette, mais déclinant tout soin physique et aucun soignant n'en comprenant le besoin réel « *ce besoin non physiologiquement, qui ne semble trouver*

*d'apaisement dans aucune des réponses, se situe au-delà de la plainte : il est en fait dans la plainte, celle de la souffrance non palpable » (Ruszniewski, 1995, p. 19).*

Mais encore, l'esquive, mécanisme baignant hors d'une réalité environnante, permettant protection des soignants ou « *ce mur de surdité contre lequel certains soignants font rebondir leur angoisse va les protéger dû face à face, qu'ils savent, confusément, ne pas être en mesure de maîtriser* » (Ruszniewski, 1995, p. 20). Martine Ruszniewski, identifie aussi, le phénomène de fausse réassurance. Processus, permettant d'entretenir un faux espoir que le patient soupçonne mais rassurant pour le professionnel de santé. Par ailleurs, elle parle de la rationalisation, ce discours si hermétique et incompréhensible, constitué de mots très scientifiques, occultant toute possibilité de compréhension pour le malade « *en s'immergeant dans la rationalisation et en se retranchant derrière leur savoir médical, peuvent ainsi faire face au malade, établir un dialogue sans dialogue, apporter aux questions trop embarrassantes du patients des réponses toujours plus obscures, en s'engouffrant dans cet imparable domaine de la connaissance non partagée* ». (Ruszniewski, 1995, p. 23). Puis, l'évitement, phénomène de distanciation extrême du soigné, le soignant adopte un comportement de fuite pour ne pas être face à une situation difficile « *le considérant comme un objet de soins et uniquement comme tel. Là encore, bien que le corps soit pris en charge, le sujet disparaît* » (Ruszniewski, 1995, p. 25). Le risque pour le patient sera d'éprouver un sentiment de solitude. De surcroît, elle met en avant, une autre notion, celle de la dérision, dans ce cas, le soignant communique peu et utilise l'ironie pour se préserver, réduisant le soigné au silence d'une réelle relation. Pour finir, elle dévoile l'existence de deux derniers mécanismes, celui de la fuite en avant et de l'identification projective. La fuite en avant s'initie lorsque le soignant ne trouve plus aucun mécanisme permettant de soulager son angoisse « *Lorsque l'angoisse est trop lourde à porter, au moment de l'annonce du diagnostic, en particulier* » (Ruszniewski, 1995, p. 26). Il va ainsi se décharger en révélant toute la vérité au patient sur son état de santé pensant que le « *patient devra, le jour venu, d'assumer seul le poids de sa souffrance* » (Ruszniewski, 1995, p. 28). L'identification projective quant à elle consiste à « *attribuer à l'autre certains traits de soi-même ou d'une ressemblance globale avec soi-même* » (Ruszniewski, 1995, p. 30), car « *incapable de faire front, il fait « corps » avec son propre malade* » (Ruszniewski, 1995, p. 30), engendrant chez le soigné une multitude de non-dits, d'une illusion d'une souffrance partagée pouvant ainsi majorer sa véritable angoisse.

### 4.3.3 Vers une vérité pas à pas

Ce que peut renvoyer le soigné au soignant impose la mise en place de ses mécanismes à visée protectrice, notamment du à l'angoisse de mort. Néanmoins, Martine Ruzniewski identifie un autre fondement « *Il redoute de ne jamais pouvoir apporter de réponse. C'est précisément la perception plus ou moins aiguë de cette possible faillibilité qui va générer des défenses* » (Ruzniewski, 1995, p. 32). L'analyse de nos propres protections inconscientes demande de l'énergie en tentant de comprendre ce qui est caché au plus profond de nous, cette inconscience non percevable. De ce fait, le soignant peut s'engager dans une remise en question de ses actes et de sa posture « *Prendre conscience de ses défenses induit parfois le soignant à vivre cette situation comme une menace susceptible de l'affaiblir, de le déstabiliser et de le mettre nu face à son patient* » (Ruzniewski, 1995, p. 33). Néanmoins, la connaissance de soi permettra au soignant de connaître les situations qui lui sont difficiles et de savoir en quoi elles le sont « *C'est aussi admettre de cheminer avec ses forces et ses failles* » (Ruzniewski, 1995, p. 33). L'expérience, autant professionnelle que personnelle, favorise ce travail d'introspection car c'est souvent en étant confronté aux situations que l'on en apprend sur nous-même « *Seule une vérité pas à pas, tenant compte des mécanismes de défense du soignant et du soigné, est susceptible d'engendrer, comme nous le verrons, un échange authentique et équitable, au plus proche de cette réalité psychique vécue dans l'indissociable et douloureux contexte de mort* » (Ruzniewski, 1995, p. 33).

## **5 Enquête exploratoire**

Dans l'intention de mettre en confrontation mon cadre théorique à la réalité du terrain, j'ai réalisé une enquête exploratoire auprès de professionnels de santé. Ainsi, j'ai pu obtenir différents courants de pensées face à mon questionnement. Mais encore, ceci m'a permis une richesse de mots et d'histoires pour mon travail de fin d'étude.

### **5.1 Outil utilisé**

Afin d'élaborer ce travail de recherche, je me suis orienté sur des entretiens semi directifs. Il s'agit d'une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement. Contrairement à l'entretien directif, celui-ci laisse place au discours de l'interviewé. Par conséquent, les professionnels de santé interrogés ont pu développer leurs propos en s'exprimant librement. L'enquête exploratoire a été réalisée dans la même directive que mon cadre théorique. J'ai ainsi utilisé les mêmes thématiques recherchées auparavant : les émotions, les mécanismes de défense, la prise en charge et l'annonce d'un patient en fin de vie. Pour chacune des thématiques, plusieurs questions ont été élaborées auparavant afin de permettre à l'interlocuteur de toujours rester dans l'axe recherché. Par ailleurs, afin de permettre une enquête plus vivante et interactive j'ai enregistré l'entretien avec l'accord des différents professionnels de santé.

### **5.2 Population et lieu d'investigation choisie**

Dans le cadre de cette enquête, j'ai souhaité interroger cinq infirmiers exerçant dans un domaine différent et étant régulièrement confrontée à des patients en fin de vie. Les services recherchés ont été : la réanimation, les soins palliatifs, l'oncologie, un service de médecine et un cabinet libéral. C'est par la diversité des lieux d'exercice que j'envisageais de recueillir différentes expériences. Notamment entre l'aspect plus institutionnel du milieu hospitalier et le caractère plus personnel de l'exercice libéral. Trois des infirmiers interrogés devaient avoir une expérience d'au moins 3 ans dans leur service. Deux infirmiers devaient être jeunes diplômés. J'ai fait le choix d'interviewer des professionnels avec une expérience distincte afin d'évaluer la différente prise de distance ou non vis-à-vis de leurs émotions face à la fin de vie selon l'expérience de chacun.

### **5.3 Guide de l'outil**

Par ailleurs, dans le but de mener à bien les différents échanges, j'ai réalisé un guide d'outil. Il a eu pour rôle de m'accompagner et de m'orienter, telle une boussole. Il a permis de préserver un sens dans cette interactivité, sans trop s'éloigner de l'idée recherchée. Le guide se compose des différentes thématiques accompagnées de sous questions orientant ce travail dans un axe recherché (*Voir Annexe I, page I*).

### **5.4 Grille d'analyse**

En dernier lieu, après avoir mené les différentes enquêtes auprès des professionnels de santé, j'ai réalisé une grille d'analyse. Le but de celle-ci est de regrouper les propos les plus représentatifs introduisant la confrontation entre le cadre théorique récolté par les différents auteurs et la réalité du terrain (*Voir Grille d'analyse, Annexe 2, page V à XII*).

### **5.5 Limites des entretiens**

A l'approche de la réalisation de l'enquête, un événement inattendu est apparu, mettant en suspens la réalisation de ce travail mais interrompant également la vie de chacun d'entre nous. Un virus en étant la cause, les services de santé ont malheureusement subi une période sombre à laquelle nous n'étions pas préparés. Débordés, en colère, fatigués et psychologiquement impacté par cet événement, l'enquête a dû être revue au fur et à mesure du temps afin de préserver au mieux le personnel soignant. Je n'ai donc pas pu réaliser les entretiens dans les services préalablement recherchés. Par ailleurs, je n'ai pas pu obtenir le nombre de soignants attendus. Cependant, j'ai eu la chance de rencontrer quatre infirmières acceptant de participer à mon enquête. Je les remercie grandement car sans elles, je n'aurais pu mener à bien mon travail de fin d'étude. J'ai alors pu m'engager dans deux interviews dans un service de médecine interne ainsi que deux interviews supplémentaires dans un cabinet libéral. En somme, j'ai pu bénéficier d'une analyse entre deux milieux d'exercices distincts et rencontrer des professionnels de santé aux parcours aussi différents les uns des autres contribuant à une certaine richesse pour ce travail.

## 5.6 Analyse

Afin d'effectuer cette enquête j'ai donc pu interroger 4 infirmières exerçant dans deux domaines distinctifs. Le prénom des différents professionnels de santé a été changé, afin de préserver leur anonymat.

### 5.6.1 Analyse par entretien

#### ○ Entretien n°1 - Fleur

Fleur est une infirmière jeune diplômée exerçant dans un service de médecine interne et gériatrique depuis l'obtention de son diplôme, soit un an et demi. Pour elle, la place des émotions dans son quotidien de soignante est omniprésente « *Tu ne peux pas travailler sans avoir d'émotions* » (E1, L21) mais a contrario elle indique qu'« *Il faut réussir à les mettre de côtés* » (E1, L22), afin de s'en protéger. On peut percevoir ainsi une vérité connue de tous. Travailler avec des êtres humains revient à travailler avec des émotions. Cependant, nous pouvons constater la quête d'un contrôle et d'un refoulement de celles-ci. Nous pouvons alors nous demander si ce mécanisme lui permet d'affronter un quotidien, pouvant être difficile. En effet, dans son service la mort est régulièrement présente. Au cours de l'entretien, je lui demande de me raconter un accompagnement de fin de vie ou elle a pu se retrouver en difficulté « *C'était ma première nuit toute seule, l'équipe m'avait dit que ça irait mais au final...c'est celle qui m'a le plus marqué car c'était la première fois que je voyais une personne décéder, à l'école je n'ai jamais eu le cas et me retrouver seule...* » (E1, L142-144). Elle me fait part d'être là seule infirmière de nuit et ne pas avoir su gérer. La notion d'équipe prend ainsi toute son importance « *J'ai eu la chance d'être avec une aide soignante qui était là depuis longtemps et qui savait parfaitement comment ça allait se dérouler* » (E1, L166-167). Dans la qualification des émotions qu'elle ressent le plus souvent, elle mentionne l'empathie et la tristesse. Ici la tristesse est ressentie pour ceux qui restent, la famille, elle ne parle pas de la tristesse pour le patient. Elle précise qu'elle se retrouve souvent, dépourvue de mots, ne sachant trop quoi dire. En revanche elle indique que « *Tu sais très bien que peu importe ce que tu vas dire...d'un côté elles n'étendent pas et ça ne sert à rien. Il faut juste être présent* » (E1, L44-45). Lorsque j'aborde au cours de l'entretien l'influence des émotions dans la prise en charge d'un patient en fin de vie, elle s'est retrouvée en difficulté pour y répondre. Finissant par dire qu'elle ne pense

pas. Pour Fleur « *Le but, euh...sur une personne en fin de vie, c'est qu'elle soit le plus confortable et le plus apaisée possible, qu'elle ne parte pas dans la souffrance, donc non, tes émotions là dessus elles ne rentrent pas en compte* » (E1, L53-55) argumentant ensuite quelques mots plus tard « *On prend peut être plus de temps, parce que les émotions rentrent en compte mais c'est plutôt après je pense qu'elles ressortent* » (E1, L75-76). Nous pouvons remarquer un phénomène ambivalent dans la reconnaissance de la place de ses émotions. Pour finir, au sujet de l'annonce d'une fin de vie, elle dit « *Nous on leur annonce pas ça. Non ça c'est le médecin* » (E1, L103-104) et évoque surtout les difficultés dans l'accompagnement de la famille suite à l'annonce « *Je ne sais jamais quoi dire* » (E1, L119) nous pouvons ainsi nous questionner sur l'existence de formation à ce sujet.

#### ○ **Entretien n°2 - Rose**

Rose est une infirmière diplômée depuis quinze ans, elle a pu toucher à différents domaines (orthopédie, petite chirurgie, médecine...). Aujourd'hui, elle exerce dans le même service de médecine interne et gériatrique que Fleur. Toutes deux font quotidiennement face à des prises en charge de fin de vie et des annonces de diagnostic incurable... Dans un premier temps, pour Rose, les émotions sont présentes tout au long de ses journées et peuvent avoir une influence dans sa prise en charge « *Il suffit que tu te prennes la tête avec un patient dans une chambre, tu vas alors être un peu tendue quand tu rentreras dans l'autre* » (E2, L17-18). Les émotions qu'elle ressent le plus sont la joie, la tendresse, la tristesse et la colère. Lorsque j'aborde l'influence des émotions dans la prise en charge d'un patient en fin de vie, elle répond positivement, en précisant qu'« *il y a fatalement un moment où tu vas faire une projection, alors on te dit, ne le fait pas, mais c'est pas...c'est pas possible* » (E2, L31-32). Au cours de l'entretien elle affirme que « *Tu es obligée de te protéger* » (E1, L107), que « *Tu te crées une sorte de blindage que tu ne montres pas aux familles* » (E2, L118-120) Devant eux « *Tu es le pilier fort, c'est à toi qu'il se raccroche, si tu t'effondres avec eux ils n'ont plus de repères* » (E2, L126-127). On retrouve ainsi des notions d'idéologie qui se véhiculent chez les soignants, comment une infirmière doit être ou ne pas être ? Nous pouvons nous demander si ses phénomènes sociétaux peuvent avoir une influence sur cette quête de blindage ? Par la suite, Rose indique que dans l'accompagnement d'une fin de vie, la famille lui renvoie plus d'émotions que le patient. Elle développe en expliquant que les soignés sont essentiellement des personnes très âgées, voire, parfois, souvent inconscientes « *Un patient en fin de vie,*

*vraiment sur la fin, il ne te renvoie rien, tu n'arrives plus à avoir d'interaction réelle* » (E2, L43-44), serait-ce une question d'âge ou d'interaction ? Lorsque j'aborde le sujet de l'annonce, elle indique que le rôle du médecin est de l'annoncer mais que celui de l'infirmière est de reformuler. Elle évoque par ailleurs, l'importance d'une temporalité, en laissant place à la famille de venir vers les soignants « *Car si ils le disent c'est que c'est réel pour eux, s'ils ne le disent pas ils peuvent alors être dans le déni* » et rajoute que « *On nous en parle peu à l'école et tu t'en rends compte que lorsque tu es sur le terrain* » (E2, L86-87). On retrouve une nouvelle fois, l'idée d'un manque de formation au sujet de l'annonce pouvant conduire à des mises en difficultés.

### ○ **Entretien n°3- Lila**

Lila a débuté sa carrière dans un service de cancérologie en tant qu'aide soignante pendant 7 ans. Aujourd'hui, infirmière diplômée depuis de nombreuses années, elle a exercé dans différents services (chirurgie, médecine, urgences, SSIAD...) avant de s'installer en libéral. Pour elle, la place des émotions se différencie selon son lieu d'exercice « *Aux urgences, tu n'as pas le temps d'avoir des émotions, ou alors ce sont des flashes* » (E3, L15-16) et en libéral « *On est loin de vivre des émotions quotidiennes comme en cancérologie* » (E3, L26-27) elle évoque la notion de robotisation lorsqu'il ne se passe rien. Le soignant cherche régulièrement à se cacher de ses émotions (Entretien Fleur et Rose), mais lorsque les émotions semblent absentes, le soignant se sent alors lui-même égaré. A domicile, lors de prise en charge de patient en fin de vie, le soutien d'une équipe est souvent synonyme d'absence, « *Tu es seule au monde dans ta prise en charge* » (E3, L37), Lila explique que c'est pour cette raison, que l'accompagnement à domicile lui est difficile, d'autant plus accentué par l'existence d'une dimension différente « *Tu fais partie des meubles, tu as les clés, tu sais où sont rangées toutes leurs affaires, alors qu'à l'hôpital c'est impersonnel* » (E3, L 42-44). Elle rajoute que « *Ça te perturbe car tu connais les personnes, plus que lorsque tu les as 15 jours à l'hôpital* » (E3, L67-68). Nous pouvons constater que contrairement à Fleur et Rose, Lila semble toucher aussi bien par le patient que par la famille, l'impersonnalité hospitalière peut-elle être protectrice d'émotions pour les soignants ? Par ailleurs, lorsque j'en viens à la notion d'influence dans la prise en charge de patients en fin de vie, elle répond qu' « *Évidemment* » (E3, L74) et que celle-ci est décuplée lorsqu'elle connaît le patient depuis longtemps. Au sujet de l'annonce, à la différence de l'hôpital, en libéral, il arrive que l'infirmière sous entend une fin de vie « *Je n'hésite pas à*

*le dire quand je le pense, après je ne pose pas des diagnostics* » (E3, L90-92). La différence peut-elle se jouer sur la création de liens plus personnels ? Pour finir, lorsque Lila raconte une situation de fin de vie difficile, elle évoque la notion de transfert et de contre transfert dans une de ses prises en charge. Cette notion peut-elle impacter d'autant plus le soignant dans l'accompagnement d'une fin de vie ? A la fin de l'entretien, Lila confie « *Qu'en vieillissant tu as une carapace qui se forme, l'âge fait que tu encaisses des choses* » (E3, L142-143). Ainsi, le blindage dans son cas, se fait non pas par une quête de refoulement mais par l'expérience ?  
Pouvons-nous lier l'intelligence émotionnelle à l'expérience ?

○ **Entretien n°4- Lou**

Lou, infirmière depuis des années, a débuté sa carrière aux urgences pendant 6 mois. Elle a travaillé en cancérologie pendant 3 ans avant de s'installer en libéral. Elle exerce aujourd'hui à domicile depuis 9 ans. Pour Lou, la place qu'occupent ses émotions est infiniment présente dans son quotidien de soignante, confiant alors que ça l'a « *Beaucoup pénalisé* » (E4, L9). Elle exprime aller au-delà de sa profession, mais par quel moyen pouvons-nous certifier que nous sommes dans le bon positionnement ? Elle évoque avoir « *Toujours eu du mal à mettre des barrières* » (E4, L21), n'est-ce pas le fruit de l'image du soignant qui laisse penser aux plus sensibles, de ne pas se trouver dans le bon cadre ? Lorsqu'elle évoque son passé en cancérologie, nous pouvons encore apercevoir la présence de vives émotions « *J'ai des visages de souffrances physiques et psychologiques et j'en fais encore des cauchemars presque 20 ans après* » (E4, L33-34). Au cours de l'entretien, au moment où je lui demande de les qualifier, elle n'y répond pas explicitement « *Très forte, dans les deux versants* » (E4, L37), était-ce un échappatoire volontaire ? Un manque de formation sur la connaissance de celles-ci ? Par la suite, lorsque je la questionne sur leurs influences dans la prise en charge d'un patient en fin de vie elle acquiesce et dit « *J'ai fais des choses qui étaient au-delà de ce que j'avais le droit de faire* » (E4, L43-44). Sortons-nous alors du cadre si nous succombons à nos émotions ? Elle parle notamment de non-dits, de fausse réassurance « *Les patients savent qu'ils vont mourir, la famille aussi, nous aussi mais tout le monde se dit « ne vous inquiétez pas ça va aller »* » (E4, L59-61). Serait-ce un mécanisme de défense permettant la protection d'une réalité trop dur à accepter ? Au sujet de l'annonce, Lou rejoint les propos de Rose « *Lorsque le patient sort de la consultation et qu'on leur annonce qu'ils ont un cancer, ça prend 30 minutes. Ils sortent de là avec un bagage de 15 kilos en plus et tu dois les récupérer* » (E4, L66-68). Par ailleurs, on

retrouve la notion d'équipe, à l'hôpital « *Tu as tes collègues et heureusement...* » (E4, L88), phénomène finalement protecteur pour le soignant et vécu comme une des difficultés dans l'exercice en libéral. Pour finir, lorsque Lou témoigne de situation de fin de vie qui ont pu la mettre en difficulté, il y a de nouveau la notion de transfert, d'identification. Notion visiblement perceptible des soignants, occupe-t-il alors une place pouvant être dangereuse pour eux ?

Lila et Lou ont toutes deux exercées dans un service où la fin de vie fait partie des murs. La cancérologie est un passage aussi difficile pour les malades que pour les soignants, ayant un regard accentué sur une souffrance extrême. Leur expérience dans un cabinet libéral m'a permis d'avoir un nouvel aperçu, sur l'accompagnement de patient en fin de vie à domicile et la particularité des liens soignants/soignés.

## **5.6.2 Analyse par question**

### **5.6.2.1 La place des émotions dans un quotidien de soignant**

Les émotions fruit de l'âme de l'être humain, occupent une place indissociable dans notre quotidien. Ce mouvement interne nous traversant, cette vague de ressentis est souvent difficilement comprise. Dans un contexte de soins où nous rencontrons tous les maux les plus intenses de la société, j'ai alors interrogé les professionnels de santé par une première question : Quelle place prennent vos émotions dans votre quotidien de soignant ?

Comme nous avons pu le constater, les soignants ont tous répondu que leurs émotions occupent une place considérable dans leur milieu. Une instance ancrée chez chacun, ne pouvant cesser d'exister. Rose a dit « *Tu es toi avec tes émotions et avec ce que tu ressens* » (E2, L33-34). Comme évoqué dans le cadre théorique par Margot Phaneuf, un milieu de soins est un lieu où les émotions fleurissent et nous réagissons devant ce que nous voyons et devant l'état émotionnel du malade. Cependant, Lila nous a fait part, de son expérience passée en disant « *Aux urgences, tu n'as pas le temps d'avoir des émotions, ou alors ce sont des flashes* » (E3, L15-16), ce qui incite à se questionner. Par ailleurs, dans son quotidien d'infirmière libéral, elle exprime vivre des journées où de temps en temps il ne se passe rien, procurant un sentiment de robotisation. À contrario de son passé dans un service de cancérologie, où ses émotions étaient constamment sollicitées. Alors si nous ne ressentons plus d'émotions, serions-nous plus « *être d'émotions* » mais « *être de vide* », telle une machine? Qu'elles en seraient alors les

conséquences ? Et d'autre part, nous pouvons nous questionner sur l'emprise qu'elles peuvent avoir sur nos prises en charge ?

### 5.6.2.2 Nos émotions, comment se nomment-elles ?

Dans un second temps, j'ai poursuivi le discours par une seconde question : Pouvez-vous me qualifier vos émotions ? Comme vue précédemment, Paul Ekman a étudié les différentes émotions. La colère, la tristesse, la joie, la surprise, la peur et le dégoût seraient donc nos six émotions universelles. Les émotions dites secondaires, quant à elles, se compteraient sur un large champ mais seraient plus difficilement identifiables. En effet, c'est ce qui a pu être constaté lors des entretiens. Fleur a dans un premier temps qualifié ses émotions en évoquant « *De l'empathie...principalement* » (E1, L41) et a rebondi par « *Tu as la tristesse, parce qu'on est souvent confronté à la mort* » (E1, L41). Le terme d'empathie est apparu une seconde fois par Lila « *Tu es dans l'empathie avec les patients, tu vas être présente, tu vas partager des choses...* » (E3, L26-28) puis Rose a dit « *Je ne sais pas si c'est de la joie mais il y a un truc de positif* » (E2, L22), « *Tu peux avoir de la tendresse* » (E2, L25-26) et « *Quand tu te prends la tête avec les patients c'est un mélange de fatigue, tristesse et colère* » (E2, L26-27). Quant à Lou, qui avait pu montrer un versant très démonstratif de ses émotions, n'a pas pu qualifier explicitement celles-ci et a répondu en évoquant « *Des émotions très très fortes, à la fois belles et difficiles* » (E4, L39).

Nous pouvons alors constater une qualification universelle par la tristesse, la colère et la joie. L'empathie qualifiée par les soignants d'émotion n'y figure cependant pas. Il s'agit d'une reconnaissance de celle-ci vécue par l'autre comme exprimée par Margot Phaneuf. Quant à la tendresse, elle se retrouve dans un versant plus sentimental. Ainsi, les émotions dites primaires ont pu facilement être évoquées mais les émotions dites secondaires n'ont pas pu être reconnues, ce qui nous pousse à rejoindre les propos d'Ekman. Par ailleurs, nous pouvons tout de même entrevoir une difficulté de la part des soignants à qualifier leurs émotions, nous pouvons alors nous demander si un manque de formation en est la cause ? Ou si l'instance d'une culture cherchant à tout prix à cacher ses émotions est fatalement ancrée dans nos mœurs ? Ne faut-il pas une réelle connaissance de nous-même pour comprendre nos émotions, alors, nous connaissons nous vraiment ?

### 5.6.2.3 Dire, ne pas dire ?

L'annonce d'un caractère inéluctable sera vécue par le malade comme l'élément tranchant de ce qui pourra s'ensuivre, perçu comme un trou noir. Ainsi peut apparaître cette angoisse de mort, défini par Jankélévitch du « *mouvement du rien vers le nulle part* ». Il m'a semblé alors intéressant de connaître le vécu des soignants en leur demandant dans un premier temps : Avez-vous déjà dû effectuer l'annonce d'une fin de vie ? Étiez-vous seule ? L'intégralité des réponses recensées sont que le médecin a un rôle d'annonciateur, l'infirmière quant à elle reformule « *Dans la majorité des cas c'est le médecin* » (E2, L65), « *Les familles, même si elles s'y attendent sont sous le choc et toi en tant qu'infirmière tu repasse derrière le médecin pour reformuler* » (E2, L67-68) et Lou, évoque son ressenti sur son passé en cancérologie « *On leur annonce qu'ils ont un cancer, ça prend 30 minutes. Ils sortent de là avec un bagage de 15kilos en plus et tu dois les récupérer* » (E4, L66-68). Toutefois, lorsque j'ai pu interroger les infirmières exerçant en libéral, j'ai pu m'apercevoir que dans certains cas, les rôles peuvent s'inverser « *Dire à la famille : vous savez là je pense qu'il n'en a pas pour très longtemps donc si vous avez des choses à dire c'est maintenant qu'il faut le faire. Ça je le fais sans problème. Je ne me cache pas à dire qu'on ne sait pas* » (E3, L83-85) car « *Certains médecins te laissent te démerder et n'expriment pas clairement que c'est la fin* » (E3, L86-87) en mettant tout de même en avant l'application de l'annonce selon l'âge « *Des personnes âgées qui arrivent au bout, alors oui on le dit à la famille* » (E3, L90-91). Florent Schepens l'a déclaré, parler de la mort avec le patient sujet, oui, mais le patient-sujet non. L'éloignement de celui-ci du milieu médical le dirige-t-il alors vers une distance de mots ? Ce phénomène s'accroît-il à domicile ?

Un second élément a été mis en avant par les soignants, celui de se retrouver dépourvu de mots. Lila raconte « *Lorsqu'elle te dit : je serais peut-être morte la semaine prochaine. Qu'est ce que tu veux répondre ? Car tu es persuadée que oui elle sera morte* » (E3, L134-135). Déclare que la suite de l'annonce est bien plus complexe à vivre pour les infirmières « *C'est le plus dure la suite je trouve* » (E1, L116). Est-ce cet écho que le patient provoque sur les propres peurs du soignant qui conduit à une réelle distance de langage ? Fleur a dit « *Je ne sais jamais quoi dire* » (E1, L118), « *Il y a pleins de questions auxquelles tu ne peux pas répondre* » (E1, L104). La parole des soignants se rejoint dans ce qui a été mis en avant par Florent Schepens, « *Lorsque le mourant est conscient, l'exercice peut devenir plus complexe pour les soignants : la*

*communication ouverte avec le patient au sujet de la mort est le plus souvent taboue* » (Shepens, 2013). À vrai dire, le patient réalise que son état se dégrade, mais dissimule souvent la vérité pour se protéger aussi bien de ses propres peurs que celle de sa famille « *Les patients savent qu'ils vont mourir, la famille aussi mais tout le monde se dit : ne vous inquiétez pas ça va aller mais une fois que la famille part, le patient te regarde et te dit : je sais que c'est terminé* » (E4, L59-61). Selon l'expression d'Hélène Brocq, dans le but de se préserver le patient oscille souvent entre le désir de savoir et le refus. Comment le soignant peut-il percevoir l'entre-deux ? La notion d'apprentissage au sujet de l'annonce est-elle alors suffisante ? Puisque Rose manifeste qu' « *On nous en parle peu à l'école* » (E2, L86-87).

#### **5.6.2.4 Prise en charge d'un patient en fin de vie**

La question des émotions dans la prise en charge d'un patient en fin de vie était à mon sens nécessaire d'être abordée : Pensez-vous que vos émotions peuvent influencer la prise en charge d'un patient en fin de vie ? Fleur a commencé par y répondre d'une manière partiellement ambivalente. Lila, dans son quotidien de libéral, différencie son influence dans la singularité de ses prises en charge. Rose et Lou quant à elles, sont convaincues que leurs émotions peuvent influencer la prise en charge d'un patient en fin de vie. Étroitement liées, la prise en charge d'un patient en fin de vie et les émotions font alors fusion dans l'analyse des entretiens. Dans la dernière partie des interviews, j'ai souhaité demander aux professionnels de santé de me raconter une situation de fin de vie où ils avaient pu se trouver en difficulté. En effet, c'est après avoir analysé les réponses récoltées que j'ai compris un lien flagrant entre leur témoignage et les émotions. J'ai pu écouter des histoires tout aussi bouleversantes les unes que les autres. Des mots lourds comme enfer, traumatisme, choc ont pu être employés. En libéral, il est possible de rentrer au domicile du patient sans trop savoir ce qui pourra être découvert. Une sonnette sans réponse peut pouvoir en dire long. L'infirmière, seule, s'introduit alors intimement dans le lieu, le plus personnel du soigné, à petit pas.

Lila lorsqu'elle raconte son histoire dit « *Ça ma traumatisée. Ça n'est même pas une fin de vie car tu n'y es pas préparée* » (E3, L65-66). Il s'agissait d'un jeune patient mort subitement chez lui, sans prodrome, qu'elle prenait en charge depuis des années avec qui elle avait pu tisser des liens, notamment avec la famille...Puis, poursuit par une seconde histoire, d'une patiente atteinte d'un cancer, suivi à son domicile « *Ça a été très court mais très intense. 3 mois d'enfer.*

*Mais je m'étais beaucoup attachée* » (E3, L110-111). Elle avait fait un contretransfert intense, quels sont les risques de ses instances inconscientes sur l'intériorité du soignant ? La notion de transfert apparaît une seconde fois avec Lou « *Il y avait un patient avec qui j'ai fais un gros transfert. Je le prenais vraiment pour mon grand père* » (E4, L89-90) puis vient celle de l'identification. À contrario, lorsque l'infirmière libérale s'occupe pendant plusieurs années d'un patient envahi par la souffrance, la mort peut être vécue comme un soulagement. « *J'ai eu d'autres patients à domicile ou tu le vis comme un soulagement* » (E3, L71-72).

Quant à Rose, c'est lorsque tu te retrouves face à une famille n'ayant pas la force d'accompagner, qu'elle dit « *C'était une situation compliquée pour moi, car si je perds un de mes proches, je veux être là. Lorsque tu te retrouve face à une famille qui ne veut pas, tu dois faire abstraction et ne pas juger* » (E2, L143-144). Le soignant peut ainsi se retrouver face à des situations allant à l'encontre de ses valeurs. En conséquence, il doit apprendre à trouver le juste milieu sans porter de jugement tout en acceptant la singularité de chacun. Pour Fleur, jeune diplômée, c'est surtout le premier décès qui fut un réel choc pour elle. « *En plus du fait de trouver quelqu'un de mort, tu as tout le reste à gérer* » (E1, L147-148). Sous la blouse blanche, l'étiquette de l'infirmier, super héros est constamment présente et tu « *te dois* » de gérer la situation. Néanmoins, ceci demande préparation et entre aide car « *Il faut vraiment être préparé à tout ce qu'il y a à côté* » (E1, L148), « *C'est pleins de choses que je ne savais pas, qu'on ne m'avait pas enseignées à l'école* » (E1, L159-160), « *Si tu sais quoi faire, tu vas le faire machinalement et tu pourras essayer de gérer au mieux tes émotions avec ce qu'il se passe* » (E1, L164-165). La notion d'équipe apparaît lors des entretiens, démontrant l'importance de se sentir en liens et soutenu. Margot Phaneuf l'a évoqué, il y a nécessité d'un lieu accordant une importance au poids des mots et à la valeur de la parole. Les liens d'équipe peuvent-ils en être office ? Mais par conséquent, un sentiment de solitude se fait ressentir lorsque le soignant exerce en libéral, Lila et Lou l'évoquent « *Tu es seul au monde dans ta prise en charge. Tu n'as pas de collègues, le médecin tu peux le joindre par téléphone, mais c'est différent et tu te sens vraiment seule* » (E3, L39-41), « *A l'hôpital tu as tes collègues et heureusement* » (E4, L88).

Qu'importe le lieu où le soignant exerce, il aura éternellement en mémoire des situations difficiles auxquelles il a du faire face. Dans ces conditions, si les soignants ne sont accompagnés, ses chocs émotionnels peuvent provoquer des dégâts intérieurs profonds,

pouvant conduire à cette recherche de « blindage » ou un burn out. Face à ça, Lila le dit « *Tu te sens complètement impuissant* » (E3, L133-134), un sentiment pouvant alors se joindre à la culpabilité et la frustration.

### **5.6.2.5 Débordement émotionnel ou quête de blindage, comment trouver le juste milieu ?**

Dans certains cas, comme celui de Lou, ses émotions occupent une place jugée trop importante pouvant l'emporter dans un chemin de souffrance. L'empathie devenant alors sympathie. Comme l'a énoncé Margot Phaneuf l'empathie « *porter vers* » se distingue de la sympathie signifiant « *souffrir avec* ». La sympathie nous renvoie à nos propres émotions et coupe toutes barrières personnelles. Lou évoque l'importance de la place des émotions dans son quotidien de soignant : « *Beaucoup...ça a toujours été mon gros souci car je suis quelqu'un d'hypersensible* » (E4, L8-9). Les traits de personnalités exercent-ils alors une grande influence ? Elle exprime les difficultés rencontrées en service de cancérologie : « *Ça m'a énormément fait souffrir, j'avais plus de repos, je revenais sur mes jours, j'appelais le matin pour avoir des nouvelles* » (E4, L23-24), et « *Je n'arrivais pas à fermer la porte et me dire que je rentre chez moi et laisse tout au boulot* » (E4, L27). Paradoxalement, Fleur, Rose et Lila, semble s'accorder sur le devoir de se protéger de leurs propres émotions « *Si tu n'es pas préparé à ça, si tu ne te protèges pas pour ça, tu t'effondres à chaque fois et tu ne peux pas, c'est pas possible...* » (E2, L112-113) en apprenant à essayer de couper. L'expérience serait-elle un outil ? Rose a dit « *Avec l'expérience tu te blindes, au début tu te protèges, maintenant la situation te touche puis deux heures plus tard quand le corps n'est plus là tu n'as plus ses émotions qui t'ont submergée. Au début quand tu es jeune diplômée elles t'accompagnent toute la journée, deux jours, trois jours...* » (E2, L130-133). Et Lila précise que « *C'est vrai qu'en vieillissant tu as une carapace qui se forme* » (E3, L146-147). On retrouve ainsi la notion de carapace, qui est recherchée, avec l'intolérable possibilité de se laisser déborder de ses affects.

Mis en avant par Hendrijckx, exprimer ses émotions dans le milieu hospitalier est souvent perçu comme une faiblesse, une fragilité. Les soignants s'enrobent-ils alors dans une dissimulation de leurs émotions et un besoin de tenter de rompre avec celle-ci dans un but de protection ? Serait-ce dans cette faille que s'introduisent alors de nombreux mécanismes de défense ? Rappelons-le, les mécanismes de défense sont des aménagements permettant de protéger le

récepteur d'une réalité trop douloureuse. Par ailleurs, nous pouvons nous demander si, la part d'intelligence émotionnelle s'acquiert avec l'expérience et si nous apprenons non plus à dissimuler nos émotions mais à les accepter et à travailler avec ? Georgette Hendrijckx a dit « *Faire le deuil d'un certain savoir et d'un idéal de performance laisse la place au désir de s'interroger, de penser, de réfléchir* » (Hendrijckx, 2009, p5). Enfin, l'intelligence émotionnelle serait elle alors le juste milieu entre le débordement émotionnel ou la quête de blindage ? Définit par Goleman comme une « *capacité d'identifier, d'interpréter et de gérer ses propres émotions et celles des autres* ». Comme Margot Phaneuf le précise, l'infirmière doit comprendre et reconnaître la résonance qui se fait en elle et se répercute sur son action que ce soit dans un sens positif ou négatif.

## **6 Vers la question de recherche**

Le socle de mon travail de fin d'étude a débuté par ma question de départ : « *Les émotions ressenties par les soignants peuvent-elles influencer la prise en charge d'un patient en fin de vie et adoptent-ils des mécanismes de défense pour ne pas se laisser submerger par celles-ci ?* ». C'est par la recherche, l'écoute, la réflexion et l'analyse que j'ai alors tenté de répondre à celle-ci. Mes recherches ont révélé que prendre conscience de nos propres émotions peut nous être utile afin de parvenir à une meilleure prise en charge. Nos sentiments, nos émotions, nos affects, agissent dans notre relation à nous-même, au monde et tout particulièrement à la personne malade. Occupant une place indissociable dans nos relations et dans la relation soignant-soigné. Agissant comme l'expression de qui nous sommes au plus profond de nous-mêmes, elles nous renvoient cependant à ce qui nous fait le plus peur : la fragilité, la vulnérabilité et la sensibilité. Le soignant, comme l'être humain se cache régulièrement derrière une carapace. Car la sensibilité est souvent jugée ou mal perçue par nos confrères laissant apparaître alors de nombreux mécanismes de défense. Le langage verbal se perd alors dans un mensonge dissimulé par nos propres peurs. Par ailleurs, la fin de vie, renvoie à l'infirmière ses propres craintes, comme Hélène Brocq l'a souligné, cet accompagnement confronte les soignants à des émotions en lien avec l'angoisse de mort. Elle nous pousse dans nos retranchements, provoquant souvent un désarroi chez certains soignants, ne sachant plus quoi dire, ni comment accompagner. J'ai ainsi souhaité comprendre, comment l'infirmier peut-il trouver le chemin, lui permettant de trouver le juste milieu dans sa prise en charge sans se

diriger vers une quête de blindage ? Mon cadre théorique, m'a permis de mettre en avant cette intelligence émotionnelle permettant à l'infirmière de reconnaître ses propres émotions comme celles du soigné. S'imposer que celles-ci existent, qu'elles nous traversent et qu'il nous faut non pas tenter de les refouler mais de les comprendre et de les accepter. Nous vivons et nous vivrons toujours avec celles-ci, cette aptitude permettra alors de dévoiler réellement notre part d'humanité et qui nous sommes réellement ? Cependant, lors de l'analyse des entretiens avec les différents professionnels de santé j'ai réalisé que leurs émotions sont difficilement identifiables et qualifiables. Reprenant ainsi la citation de Fehr et Russel, « *Tout le monde sait ce qu'est une émotion, jusqu'à que vous lui demandiez de la définir* » (Fehr et Russel, 1984, p. 11). En conséquence, j'ai découvert que la majorité des soignants cherchent à se dissocier de celles-ci, afin de se protéger. Comment l'indissociable peut-il devenir dissociable sans conséquence ? C'est par cette quête d'éloignement que les soignants s'initient alors dans des mécanismes de défense inconscients ou qu'ils éprouvent un sentiment de robotisation. Représentant ainsi un réel travail psychique pouvant être néfaste pour le soignant comme pour le soigné. Ils se retrouvent alors entre deux extrêmes, soit un débordement émotionnel, soit un « *blindage* » émotionnel. L'expérience fut un élément répétitif au cours des entretiens, agissant une certaine maîtrise de nous-mêmes... En effet, elle nous dirige vers un travail d'introspection, car c'est lorsque nous nous retrouvons souvent confrontés à ce qui nous questionne, que nous en apprenons le plus sur nous-mêmes.

## **7 Question de recherche**

Je m'interroge à présent sur les liens entre l'expérience, une compréhension de soi en tant que sujet et l'intelligence émotionnelle. J'ai pu m'apercevoir que trois des infirmières interrogées affirment mieux gérer leurs émotions avec l'expérience. A contrario, une des infirmières exprime que malgré l'expérience, son hypersensibilité reste existante. Toutefois, c'est par une réelle connaissance de soi qu'elle a pu s'endurcir. Cette divergence me permet de pousser mon questionnement vers une nouvelle question de recherche :

*« Expérience et volonté intentionnelle d'un travail psychique, les clés vers une forme d'intelligence émotionnelle conduisant à une gestion de ses émotions dans notre pratique professionnelle ? »*

## 8 Conclusion

La question de la mort dans la société actuelle est taboue, cachée. Nous évoluons vers une espérance de vie qui ne cesse d'augmenter au point que notre confort actuel ne nous permet pas d'y réfléchir. Néanmoins si nous remontons en arrière, lors des temps de guerre, la question de la mort était omniprésente. Aujourd'hui, c'est lorsque nous nous y retrouvons nous-mêmes confrontés, que nous venons à y penser. Sans ça, lorsque nous n'y faisons pas face, nous n'y réfléchissons pas. Quand la guérison n'est plus possible, quand l'angoisse de mort est celle qui transcende autant le malade que le soignant, la peur prend place. Au fur et à mesure, le soignant se retrouve ainsi dans la nécessité de se protéger. Personnel soignant ou non, qui sommes-nous sans émotions ? En tant que future infirmière, il m'a paru nécessaire de m'approprier la question, afin de pouvoir améliorer au mieux la gestion de mes émotions ainsi que ma prise en charge. Notre quotidien étant dirigé vers l'humain, la résurgence d'affects, de source d'angoisse, de questions ou d'émotions se fera quotidiennement. La réflexion qui m'a poussé à écrire ce travail de fin d'étude reflète la soignante que je souhaite devenir. Nous le savons, au quotidien, nous nous préservons, nous cherchons à montrer une partie infime de nous-mêmes, nous nous retrouvons régulièrement en difficulté lorsque nos peurs nous traversent. Sans un certain apprentissage de qui nous sommes en tant qu'être, face à nos émotions, il me paraît alors difficile de soigner. Toutefois, la représentation de ce travail de fin d'étude ne s'arrête pas à ma vision de future professionnelle. Il est l'aboutissement d'une formation, chargée de joies, de tristesse, de colère et d'amour. Il est la dernière page d'une expérience de trois ans. Une expérience qui m'a permise d'évoluer, d'en apprendre davantage sur la personne que je suis dans des situations aussi joyeuses que difficiles. Et d'en apprendre d'autant plus, sur l'infirmière que j'aspire être.

## 9 Bibliographie

### Livres

- Darwin, C. (1800). *L'expression des émotions, chez l'homme et les animaux*. Paris : C. Reinwald.
- Feldman-Desrousseaux, E. (2007). *Prendre soin de l'autre souffrant*. Paris : Seli Arslan.
- Freud, A. (1946). *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris : Presses universitaires de France.
- Jankélévitch, V. (1994). *Penser la mort*. Paris : Liana Levi.
- Potvin, Pierre. (2017). *Qui sommes nous, nous, les humains*. Québec : Première chance.
- Ruzsniowski, M. (1995). *Face à la maladie grave : patients, familles, soignants*. Paris : Dunod.
- Schepens, F. (2013). *Les soignants et la mort*. Toulouse : Érès.

### Articles

- Brocq, H. (2008). *Ethique et annonce de diagnostic*, 259 (6) 65-69. En ligne <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-6-page-65.htm>
- Georgette, H. (2014). Comment consentir à penser sa souffrance quand on est soignant ?, (71), 1-5. En ligne <http://canceretpsychologie.be/wp-content/uploads/2014/09/Tiré-à-part-n°71-Comment consentir ....pdf>
- Jean, T. (2006). *L'intelligence émotionnelle : fortune d'un concept ou concept de fortune ?*, 1-5. [http://www.lem.ulg.ac.be/documents/intelligence\\_emotionnelle.pdf](http://www.lem.ulg.ac.be/documents/intelligence_emotionnelle.pdf)
- Jérôme, R. (2007). Actions, émotions, motivations : fondements psychologiques du raisonnement pratique, 29 (2) 81-95. En ligne [https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=PHOIR\\_029\\_0081&download=1](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=PHOIR_029_0081&download=1)
- Laurette, D., & Catherine, P. (2003). *Les émotions : l'aspect négligé dans l'organisation des soins de santé centrée sur le patient*, 28 (2), 11-18. En ligne <https://www.cairn.info/revue-gestion-2003-2-page-11.htm/>

- Margot, P. (2013). *L'intelligence émotionnelle, un outil du soin*, 177 (05), 30-35. En ligne <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/05/Intelligence-emotionnelle.pdf>
- Marie, D., & Françoise, L. (2007). *Soignants...soignés, un rapport complexe. Une réflexion « chemin faisant » quant au statut émotionnel du soignant*, 28 (1), 51-59. En ligne <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-1-page-49.htm/>
- Schaerer, R. (1999). *Ethique et fin de vie*, 49 1-7. En ligne [http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/soins\\_paliatifs/MODULE\\_I/Etique\\_fin\\_de\\_vie.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/soins_paliatifs/MODULE_I/Etique_fin_de_vie.pdf)
- Tanguy, C. (2012). *L'accompagnement de la fin de vie : un engagement de haute modernité*, 110 (3), 11-18. En ligne [https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=JALMALV\\_110\\_0011&download=1](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=JALMALV_110_0011&download=1)

## Site Web

- Hochner, N. (2016). Le corps social à l'origine de l'invention du mot « émotion », 16. En ligne <https://journals.openedition.org/acrh/7357>
- Marc, L. (2013). *Travail émotionnel et soins infirmiers*, 23 (1), 60-63. En ligne <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00925629>
- Margot, P. (2010). *Les intelligences émotionnelle et sociale des outils pour la relation*, 1-17. En ligne. <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/Les-intelligences-Emotionnelle-e-t-sociale-des-outils-pour-la-relation.pdf>

## Image

- <https://www.milesjohnstonart.com/2017-1>

## **10 Sommaire des annexes**

Annexe I : Guide de l’outil.	I
Annexe II : Verbatim entretien n°1.	II
Annexe III : Verbatim entretien n°2.	III
Annexe IV : Verbatim entretien n°3.	IV
Annexe V : Verbatim entretien n°4.	V
Annexe VI : Grille d’analyse.	VI
Annexe VII : Demande d’autorisation d’entretien à la Direction des Soins.	XIV
Annexe VIII : Autorisation de la Direction des Soins.	XV
Annexe IX : Autorisation du cabinet libéral 1.	XVI
Annexe X : Autorisation du cabinet libéral 2.	XVII
Annexe XI : Autorisation de la diffusion du travail de fin d’étude.	XVIII

## **Annexe I : Guide de l'outil**

- **Présentation :**

Bonjour, je m'appelle Estelle LEGER. Je suis en 3<sup>ème</sup> année à l'institut de formation en soins infirmiers d'Avignon. Dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire, je souhaite mener des entretiens dont le thème est : les émotions des soignants face à la prise en charge d'un patient en fin de vie.

Je vous garantis l'anonymat et une confidentialité de l'entretien. Par ailleurs, avec votre accord, je souhaiterais l'enregistrer afin d'avoir la possibilité de pouvoir le retranscrire.

- **Partie 1 : Les émotions / Mécanismes de défenses**
  - Question 1 : Dans votre quotidien de soignant, quelle place prennent les émotions ? Et pouvez-vous les qualifier ?
  - Question 2 : Pensez-vous que vos émotions peuvent influencer la prise en charge d'un patient en fin de vie ?
- **Partie 2 : L'annonce d'une fin de vie**
  - Question 1 : Avez-vous déjà dû effectuer l'annonce d'une fin de vie ? Etiez-vous seule ?
    - Si oui, pouvez-vous me la raconter ?
    - Si non, avez-vous déjà assisté à l'annonce d'une fin de vie et pouvez-vous me la raconter ?
- **Partie 3 : La prise en charge d'une fin de vie**
  - Question 1 : Pouvez-vous me décrire une situation de fin de vie ou vous avez pu être en difficulté ?
  - Question 2 : Comment avez-vous pu gérer cette situation ?

## **Annexe II : Verbatim entretien 1**

1 **Moi : Bonjour, je m'appelle Estelle, étudiante infirmière en 3<sup>ème</sup> année, je suis ici pour**  
2 **mener un entretien dans le cadre de mon mémoire. Dans un premier temps, est ce que tu**  
3 **peux te présenter, me raconter ton parcours professionnel ?**

4 Fleur : Oui... je m'appelle Fleur, je suis dans le service de médecine interne depuis 1 an et  
5 demi. J'étais de nuit avant, pendant quasiment 8 ou 9 mois. Maintenant je suis de jour depuis  
6 Juin. J'ai directement commencé ici en sortant de l'école. De nuit, seule, en sortant de l'école  
7 c'est un peu compliqué pour être honnête...

8 **Moi : Ah...**

9 Fleur : Oui, tu verras tu as plein de choses que tu ne connais pas et tu t'en rends compte une  
10 fois que tu es sur le terrain. Il y a tellement de petites choses que tu ne t'imagines même pas  
11 et...voilà. Je pense que c'est mieux pour commencer de ne pas travailler seule, car tu auras  
12 plein de questions. Là on a de la chance d'avoir un établissement où tu peux aller chercher des  
13 collègues la nuit qui viennent t'aider mais je ne pense pas que ça soit partout pareil. Donc tu  
14 peux être vite confrontée à des choses que tu ne pensais pas. Même administrativement il y a  
15 plein de choses que ... fin ... tu es formée trois jours...c'est peu avec tout ce qu'il y a à savoir,  
16 c'est peu...

17 **Moi : Oui...et dans ton quotidien de soignants quelle place pour toi prennent les**  
18 **émotions ?**

19 Fleur : (Rire)... En service ?

20 **Moi : Oui.**

21 Fleur : Je pense que tu ne peux pas travailler sans avoir d'émotions, tu travailles avec des  
22 humains donc... c'est difficile. Parce qu'il faut réussir à les mettre de côtés... dès fois... tu as  
23 pas le choix... parce que...ça te... tu peux pas ramener toute tes émotions et tout ce que tu as  
24 vécu chez toi, honnêtement, ça te bouffe la vie, sinon tu ne pourrais pas. Au début tu n'arrives  
25 pas à le faire, à séparer en faite ce que tu as vécu la journée. Et quand tu rentres chez toi  
26 et...mais...tu apprends petit à petit à essayer de couper et je pense qu'il faut vachement se  
27 protéger là-dessus parce que tu peux vite partir en dépression, je pense ... (rire). Surtout que ...  
28 je pense que c'est surtout ça, faire la différence... laisser tout au boulot et quand tu rentres chez  
29 toi tu oublies tout.

30 **Moi : Et ça c'est facile à faire ?**

31 Fleur : Non (rire)... pas du tout...Mais je pense que même les anciennes infirmières ont encore  
32 du mal. Parfois tu as des personnes qu'on accompagne longtemps dans le service, tu t'accroches  
33 aux gens malgré tout et tu t'y attaches. Non c'est dur...

34 **Moi : Ici particulièrement ?**

35 Fleur : Ici plus des trois quarts des patients sont des personnes âgées qui restent plusieurs  
36 semaines. Par exemple, quand c'est de la chirurgie, ils restent trois/quatre jours, c'est des  
37 personnes autonomes, ils n'ont pas forcément besoin de toi, donc au final tu les vois très peu.  
38 Nous il faut les faire manger, faire la toilette, les emmener aux toilettes... donc on passe  
39 beaucoup de temps, enfin on essaye, c'est compliqué ... (rires). Je pense qu'ici oui, mais tous  
40 les services ou tu as des personnes âgées je pense que tu as pas le choix.

41 **Moi : Et est-ce que tu peux qualifier les émotions qui reviennent pour toi le plus souvent ?**

42 Fleur : De l'empathie...principalement. Tu as la tristesse, parce qu'on est souvent confronté à  
43 la mort. Et ce n'est pas la mort en elle-même. C'est par apport aux familles qui restent, ils sont  
44 là et honnêtement tu ne sais pas quoi dire. Tu sais très bien que peu importe ce que tu vas dire...  
45 d'un côté elles n'entendent pas et ça sert à rien. Il faut juste être présent je pense. Ne pas essayer  
46 de parler ça ne sert pas à grand-chose. Juste que tu sois là, ouai principalement ça.

47 **Moi : Et est ce que tu penses que tes émotions peuvent influencer la prise en charge d'un  
48 patient en fin de vie ?**

49 Fleur : (Rires) C'est compliqué...

50 **Moi : (Rires)**

51 Fleur : Je ne pense pas, après je vais être honnête, tu ne sais pas pourquoi il y a certaines  
52 personnes qui te touchent plus que d'autres. Mais je ne pense pas que ça change ta prise en  
53 charge. Le but, euh...sur une personne en fin de vie, c'est qu'elle soit le plus confortable et le  
54 plus apaisée possible, qu'elle ne parte pas dans la souffrance, donc non, tes émotions là-dessus  
55 elles ne rentrent pas en compte. Enfin pour moi elles ne rentrent pas en compte. C'est un peu la  
56 base de ton métier au final, donc euh...non... il faut essayer en tout cas qu'elles ne rentrent pas  
57 trop en compte.

58 **Moi : Qu'elles ne rentrent pas en compte c'est-à-dire ?**

59 Fleur : Dans tous les cas les patients en fin de vie...c'est comme des patients qui ne sont pas en  
60 fin de vie. Pour moi, par exemple pendant les toilettes, ils sont inconscients, on leur parle, on  
61 leur explique malgré tout ce qu'on fait...non... peut être qu'on y prête un peu plus attention,

62 en les installant correctement, parce qu'au final on ne sait pas à quel moment ils vont décéder  
63 et pour qu'ils soient toujours présentable pour la famille.

64 **Moi : De ton côté-la prise en charge est la même ?**

65 Fleur : Oui... après moi je pars du principe que je ne sais pas s'ils nous entendent ou pas,  
66 j'essaye de ne pas faire de différence. Je continue à leur parler... mais l'émotion en elle même...  
67 sur le moment on ne pense pas au fait qu'elle va décéder, pour nous c'est un patient comme un  
68 autre.

69 **Moi : Tu ne le qualifies pas en fin de vie ?**

70 Fleur : On le sait, parce qu'il y a tous les appareils à côté. Mais non...pour nous elle est vivante,  
71 donc non, non ... il ne faut pas, je ne pense pas, fin... après tu deviens un peu comme une  
72 machine au final, tu te dis bien au final elle va mourir, tu ne lui parles pas, moi je ne me vois  
73 pas faire ça. Après malheureusement, on manque de temps, on prend plus de temps avec les  
74 personnes en fin de vie, mais même en général on ne prend pas autant de temps qu'on  
75 souhaiterait. Alors oui, dans ce sens, on prend peut être un peu plus de temps, parce que les  
76 émotions rentrent en compte mais c'est plutôt après je pense qu'elles ressortent.

77 **Moi : Quand le patient n'est plus là ?**

78 Fleur : Ouai... puis on a souvent le dernier souffle et ça... (Blanc)

79 **Moi : C'est là où ça devient le plus compliqué ?**

80 Fleur : (Souffle)... Moi je pense que pour moi le plus compliqué c'est quand il y a la famille,  
81 quand il n'y a pas la famille ben ... ouais je t'avoue que les premières fois oui c'est dur, mais  
82 tu essaies... quand il n'y a pas la famille au final tu mets la personne le mieux possible parce  
83 que c'est là dernière fois que quelqu'un va la voir, mais malgré tout... ben... c'est peut être  
84 horrible ce que je vais dire dire mais tu essayes d'oublier vite. Quand il y a la famille c'est un  
85 peu plus long. Tu es obligé de les appeler... enfin nous on ne téléphone pas c'est le médecin...  
86 mais après ils vont venir. Ils viennent tous en chambre, tu dois trouver quoi dire, les  
87 accompagner, jusqu'à que le corps s'en aille. Je pense que c'est la suite le plus compliquée  
88 finalement.

89 **Moi : Et est ce que tu as déjà du annoncer une fin de vie, par exemple à la famille ou au  
90 patient ? Et est ce que tu étais seule ?**

91 Fleur : Les patients... euh en général ils sont déjà tellement mal qu'ils ont donné soit des  
92 directives anticipées soit c'est la famille qui décide. Ici en tout cas c'est rare qu'on lui annonce  
93 et qu'il soit conscient... à la famille seule non jamais, c'est le médecin. Avant il y a une

94 discussion avec la famille, ce n'est pas le médecin qui a tous les pouvoirs et qui décide d'un  
95 coup de mettre quelqu'un sous pousse seringue. Il discute avant avec la famille pour lui  
96 expliquer clairement les choses. Ce qu'il manque principalement chez les patients c'est les  
97 directives, donc tu ne sais pas, donc tu es obligé de te rattacher à la famille. Mais être présent  
98 quand on leur annonce ouais... mais euh... après tu vois le médecin leur annonce, ils disent oui  
99 oui, mais malgré tout je pense qu'ils n'entendent pas et après ils viennent nous poser des  
100 questions. « Comment ça va se passer ? Quand il commence à avoir des pauses respiratoires,  
101 qu'est ce que c'est ? Est-ce qu'il va reprendre ? » C'est délicat de leur dire « Non un jour il va  
102 faire une pause mais il ne reprendra pas un souffle » et aussi... « Combien de temps ça va  
103 durer ? ». Il y a pleins de questions auxquelles tu ne peux pas répondre, ça dépend de la  
104 personne. Nous on leur annonce pas ça. Non ça c'est le médecin...

105 **Moi : Quand vous mettez en place les poussettes seringues tu parles de morphine/hypnovel**  
106 **et c'est le médecin qui va auparavant l'annoncer à la famille ?**

107 Fleur : Il y a une discussion avant bien sûr avec la famille pour avoir leur accord, tout le temps...  
108 il y aurait trop de dérive je pense sinon.

109 **Moi : Est ce que tu as déjà assisté à l'annoncer d'une fin de vie et est ce que tu peux me la**  
110 **raconter ?**

111 Fleur : Euh... assister à une annonce... enfin des fois tu as même pas besoin de l'annoncer  
112 parce que... par exemple récemment on a reçu une dame qui est entrée directement dans le  
113 coma, la famille était au clair là-dessus, ils ont fait venir l'aumônier et juste après on a mis les  
114 poussettes seringues et on a attendu. Mais l'annonce en elle-même... non... moi j'y ai jamais  
115 assisté. J'ai toujours les suites si tu veux (rires) mais pas l'annonce.

116 **Moi : Les suites tu veux dire, la famille qui te pose les questions ?**

117 Fleur : C'est le plus dur la suite je trouve. Tu ne sais pas quoi dire, c'est délicat quand même.  
118 Tu sais que tu annonces la mort de quelqu'un... Puis tu ne sais pas ce qu'ils ont envie  
119 d'entendre... je ne sais jamais quoi dire (rires). Et... récemment on m'a demandé pour un  
120 patient combien de temps ça allait durer, mais c'est des choses que tu ne sais pas, personne ne  
121 le sait. Même le médecin ne peut pas le savoir, tu essaies juste de leur dire que pour nous le  
122 principal c'est que la personne soit apaisée et qu'elle soit confortable, qu'elle ne partira pas  
123 dans la souffrance. Mais ça, de toute façon tu le vois au visage et même la famille peut s'en  
124 rendre compte... chaque personne est différente puis on ne peut pas prédire un décès. Puis il y  
125 a surtout le problème des pauses respiratoires, il faut essayer de leur faire comprendre que « oui

126 elle fait des pauses, elle reprend, mais qu'un jour il y aura une pause qui sera plus longue que  
127 les autres et ça sera la fin ». Je pense qu'ils sont en manque de connaissances et c'est normal ils  
128 ont juste envie de savoir comment ça va se passer pour se rassurer tout simplement. Il faut que  
129 tu arrives juste à rassurer les personnes. C'est tout ....

130 **Moi : Et est ce que tu peux me décrire une situation de fin de vie où tu as pu te retrouver**  
131 **en difficulté ?**

132 Fleur : (Rires) elles sont toutes difficiles...

133 **Moi : Est-ce qu'il y a un accompagnement de fin de vie qui t'a plus marqué que les**  
134 **autres ?**

135 Fleur : Je pense que c'est la première. La toute première fin de vie que tu fais...tu rentres dans  
136 la chambre, quelqu'un est décédé et tu ne t'y attends pas, tu as pas le temps de réagir. Mais ma  
137 première fin de vie... de nuit seule ça faisait déjà plusieurs jours qu'elle avait les pousses  
138 seringues. Parfois tu as des signes. Par exemple, ici on les sondes car ils ont pas le réflexe  
139 d'uriner, c'est pour les soulager tout simplement. Puis tu vois petit à petit, tu peux prédire. Le  
140 dire c'est un grand mot mais tu arrives à l'imaginer car le patient urine de moins en moins donc  
141 quand il n'y a plus d'urines tu sais que le patient risque de bientôt partir. Mais quand ça dure  
142 longtemps...C'était ma première nuit toute seule, l'équipe m'avait dit que ça irait mais au  
143 final... c'est celle qui m'a le plus marqué car c'était la première fois que je voyais une personne  
144 décéder, à l'école je n'ai jamais eu le cas et me retrouver seule ... je ne savais pas quoi faire car  
145 on ne m'avait pas expliqué comment ça allait se passer, qui contacter, comment... et je pense  
146 qu'en plus du fait de trouver quelqu'un de mort, tu as tout le reste à gérer et il faut vraiment  
147 être préparé à tout ce qu'il y a à côté. Si toute la procédure à côté est gérée ça se déroulera plus  
148 facilement, tu pourras juste essayer...mais je pense que quand c'est ton premier décès tu as déjà  
149 le choc du premier, c'est pas facile...

150 **Moi : Comment ça s'est passé pour toi du coup ?**

151 Fleur : Lors de mon tour de nuit je suis rentrée dans la chambre et je pense qu'elle venait de  
152 décéder, elle n'était par marbrée pas cyanosée rien, mais tu le vois, je ne sais pas comment te  
153 l'expliquer, tu le ressens. Après la journée tu as la lumière, donc tu vois que la couleur de la  
154 peau est déjà différente mais là, il faisait nuit mais je ne sais pas... C'est un ressenti... tu rentres  
155 dans la chambre et tu le ressens, puis tu prends les paramètres et voilà...et faut que tu arrives à  
156 gérer ça, après tu appelles un médecin, tu n'as pas le choix, tu ne dois rien arrêter, ni l'oxygène  
157 ni les pousses seringues, rien, tu dois tout laisser allumer tant que tu n'as pas la déclaration du

158 décès. Et tout ça c'est pleins de choses que je ne savais pas, qu'on ne m'avait pas enseigné à  
159 l'école... c'est des choses qu'on ne m'avait jamais dit... moi du coup, j'ai éteint l'oxygène puis  
160 j'ai eu la chance d'être avec une aide soignante qui était déjà rodée et qui m'a tout expliqué.  
161 Puis après tu dois mettre la personne au propre, tu changes la protection, tu dois enlever tous  
162 les cathéters.. et faire ça sur quelqu'un de mort, c'est dur à gérer. C'est pour ça qu'à côté si tu  
163 sais quoi faire, tu vas le faire machinalement et tu pourras essayer de gérer au mieux tes  
164 émotions avec ce qu'il se passe. Et moi malheureusement je n'avais pas tout ça.

165 **Moi : Comment tu as géré du coup ?**

166 Fleur : Moi pour le coup j'ai eu la chance d'être avec une aide soignante qui était là depuis  
167 longtemps et qui savait parfaitement comment ça allait se dérouler, qui a prit en main les choses  
168 pour l'administration... sinon je pense que tu es vite dépassée... c'est des choses bêtes mais ...  
169 après j'ai de la chance d'avoir des collègues de jour qui m'ont écrit un petit protocole parce que  
170 la nuit on est souvent des jeunes diplômés et penser à mettre la température de la chambre à 18,  
171 penser à appeler tel médecin à faire ça...franchement j'ai suivi bêtement...je n'avais pas le  
172 temps de réfléchir, c'est pour ça que bien savoir comment ça doit se dérouler je pense que c'est  
173 l'essentiel, après...malheureusement tu t'y fais

174 **Moi : Tu t'y fais c'est-à-dire ?**

175 Fleur : Tu es moins touché, enfin ce n'est pas que tu es moins touché mais tu essayes de vite  
176 passer et puis...euh...tu peux plus te concentrer sur la personne parce que tu sais qu'à côté ça  
177 va te prendre beaucoup moins de temps, tu n'as pas à chercher ce qu'il faut faire.

178 **Moi : Est-ce que le fait d'avoir plus d'expérience aujourd'hui tu trouves que tes émotions  
179 prennent plus de place ?**

180 Fleur : Avant oui... je me posais tellement de questions...plus touchée je ne sais pas... je peux  
181 plus prendre de temps avec le patient, me concentrer... ce n'est pas que je ne le faisais pas avant  
182 parce que c'est horrible mais euh... pour moi j'ai plus le stress de savoir ce que je vais faire  
183 pour les pompes funèbres, pour la famille et tout, du coup je me pose et voilà. Je sais que je suis  
184 là pour la personne et j'ai le temps. Tu as plus de temps et c'est moins brouillon, je vais être  
185 honnête, premier décès, seule, en pleine nuit, ça n'était pas parfait. Je pense que l'essentiel c'est  
186 que la personne soit présentable, c'est le dernier souvenir qu'aura la famille, ranger la chambre  
187 toujours...ne rien laisser traîner parce que comment dire...eux c'est comme s'ils vont faire une  
188 photo de la pièce dans leur tête

189 **Moi : Oui... je te remercie d'avoir pu répondre à mes questions.**

190 Fleur : Pas de soucis, c'était un plaisir.

### **Annexe III : Verbatim entretien 2**

1 **Moi : Bonjour, je m'appelle Estelle, je suis étudiante infirmière en 3<sup>ème</sup> année. Est-ce que**  
2 **dans un premier temps tu peux te présenter, me présenter ton parcours professionnel ?**

3 Rose : Alors...je suis infirmière depuis 15 ans, j'ai fait 5 ans d'orthopédie et 1 an de petite  
4 chirurgie. Puis, il y a 8 ans, ils ont décidé au sein de la clinique où je travaille d'ouvrir un service  
5 de médecine et avec une autre collègue on s'est portée volontaire pour participer plus  
6 qu'activement à l'ouverture du service. Puis 2-3 ans plus tard ils ont mis en place l'infirmière  
7 référente qui a un rôle d'organisation et de coordination donc là je le fais à mi-temps avec la  
8 collègue avec qui on a décidé d'ouvrir le service. Donc pendant 4 semaines je suis infirmière  
9 avec les horaires en 12h et pendant les 4 autres semaines je suis infirmière référente.

10 **Moi : Ok... du coup, je vais te poser ma première question, dans ton quotidien de soignant**  
11 **quelle place prennent les émotions ? Et est ce que après tu peux les qualifier ?**

12 Rose : C'est tout le temps. Tu as tout le temps des émotions. Déjà tu es « censée » laisser tout  
13 ce qui se passe chez toi aux vestiaires. Mais c'est la théorie et dans la pratique c'est pas possible.  
14 Parfois tu es fatiguée, énervée, contrariée et ça va forcément influencer ta journée. Euh... après  
15 les émotions tu en as tout au long de ta journée quand tu discutes avec un patient, avec une  
16 collègue ou avec le médecin. Ça influencera forcément le cours de ta journée, de ta prise en  
17 charge...il suffit que tu te prennes la tête avec un patient dans une chambre, tu vas alors être un  
18 peu tendue quand tu rentreras dans l'autre, ou alors il suffit que tu aies une conversation qui  
19 t'émeut un peu avec une patiente et ... voilà...

20 **Moi : Et est ce que tu peux me qualifier les émotions qui te reviennent le plus**  
21 **régulièrement dans le service ?**

22 Rose : Ici...euh...je ne sais pas si c'est de la joie mais il y a un truc de positif. Déjà avec  
23 l'équipe, car l'équipe est juste merveilleuse, il y'a un sentiment de bien être qui se véhicule, tu  
24 es soutenue et ça déjà c'est une des émotions... puis quand tu arrives à parler avec les patients,  
25 aussi...et qu'ils te confient des choses, ça aussi c'est du positif, tu peux avoir de la tendresse...  
26 et après quand tu te prends la tête avec les patients c'est un mélange de fatigue, tristesse et

27 colère. Tu peux pas.. tu es ... il y a des fois ou tu seras en colère mais tu seras plus en colère  
28 contre la situation que contre le patient ou contre toi...et voilà...

29 **Moi : D'accord... et penses tu que t'es emotions peuvent influencer la prise en charge d'un**  
30 **patient en fin de vie ?**

31 Rose : Oui, oh oui...mais tellement... parce que il y a fatalement un moment où tu vas faire  
32 une projection, alors on te dit, ne le fait pas, ne le fait pas, mais c'est pas...c'est pas possible si  
33 tu es infirmière ou soignante, tu es toi avec tes émotions et avec ce que tu ressens donc sur la  
34 prise en charge d'un patient en fin de vie...puis c'est la famille qui te touche.

35 **Moi : Plus que le patient ?**

36 Rose : Pour moi oui, alors après il faut remettre le contexte. Ici c'est un service de médecine,  
37 les patients arrivent malades, nos accompagnements de fin de vie sont des accompagnements  
38 de...fin c'est la fin de vie mais c'est la FIN de la vie et de sa vie... et il a tout un passif derrière,  
39 je ne parle pas d'un décès d'un jeune de 40 ans, que je pense vivrais d'une manière  
40 complètement différente. Là on est vraiment dans l'accompagnement, dans la prise en charge  
41 du confort, de la douleur et pour moi dans il faut absolument inclure la prise en charge de la  
42 famille parce que le patient, est souvent inconscient dans son lit. Alors tu lui parles, tu as des  
43 gestes attentionnés mais un patient en fin de vie vraiment sur la fin il ne te renvoie rien, tu  
44 n'arrives plus à avoir d'interaction réelle. Enfin si lorsque tu vas voir qu'il fronce les sourcils  
45 ou qu'il a un gémissement, tu vas te dire « mince il est pas confortable faut faire quelque chose »  
46 et il va te toucher ... mais c'est la famille qui te renvoie le plus d'émotions. Parfois tu vas avoir  
47 des familles qui ne vont pas te toucher, tu vas les accompagner et puis parfois tu as des  
48 familles... on a eu un décès il y a quelques semaines le médecin est ressorti de la chambre les  
49 larmes aux yeux

50 **Moi : Hum...**

51 Rose : Oui... toutes les personnes qui sont entrées dans la chambre sont ressorties les larmes  
52 aux yeux et le cœur lourd

53 **Moi : Ah oui ça a vraiment touché l'ensemble de l'équipe ...**

54 Rose : Oh oui, elles ont transmis un truc à l'ensemble de l'équipe c'était... et en même  
55 temps...il faut vraiment accompagner les familles dans la gestion de leurs émotions et tu finis  
56 par t'impliquer aussi

57 **Moi : Oui tu as tes émotions qu'il faut prendre aussi en compte...**

58 Rose : C'est ça...mais tu finis par le partager avec la famille. La tristesse par exemple, eux  
59 l'auront avec un mélange de culpabilité qu'ils ressentiront lorsqu'ils vont perdre leur proche.  
60 Ils vont être soulagés que ça soit fini, puis ils vont culpabiliser d'être soulagé et ça va se  
61 mélanger à leur tristesse et c'est ...c'est sans fin. On a eu un décès encore hier et ... et tu dois  
62 rester pour ceux qui restent parce qu'ils sont là...

63 **Moi : D'accord...est ce que tu as déjà dû effectuer l'annonce d'une fin de vie ? Et est ce**  
64 **que tu étais seule ?**

65 Rose : Dans la majorité des cas c'est le médecin ...ce qui nous arrive par contre très  
66 régulièrement c'est la différence entre ce que les familles comprennent du discours du médecin.  
67 Les familles, même si elles s'y attendent sont sous le choc et toi en tant qu'infirmière tu repasses  
68 derrière le médecin pour reformuler. Nous ici c'est comme ça que ça se passe, quasiment 100%  
69 du temps, c'est pas nous qui faisons les...alors...c'est pas nous proprement dit qui faisons les  
70 annonces, il y'a une première annonce de la part du docteur, ça va cogiter dans la tête de la  
71 famille 1h, 2h, 20 minutes et toi tu repasses toujours après le médecin et ça fait partie de ton  
72 travail, c'est ton rôle de vérifier ce que la famille a compris ou pas du discours du médecin et  
73 parfois ils vont plus retenir ton discours et diront « oui c'est l'infirmière qui me l'a dit » et là  
74 non.... Mais la famille s'accroche plus sur toi et ce que tu dis parce que le choc de l'annonce  
75 sera passé. Puis les mots, c'est à eux qui de te les dire, ça n'est pas à toi. Parfois tu es avec le  
76 médecin, parfois non, le médecin te dit « oui oui c'est bon j'ai fais l'annonce » et là ok très  
77 bien, tu essayes en fonction du médecin de gratter pour savoir les termes qui ont été dit ou pas  
78 et après tu essayes de les faire dire à la famille.

79 **Moi : Qu'est ce que vous a dit le médecin...**

80 Rose : Oui voilà, par exemple « Il m'a dit qu'il n'allait pas très bien... » et tu réponds « Bon  
81 très bien et vous savez pourquoi ? » puis ils te disent « Ah oui oui oui, c'est la fin ». Tu essayes  
82 de les faire parler pour qu'ils te disent « oui oui j'ai bien compris qu'il allait mourir, oui j'ai  
83 bien compris qu'on allait lui donner ... juste faire en sorte qu'il ne souffre pas et qu'il soit  
84 confortable ». Car s'ils le disent c'est que c'est réel pour eux, s'ils ne le disent pas ils peuvent  
85 alors être dans le déni. Parfois, suite à l'annonce du médecin, les familles ne s'en rendent pas  
86 compte et ça...après on nous en parle peu à l'école et tu t'en rends compte que lorsque tu es sur  
87 le terrain. Puis une fois peut être au début de ta carrière tu diras à une famille « alors le médecin  
88 est passé pour vous dire qu'il était en fin de vie » et là la famille te répond « ah non non non il  
89 ne m'a pas dit ça » et là tu te dis oups.. ». Puis tu te rends compte que le médecin a bien dit ça

90 mais elle n'aura peut être pas utilisée les mêmes mots. Enfin, il faut vraiment arriver à faire  
91 verbaliser la famille, ça rend réelle les choses.

92 **Moi : D'accord...tu assistes souvent à des annonces de fin de vie ?**

93 Rose : Ici il y a toujours une infirmière avec le médecin pour faire l'annonce donc oui

94 **Moi : D'accord. Est-ce que tu pourrais me raconter une annonce ?**

95 Rose : Je n'étais pas avec le médecin, mais on a eu un décès hier...la patiente était rentrée il y  
96 a une dizaine de jours pour une fin de vie, la famille avait été avertie dès l'entrée. La patiente  
97 était en EHPAD et avait été retrouvée par le personnel dans le coma, on ne sait pas ce qu'il s'est  
98 passé... on nous l'a transférée, elle ne s'est pas réveillée, le peu d'examen qu'on lui a fait ça a  
99 plutôt montré un AVC massif. Il y a 4-5 jours le médecin avait revu les deux sœurs avec une  
100 infirmière du service pour discuter des suites de la prise en charge et pour mettre en place une  
101 sédation (morphine, hypnovel) car la patiente réagissait lors des soins par certaines  
102 grimaces...et après...puis avec la situation particulière du confinement, on devait faire  
103 respecter la distanciation...et tu te dois pour le bien être de la famille de désamorcer les  
104 choses... mais c'était une famille extraordinaire et très compréhensible qui a pu accompagner  
105 leur maman comme elle le souhaitait. Après, avec l'habitude tu verras...ici le nombre de  
106 collègues que j'ai ramassé en pleurs après des décès...mais au bout d'un moment tu te protèges,  
107 tu es obligé de te protéger, tu as tes émotions qui prennent part à la prise en charge de ton  
108 patient, mais tu te protèges et je peux t'assurer que quand tu rentres dans la chambre du défunt,  
109 que tu accompagnes la famille et que dans 80% des cas, elles te donnent la main... car elles  
110 savent qu'en rentrant dans cette chambre, elles vont retrouver leur proche mort, alors elles  
111 s'agrippent dans la majeure partie du temps, alors on rentre dans la chambre ensemble et si tu  
112 n'est pas préparé à ça, si tu ne te protèges pas pour ça, tu t'effondres à chaque fois et tu ne peux  
113 pas, ça n'est pas possible...dans un service de médecine comme celui-ci tu en as tout le temps

114 **Moi : Par se protéger tu entends mettre en place des mécanismes de défense ?**

115 Rose : Euh... je ne sais pas...c'est mental, tu ne peux pas pleurer pour chaque décès, tu ne peux  
116 pas...te...enfin...vivre le décès comme si c'était celui de ta famille. Pourtant avec les proches,  
117 en fonction de ce qu'ils te disent je peux t'assurer que tu as l'impression d'être la fille, la sœur,  
118 la tante...c'est...impressionnant. Mais tu ne peux pas, sinon tu ne tiendras pas le coup. Tu  
119 l'apprends à tes dépens, quand tu es jeune diplômée, ça t'arrive une fois, deux fois, trois fois  
120 puis tu te créer une sorte de blindage que tu ne montres pas aux familles. Parce que eux ce qu'ils  
121 retiennent c'est ta présence.

122 **Moi : Et ce moment où tu craques c'est lorsque tu n'es plus devant la famille ?**

123 Rose : Oui, ah oui oui... après j'ai déjà récupéré des collègues en pleurs dans les chambres...il  
124 faut sortir... la famille est déjà en pleurs...tu ne peux pas...et puis tu as...tu es le référent  
125 lorsque tu les accompagnes, les proches n'osent pas rentrer seule dans la chambre. Ils veulent  
126 que tu vérifies si la personne est réellement morte ou pas. Tu es le pilier fort, c'est à toi qu'il se  
127 raccroche, si tu t'effondres avec eux ils n'ont plus de repères. Et si tu tiens le coup, il se  
128 raccroche à toi, mais tu as intérêt d'avoir des mains solides. Ils ne te demandent pas lorsqu'il te  
129 serre fort la main...c'est un geste surprenant...mais avec l'expérience tu te blindes, au début tu  
130 te protèges, maintenant la situation te touche puis deux heures plus tard quand le corps n'est  
131 plus là tu n'as plus ses émotions qui t'ont submergée. Au début quand tu es jeune diplômée  
132 elles t'accompagnent toute la journée, deux jours, trois jours...

133 **Moi : D'accord... est ce que tu pourrais me décrire une situation de fin de vie ou tu as pu**  
134 **être en difficulté ? Et comment tu as géré cette situation ?**

135 Rose : Oui, il y a quelques semaines en arrière, on a eu l'entrée d'un patient qui avait fait un  
136 arrêt. Le samedi matin avec le réa de garde on a tout fait pour lui donner toutes ses chances, au  
137 vue des résultats des nombreux bilans, son potentiel de chance de récupération était nulle.  
138 J'étais avec le réanimateur quand il a annoncé le pronostic à son fils et sa belle fille. C'était la  
139 seule famille qu'il avait. J'étais là lors de l'annonce, le fils ne voulait pas voir ça. Il était partagé  
140 entre ce que son épouse lui disait « faut que tu sois là, si tu ne l'es pas tu regrettera » et ses  
141 choix. C'était une situation compliquée pour moi, car si je perds un de mes proches, je veux  
142 être là. Et lorsque tu te retrouve face à une famille qui ne veut pas, tu dois faire abstraction et  
143 ne pas juger. Et tu accompagnes... tu expliques que la perte d'un papa tu le vis qu'une seule  
144 fois, qu'il doit être au clair avec le fait que s'il vient à le regretter il vivra avec ses regrets mais  
145 que s'il a la certitude de ne pas vouloir le faire, qu'il doit rentrer chez lui. Le dimanche, il m'a  
146 dit qu'il ne pouvait plus rester, ça femme n'était pas en accord avec ses choix. Je lui ai dit  
147 d'expliquer à son père qu'il ne pouvait plus rester et devait rentrer chez lui, et qu'il reviendrait  
148 le lendemain. Que s'il voulait revenir, même dans la nuit, qu'il n'y avait pas d'heures car on ne  
149 sait jamais ce qu'il peut se passer. Il est resté 1 minute dans la pièce face à son père. C'était trop  
150 pour lui. Puis, 45 minutes plus tard, le réanimateur le rappelle pour lui annoncer la mort de son  
151 père. C'était difficile car ça n'est pas ce que toi tu aurais fait, mais tu ne peux pas juger. Tu ne  
152 peux que conseiller, et conseiller de partir à la famille qui ne se sent pas de rester, ça fait partie  
153 de ton travail...

154 **Moi : Oui... Je te remercie d'avoir pu répondre à mes questions**

155 Rose : De rien, c'était un plaisir.

### **Annexe IV : Verbatim entretien 3**

1 **Moi : Bonjour, je m'appelle Estelle, je suis infirmière en 3<sup>ème</sup> année. Dans un premier**  
2 **temps, peux tu te présenter et présenter ton parcours ?**

3 Lila : Oui bien sûr. J'ai été aide soignante pendant 7 ans avant d'être infirmière dans un service  
4 de cancérologie. Par la suite j'ai fait l'école d'infirmière en promotion professionnelle, puis une  
5 fois diplômée, j'ai travaillé 6 mois dans un pool à l'hôpital public (chirurgie, médecine etc...).  
6 J'ai voulu toucher à tout pour savoir à peu près où j'avais envie de poser mes jalons. Mon coup  
7 de cœur a été les urgences, il y avait tout. Les urgences psychiatriques, pédiatrique, de la  
8 chirurgie, de la médecine, une salle de décrochage et un SMUR. J'ai par la suite quitté la région  
9 parisienne suite à un divorce. J'ai commencé ici dans un SSIAD en tant que salarié et un jour,  
10 un ami m'a téléphoné pour une place en libéral en tant que remplaçant. J'ai accepté et j'ai  
11 démissionné. Aujourd'hui ça fait 10 ans.

12 **Moi : Merci pour ta présentation. Dans un premier temps, est ce que tu peux me dire**  
13 **quelle place prennent les émotions dans ton quotidien de soignant ? Et peux tu les**  
14 **qualifier ?**

15 Lila : Alors, je vais faire le distinctif entre le libéral et mon expérience aux urgences. Aux  
16 urgences, tu n'as pas le temps d'avoir des émotions, ou alors ce sont des flashes. Les patients  
17 arrivent dans un brancard, tu dois les prendre tout de suite et rapidement en charge. Ils sont par  
18 la suite transférés dans un autre service et tu n'as plus jamais de nouvelles. A domicile, ce sont  
19 des personnes que tu vois tous les jours, voir trois fois par jour. Puis tu as des chouchous...moi  
20 j'ai des patients que j'aime beaucoup et d'autres que je ne peux pas encadrer...

21 **Moi : On reste des êtres humains...**

22 Lila : Complètement, évidemment. Sauf que tu n'as pas le choix tu dois tout de même les prendre  
23 en charge. Les émotions...je ne te dirai pas que tous les jours je vie de grandes émotions comme  
24 lorsque j'ai pu travailler en cancérologie. Là, une journée comme hier il ne s'est rien  
25 passé...parfois, j'ai l'impression d'être un robot. Alors évidemment tu es dans l'empathie avec  
26 les patients, tu vas être présente, tu vas partager des choses mais on est loin de vivre des  
27 émotions quotidiennes comme en cancérologie par exemple. Après parfois au domicile c'est

28 hard...quand tu as des fins de vies, des patients jeunes. Dans mon cabinet, on travaille aussi  
29 pour un camp de réfugié. Par exemple, On a une jeune dame, qui vivait en Afrique, elle s'est  
30 faite tatouer et son mari ne lui avait pas donné l'autorisation pour. Il l'a attachée sur un poteau,  
31 devant sa fille de 5 ans et lui a découpé le tatouage avec un couteau. Lorsque tu prends ce type  
32 de patient en charge, ça t'arrache le cœur. Quand il lui a découpé le tatouage, elle a fait un  
33 malaise, une infection...puis elle a fui son pays. Son bras était limite nécrosé et là forcément tu  
34 as des émotions. A domicile, c'est pas tous les jours que tu rencontres des cas comme celui-ci.

35 **Moi : Et lorsque tu es face à des patients qui sont en fin de vie justement, qu'elles sont les**  
36 **émotions que tu ressens ?**

37 Lila : Tu es seule au monde dans ta prise en charge. Tu n'as pas de collègues, le médecin tu  
38 peux le joindre par téléphone, mais c'est différent et tu te sens vraiment seule. Face à la famille  
39 c'est lourd. Contrairement à une structure où tu as un cadre, des collègues, une psychologue...  
40 donc les fins de vies à domicile, personnellement, j'ai du mal. En libéral, c'est dur. Puis tu as  
41 beau avoir des collègues, c'est celui qui bosse, qui gère. Surtout lorsque tu connais le patient  
42 depuis très longtemps, tu crées des liens... il y a pas cette barrière, tu rentres chez eux, tu fais  
43 partie des meubles, tu as les clés, tu sais où sont rangées toutes leurs affaires, alors qu'à  
44 l'hôpital, c'est impersonnel.

45 **Moi : Et tu trouves que tu ressens plus d'émotions face à un patient en fin de vie en libéral**  
46 **plutôt qu'en structure hospitalière ?**

47 Lila : Ça dépend... le patient qui m'a le plus perturbé à domicile, c'était un jeune de 29 ans  
48 atteint de tétraplégie. On l'a accompagné pendant des années, il avait une pêche incroyable, il  
49 ne se plaignait jamais. Il pouvait seulement bouger les yeux. Suite à un vaccin, il s'est retrouvé  
50 en réanimation, intubé, ventilé et il ne s'est jamais relevé. Il a fait une myéline suite au vaccin  
51 de l'hépatite. Il avait 11 ans lorsqu'on a commencé à le suivre. C'était lourd. Il était tellement  
52 gentil. Un matin, j'arrive chez lui. Je faisais la toilette, puis son père me dit qu'il trouvait son  
53 fils mal en point, mais personne n'arrivait à définir pourquoi. Je suis repassée dans l'après midi,  
54 son père m'a prévenue qu'il avait appelé SOS médecin, ils lui ont préconisé de le mettre sous  
55 ansiolytique. Le patient disait qu'il sentait que quelque chose n'allait pas, sans vraiment  
56 pouvoir le définir ou indiquer l'endroit de sa souffrance. Les constantes étaient bonnes. Je  
57 repasse le soir, ce qui ne m'arrive jamais, car j'avais un mauvais pressentiment. Visuellement  
58 il n'y avait rien. Le père a rappelé SOS médecin qui l'on transféré sur le SAMU, avec une  
59 nouvelle préconisation d'ansiolytique. Je rentre chez moi, puis dans la nuit, ma compagne me

60 réveille pour me dire que mon téléphone sonne. C'était le numéro du patient, il m'avait laissé  
61 un message vocal. Il était 4heure du matin. C'était sa mère qui hurlait en criant que son fils était  
62 décédé. Je suis directement partie chez eux, il avait fait une embolie pulmonaire. Ils avaient  
63 rappelés le Samu et lorsqu'ils sont arrivés, c'était trop tard. Ça m'a traumatisée. Ça n'est même  
64 pas une fin de vie car tu n'y es pas préparée. On avait pu tisser des liens avec la famille... sa  
65 mère m'est tombée dans les bras en hurlant qu'elle n'avait plus d'enfant.. C'était une horreur.  
66 Les pompes funèbres sont arrivées, ils ont posé la bâche sur le canapé, son père hurlait en disant  
67 qu'ils allaient le mettre dans un sac. Tout était catastrophique. Tout ça pour te dire que ça te  
68 perturbe car tu connais les personnes, plus que lorsque tu les as 15 jours à l'hôpital. Puis il était  
69 jeune....Après j'ai eu d'autres patients à domicile où tu le vis comme un soulagement...

70 **Moi : Tu peux me raconter pourquoi ?**

71 Lila : Quand tu as des patients de plus de 90ans, qui meurent d'une mort naturelle...

72 **Moi : Ah oui...Et penses tu que tes émotions peuvent influencer la prise en charge d'un**  
73 **patient en fin de vie ?**

74 Lila : Évidemment. Si je les connais depuis longtemps et que c'est quelqu'un que j'apprécie  
75 oui. Alors que si c'est quelqu'un que je prends en charge depuis peu et qu'il m'est adressée  
76 juste pour ses derniers jours alors oui je pense que ça change la donne...surtout si il ne se passe  
77 rien...tu vois...

78 **Moi : Et est ce que tu as déjà du faire l'annonce d'une fin de vie ?**

79 Lila : Alors dire à la famille « on ne peut plus rien faire... », non, ça c'est le médecin. Par contre  
80 oui, dire à la famille « vous savez là je pense qu'il n'en a pas pour très longtemps donc si vous  
81 avez des choses à dire c'est maintenant qu'il faut le faire ». Ça je le fais sans problème. Je ne  
82 me cache pas à dire qu'on ne sait pas. Même si le médecin ne l'a pas forcément qualifié de fin  
83 de vie, certains médecins te laissent te démerder et n'expriment pas clairement que c'est la fin.  
84 Puis certains ça leur est dit à l'hôpital, mais ils n'entendent pas et nous on est là aussi pour re  
85 expliquer les choses.

86 **Moi : Et pour les patients qui sont à domicile, peu suivi par leur médecin ... ?**

87 Lila : Alors là généralement on parle des personnes âgées qui arrivent au bout, alors oui on le  
88 dit à la famille. Par exemple, on a suivi pendant longtemps une dame âgée en fin de vie. On  
89 disait à la famille que « c'était une petite bougie qui allait s'éteindre tranquillement ».   
90 Lorsqu'elle est décédée dernièrement, le fils m'a téléphoné pour me dire qu'il n'oubliera jamais  
91 mes mots et m'a remerciée. Je n'hésite pas à leur dire quand je le pense, après je ne pose pas

92 des diagnostics. En général, c'est pour des personnes très âgées, je ne dis pas ça pour une  
93 personne de 45 ans sans pathologie.

94 **Moi : Est-ce qu'il y a une annonce qui a pu te marquer ?**

95 Lila : Non...

96 **Moi : D'accord, peux tu me raconter une situation de fin de vie ou tu as été en difficulté ?**

97 Lila : Oui...ça fait quelques années maintenant. C'était une dame, atteinte d'un cancer colique.  
98 Jeune, très jeune, qui vivait seule. Sa fille n'habitait pas le coin mais venait tous les week-ends.  
99 La patiente a fait un transfert avec moi, elle me prenait pour sa fille. Puis sa famille s'est  
100 énormément reposée sur moi. Elle n'est plus là depuis 6 ans maintenant et j'ai toujours des  
101 nouvelles de la fille de cette patiente...Ça a été compliqué car la première fois où elles m'ont  
102 téléphoné en sortant de la clinique elles m'ont dit « bon je sais que c'est mal barré » j'ai regardé  
103 le dossier, j'ai compris que ça allait se finir vite, elle était métastasée de partout...on a  
104 commencé l'alimentation chez elle puis très vite la douleur est arrivée. Elle a eu tous les effets  
105 secondaires et elle était toujours seule. J'ai dû me déplacer à de nombreuses fois tard le soir car  
106 la machine sonnait, elle était anxieuse...ça a été très court mais très intense. 3 mois d'enfer.  
107 Mais je m'étais beaucoup attachée, c'était une femme incroyablement gentille. Un jour de ma  
108 tournée, je frappe, personne ne répond. Quand tu frappes et que personne ne répond, tu sais que  
109 c'est mauvais signe. Puis il fait nuit et tu as une angoisse. Je rentre, je me dirige dans sa chambre  
110 ou je n'y avais jamais mis les pieds, car je la voyais toujours dans son salon. J'ai cru qu'elle  
111 était morte, elle avait un teint cireux, elle était sur le dos, les mains croisées. Puis je dis « oh  
112 putain... » et là, elle a entendu (rires) et a ouvert les yeux. Elle m'a dit qu'elle n'arrivait pas à  
113 se lever. Je pars chercher sa fille qui dormait dans la chambre d'à côté, le temps que j'y aille,  
114 elle est décédée dans les secondes qui ont suivi. C'était très dur, j'avais moi-même fait un  
115 transfert. Je m'imaginai à la place de la maman. C'était des souffrances horribles...puis de se  
116 dire qu'elle n'avait pas eu le temps de faire ce qu'elle voulait...elle voulait voyager, voir l'Inde.  
117 C'était des petites choses mais j'ai eu du mal. C'était trop rapide, trop jeune, trop injuste. Elle  
118 n'avait pas de médecin traitant. Elle avait seulement un suivi à la clinique, mais je ne l'ai jamais  
119 vu physiquement. J'étais seule.

120 **Moi : Comment tu as pu gérer ?**

121 Lila : Mis a part être là... on a eu la chance d'avoir un médecin absent physiquement mais  
122 présent lorsqu'on pouvait lui téléphoner. Il a pas hésité à gérer pour la douleur. Sauf qu'après,  
123 c'était un zombie, c'est pour ça qu'elle ne pouvait plus se lever. Alors gérer la douleur c'est

124 une chose, mais les drogues qui sont proposées rendent les patients complètement amorphes.  
125 Je me souviens, une fois elle m'a dit qu'elle rêvait de reprendre un bain. Je leur ai dit d'essayer,  
126 mais elle était mal en sortant du bain, comme si elle était morte. Elle était sous patch d'anti  
127 douleur. Lorsqu'il y a une chaleur extrême, les vaisseaux se dilatent donc elle a pris une dose  
128 de charge énorme d'un coup. Elle était complètement ailleurs. Je n'avais pas pensé à lui dire.  
129 Tous les petits plaisirs de la vie, elle ne les as pas eu. Tu te sens complètement impuissant. Puis  
130 lorsqu'elle te dit « Je serais peut être morte la semaine prochaine... », qu'est ce que tu veux  
131 répondre ? Car tu es persuadée que oui elle sera morte la semaine prochaine

132 **Moi : Tu lui dis ?**

133 Lila : Non, mais j'ai jamais nié. Lorsque je suis partie aux obsèques. Elle avait écrit une lettre  
134 que sa fille nous as lu. Elle était au clair sur tout depuis le départ. Mais tu es totalement  
135 impuissant. Tu ne sais pas quoi dire. Quand j'ai commencé en cancérologie il y a presque 20  
136 ans, je me souviens d'un petit papi, il avait un cancer de la prostate qu'on venait juste de  
137 diagnostiquer. Il m'avait dit qu'il allait mourir et je lui avait répondu « Moi aussi, on va tous  
138 mourir un jour ... » et il m'a dit « oh ça m'a remonté le moral ça, parce que oui c'est vrai on va  
139 tous mourir ». Mais elle tu ne pouvais pas lui dire ça, car si j'avais répondu connement, ça  
140 n'aurait pas été adapté au vue de son état. A part être là, tu ne peux rien faire...c'est dur de  
141 fermer la porte et de dire à demain...ou pas...après c'est vrai qu'en vieillissant tu as une  
142 carapace qui se forme, l'âge fait que tu encaisses des choses, j'ai conscience d'avoir beaucoup  
143 changé et je ne suis plus celle que j'étais il y a 20 ans.

144 **Moi : D'accord... je te remercie pour l'entretien**

145 **Lila : Avec plaisir ! Bon courage à toi**

#### **Annexe V : Verbatim entretien 4**

1 **Moi : Bonjour, je m'appelle Estelle, je suis étudiante en 3ème année. Peux tu te**  
2 **présenter et me présenter ton parcours ?**

3 Lou : Oui...En sortant de l'école j'ai directement travaillé aux urgences pendant 6 mois puis  
4 j'ai fais 3 ans de cancérologie. Après j'ai décidé de m'installer en libéral et aujourd'hui ça fait  
5 9 ans que j'ai mon cabinet.

6 **Moi : Ok...j'aimerais savoir, dans ton quotidien de soignant, peux tu me dire qu'elle**  
7 **place pour toi prennent les émotions ?**

8 Lou : Beaucoup (Rires)... ça a toujours été mon gros soucis car je suis quelqu'un  
9 d'hypersensible...même beaucoup trop sensible. Ça m'a beaucoup pénalisé, après avec  
10 l'âge...enfin non ça reste très présent (rires). J'ai du mal à mettre des barrières ou me  
11 protéger, après effectivement à domicile les émotions sont différentes. Avec le temps je me  
12 suis tout de même endurcie mais je reste hypersensible. Je vais au-delà de ma profession et  
13 j'en ai conscience. Par exemple, il a certains patients avec qui j'ai pu sympathiser qui sont  
14 venus me réparer des choses à mon domicile.

15 **Moi : Donc j'imagine que ça peu davantage t'impacter ...**

16 Lou : Oui complètement, lorsqu'il y a un décès, une fin de vie ou quand ça ne va pas,  
17 oui...forcément...il y a des patients à qui je raconte des choses plus que ce que je ne devrais.  
18 Donc le boomerang tu te le reprends en pleine face lorsqu'il y a un problème. Ça m'arrive  
19 d'emmener un papi faire des courses, le faire monter dans ma voiture pour aller chercher du  
20 thym dans la garrigue parce qu'il ne peut pas y aller (rires)...mais en cancérologie aussi au  
21 final...je crois que j'ai vraiment toujours eu du mal à mettre des barrières (rires)

22 **Moi : Tu as dis que ça te pénalisait c'est-à-dire ?**

23 Lou : Jeune en cancérologie ça m'a énormément fait souffrir, j'avais plus de repos, je revenais  
24 sur mes jours, j'appelais le matin pour avoir des nouvelles. Lorsque je me disais « ça y est je  
25 suis trop investie il faut que j'arrête... » c'était déjà trop tard. Je m'attachais trop et j'ai  
26 souffert pour des décès de patients. Mes collègues me disaient que je devais prendre du recul.  
27 Je n'arrivais pas à fermer la porte et me dire que je rentre chez moi et laisse tout au boulot.  
28 C'est pour ça que j'ai arrêté la cancérologie. Après j'ai cette personnalité...et la cancérologie  
29 ça exacerbe ça. A l'époque je trouvais qu'on laissait beaucoup trop souffrir les patients...je le  
30 vivais vraiment mal. 3 ans ça a été le maximum, il ne me fallait pas plus, je n'ai pas réussi à  
31 assez me protéger. En comparatif le libéral tu en as beaucoup moins. Ça fait plus de 15 ans et  
32 j'ai des visages et noms en tête que je n'oublierais jamais, certains patients m'ont marquée à  
33 vie. Il y a des histoires agréables et d'autres beaucoup moins. J'ai des visages de souffrances  
34 physiques et psychologiques et j'en fais encore des cauchemars presque 20 ans après. Je  
35 revois tout en détails et ça m'a marqué au fer rouge.

36 **Moi : Est-ce que tu peux me qualifier ses émotions que tu as pu ressentir ?**

37 Lou : Très forte, dans les deux versants. C'est-à-dire qu'elles étaient à la fois fortes autant  
38 dans le positif que dans le négatif. Il y a des patients qui m'ont apporté des choses énormes.

39 Donc oui des émotions très très fortes, à la fois belles et difficiles. Après j'ai un peu de mal à  
40 être au milieu, mais je suis comme ça (rires).

41 **Moi : Et est ce que tu penses que ses émotions peuvent influencer la prise en charge d'un**  
42 **patient en fin de vie ?**

43 Lou : Évidemment, trop. Parce qu'en cancérologie par exemple, j'ai fait des choses qui étaient  
44 au-delà de ce que j'avais le droit de faire. Par exemple, il y avait une patiente que j'adorais, il  
45 ne lui restait plus beaucoup de temps et était vraiment mal de ne pas pouvoir voir une dernière  
46 fois son chien. Donc une nuit, avec sa fille on a organisé la venue du chien dans le service. Le  
47 médecin n'était pas au courant, à minuit la fille est venue avec le chien et la patiente lui a fait  
48 un énorme câlin. Je m'en souviens comme si c'était hier, j'étais tellement émue et ça me  
49 touche encore aujourd'hui tu vois... j'aurais pu avoir le même désir et je me disais « de quel  
50 droit on lui empêche cette volonté avant son décès », je ne voyais pas le mal. Elle allait  
51 mourir, elle voulait voir son chien...tu vois...après je me souviens aussi d'un patient qui m'a  
52 marqué. Il était jeune, donc son cœur ne lâchait pas mais c'était terminé pour lui...après  
53 c'était sans le dire...le médecin était au courant, ça n'était pas de l'euthanasie... mais on a  
54 poussé un peu le traitement parce que c'était atroce. Il souffrait trop, il avait de l'ascite  
55 partout. Il y a une autre dame aussi, qui était peintre, elle a eu un cancer du sein qui avait  
56 metastasé. Elle avait déjà eu 2 ablations, puis elle avait 3 enfants (souffle)...je m'étais  
57 énervée avec les médecins parce que ça n'était plus possible de la laisser souffrir comme ça...

58 **Moi : Et les patients en faisaient la demande d'eux même ?**

59 Lou : Oui, très très souvent, ce qui est hallucinant en cancérologie c'est que les patients savent  
60 qu'ils vont mourir, la famille aussi, nous aussi mais tout le monde se dit « ne vous inquiétez  
61 pas ça va aller... », mais une fois que la famille part, le patient te regarde et te dit « je sais que  
62 c'est terminé... ». Souvent on est obligé de prendre la famille à part, de leur expliquer qu'il  
63 faut qu'ils disent à leur proche qu'ils sont prêt. Sinon le patient s'accroche, ne lâche pas et  
64 endure des souffrances atroces.

65 **Moi : Finalement c'est toi en tant qu'infirmière qui faisait ce travail avec la famille ?...**

66 Lou : Clairement. C'est comme lorsque le patient sort de la consultation et qu'on leur annonce  
67 qu'ils ont un cancer, ça prend 30 minutes. Ils sortent de là avec un bagage de 15 kilos en plus  
68 et tu dois les récupérer. Pour la première séance de chimiothérapie, tu dois tout ré expliquer...  
69 certains médecins sont très bien mais le temps d'annonce et d'accompagnement est très  
70 court...et après c'est fini, il sort et tu dois tout récupérer. Donc oui mes émotions ont

71 influencé beaucoup de fin de vie. J'ai fait beaucoup de choses que je n'aurais pas dû faire  
72 mais que je ne regrette pas. Il y a une patiente aussi avec qui j'ai eu une relation vraiment  
73 particulière avec elle. Elle était en fin de vie, elle avait un compagnon avec qui elle n'était pas  
74 marié et elle a décidé de se marier dans le service avant sa mort. J'étais la témoin de son  
75 mariage. J'ai pleuré tout le long, car tu sais pourquoi elle le fait...j'aurais pu chercher la lune  
76 pour la sauver...

77 **Moi : Oui je comprends ... et tu as déjà dû effectuer l'annonce d'une fin de vie ?**

78 Lou : Le médecin balance souvent la bombe et les personnes n'ont pas forcément envie de  
79 réaliser et comprendre ce qu'il se passe. Puis par exemple, il y a une patiente de 99 ans que  
80 j'ai suivi dernièrement en libéral, tu t'attends à tout moment à son départ...les filles m'ont  
81 demandé les signes, comment tu pouvais voir que tu tends vers la fin (cyanose des membres  
82 inférieurs, pauses respiratoires etc...) et tu es obligé d'expliquer tout ça aux familles, d'y  
83 mettre des mots.

84 **Moi : D'accord...Est-ce que tu peux m'expliquer une situation de fin de vie ou tu as pu  
85 être en difficulté ?**

86 Lou : Pleins (rires)... en cancérologie il y a eu certains patients où j'étais assises à côté et je  
87 comptais les pauses respiratoires. Plus je voyais que les pauses s'intensifiaient plus je me  
88 décomposait. Après à l'hôpital, tu as tes collègues et heureusement...on était une super équipe  
89 et ça t'aide...après à domicile, par exemple, il y avait un patient avec qui j'ai fait un gros  
90 transfert. Je le prenais vraiment pour mon grand père. On avait une relation sympa, il avait  
91 beaucoup d'humour, on rigolait toujours. La dernière semaine avant son décès, il a  
92 complètement changé...quand j'arrivais chez lui, il ne me reconnaissait plus, il avait peur que  
93 je le tape, il se recroquevillait sur lui-même. Ça m'a fait beaucoup de mal, car je ne savais  
94 même plus comment le prendre en charge. J'avais la sensation de l'avoir frappé, même s'il  
95 réagissait ainsi avec tout le monde. Les traitements l'ont vraiment atteint neurologiquement.  
96 Je me souviens avoir eu les larmes aux yeux...

97 **Moi : Mais tu penses aller au-delà de ce que tu devrais en tant que professionnel ?**

98 Lou : Je ne sais pas... je ne calcul rien, c'est mon cœur qui parle. Au jour d'aujourd'hui, je  
99 sais que je fais des trucs mais j'arrive à le gérer. Avant, je m'en rendais pas compte.

100 **Moi : Comment tu gérais ça avant ?**

101 Lou : Je gérais pas du tout. Je pleurais tout le temps, je ne dormais pas (pour la cancérologie).  
102 Car ce qui est dur dans ce service c'est qu'il y a beaucoup de jeunes, donc tu fais énormément

103 d'identification. A domicile, j'ai eu un patient aussi qui m'a marqué. On avait en charge un  
104 jeune, diabétique. C'était compliqué à gérer car c'était un étranger, il parlait difficilement  
105 notre langue. On essayait de l'éduquer vis-à-vis de son diabète, le but était de l'autonomiser.  
106 Le jour de l'an il avait prévu de faire une soirée, je lui avais dit que le 1<sup>er</sup> au matin je ne  
107 passerais pas mais, de m'appeler au cas où. Le 1<sup>er</sup> au matin, lors de la tournée, j'avais ramené  
108 un croissant à tout le monde, je lui avait juste déposé devant sa porte. Le 1<sup>er</sup> au soir je repasse  
109 et je vois que le croissant était toujours sur la planche de porte. J'ai tenté de lui téléphoner  
110 mais c'était sans réponse. Je me suis dis qu'il avait dû faire une grosse soirée et qu'on se  
111 verrait le lendemain. Le 2 au matin, le croissant était toujours devant la porte. Je frappais à la  
112 porte, aucune réponse, le soir j'ai prévenu la police. Ils sont venus, ont défoncé la porte... il  
113 avait une malle en fer et il était recroquevillé dedans, mort. L'image m'a choquée. Il avait trop  
114 bu et avec l'insuline il avait fait un arrêt. Lorsque je me suis retrouvée seule avec les flics, les  
115 pompiers, face à ça, c'était difficile...puis ils te posent pleins de questions, car du coup il y a  
116 une enquête

117 **Moi : Ah oui, en libéral tu te retrouves confronter à des choses...**

118 Lou : Oh oui... puis un décès en dehors des heures d'ouverture, tu n'as aucun médecin, il ne  
119 se déplace pas pour constater un décès le week-end. Le patient peut rester jusqu'au lundi...et  
120 lorsque tu retrouves un patient décédé chez lui, d'une mort inattendue, tu dois y rester jusqu'à  
121 que le procureur t'autorise de partir et que quelqu'un passe...

122 **Moi : Ah oui ça doit être difficile...**

123 Lou : Oh oui...

124 **Moi : Je te remercie d'avoir pu répondre à mes questions !**

125 Lou : C'était un grand plaisir

## Annexe VI : Grille d'analyse

Thèmes	Questions	Cadre de références	Entretien
<p>Les émotions / Mécanismes de défenses</p>	<p>Dans votre quotidien de soignant, quelle place prennent les émotions ? Et pouvez- vous les qualifier ?</p>	<p>Charles Darwin, naturaliste et paléontologue anglais. Il fut le premier à s'intéresser aux phénomènes émotionnels en 1872 en développant l'ouvrage « <i>L'expression des émotions chez l'homme et les animaux</i> ». Paul Ekman, professeur de psychologie au Département de psychiatrie de l'université de Californie s'inspirera de ses travaux. Il en ressortira alors, la notion de six émotions primaires dites universelles ou de bases : la colère, tristesse, joie, peur, surprise et dégoût.</p> <p>Selon Margot Phaneuf, professeure des sciences infirmières et consultante internationale « <i>Un contexte de soins est un lieu où les émotions fleurissent. Lorsque nous sommes en contact avec des malades, nous réagissons à ce que nous voyons de leur état, à leurs paroles, mais aussi à leur douleur, à leurs plaintes, à leur tristesse, à leurs demandes, à leurs revendications et parfois même à leur agressivité</i> » (Phaneuf, 2013, p33)</p>	<p>« <i>Tu ne peux pas travailler sans avoir d'émotions</i> » (E1, L20).  « <i>Il faut réussir à les mettre de côtés</i> » (E1, L21).  « <i>Tu apprends petit à petit à essayer de couper</i> » (E1, L25).  « <i>Il faut vachement se protéger</i> » (E1, L26).  « <i>De l'empathie...principalement</i> » (E1, L41).  « <i>Tu as la tristesse, parce qu'on est souvent confronté à la mort</i> » (E1, L41).  « <i>Les émotions tu en as tout au long de ta journée quand tu discutes avec un patient, avec une collègue ou avec le médecin</i> » (E2, L15-16).  « <i>Je ne sais pas si c'est de la joie mais il y a un truc de positif</i> » (E2, L22).  « <i>Tu peux avoir de la tendresse</i> » (E2, L25-26).  « <i>Quand tu te prends la tête avec les patients c'est un mélange de fatigue, tristesse et colère</i> » (E2, L26-27).  « <i>Tu es toi avec tes émotions et avec ce que tu ressens</i> » (E2, L33-34).  « <i>Tu as tes émotions qui prennent part à la prise en charge de ton patient</i> » (E2, L107-108).  « <i>Aux urgences tu n'as pas le temps d'avoir des émotions, ou alors ce sont des flashes</i> » (E3, L15-16).  « <i>Parfois j'ai l'impression d'être un robot</i> » (E3, L26)</p>

<p>Les émotions / Mécanismes de défenses</p>	<p>Dans votre quotidien de soignant, quelle place prennent les émotions ? Et pouvez- vous les qualifier ?</p>	<p>Margot Phaneuf dit que « <i>Le fait de porter attention à nos propres émotions nous prédispose à saisir et à comprendre celles des autres. De plus, notre cerveau est doté de neurones-miroirs, ces cellules cérébrales spécialisées qui nous font percevoir ce que vivent les autres et réagir à ce qu'ils font et à ce qu'ils souffrent comme s'il s'agissait de nous. C'est l'empathie, cette émotion qui nous porte à nous décentrer de nous-mêmes pour nous inciter à une compréhension profonde de ce que vivent les autres. Elle se distingue de la sympathie, terme qui signifie « souffrir avec » et qui nous renvoie plutôt à nos propres émotions. Alors que l'empathie (« porter vers ») nous accorde une plus grande liberté affective pour agir parce qu'elle nous pousse à réaliser les émotions des autres, mais sans les vivre vraiment, tout en préservant nos frontières personnelles</i> ». (Phaneuf, 2013, p34)</p> <p>« <i>Dans le milieu hospitalier, exprimer sa sensibilité est une attitude socialement mal acceptée, souvent jugée comme un comportement 'pas très professionnel'. Dans un tel contexte, comment assumer sa part de sensibilité, comment la percevoir autrement que comme une faiblesse ou une fragilité dont il faudrait à tout prix se déprendre ?</i> » (Hendrijckx, 2009, p2).</p>	<p>« <i>Tu es dans l'empathie avec les patients, tu vas être présente, tu vas partager des choses mais on est loin de vivre des émotions quotidiennes</i> » (E3, L26-28).</p> <p>« <i>En libéral c'est dur</i> » (E3, L42-43)</p> <p>« <i>Lorsque tu connais le patient depuis très longtemps tu crées des liens...</i> » (E3, L43-44)</p> <p>« <i>Beaucoup...ça a toujours été mon gros soucis car je suis quelqu'un d'hypersensible</i> » (E4, L8-9).</p> <p>« <i>J'ai du mal à mettre des barrières ou me protéger, après effectivement à domicile les émotions sont différentes</i> » (E4, L10-11)</p> <p>« <i>Je vais au-delà de ma profession et j'en ai conscience</i> » (E4, L12-13).</p> <p>« <i>Le boomerang tu te le reprends en pleine face lorsqu'il y a un problème</i> » (E4, L18).</p> <p>« <i>Des émotions très très fortes, à la fois belles et difficiles</i> » (E4, L39).</p> <p>« <i>Ça ma énormément fait souffrir, j'avais plus de repos, je revenais sur mes jours, j'appelais le matin pour avoir des nouvelles</i> » (E4, L23-24).</p> <p>« <i>Je m'attachais trop et j'ai souffert pour des décès de patient</i> » (E4, L25-26).</p> <p>« <i>Je n'arrivais pas à fermer la porte et me dire que je rentre chez moi et laisse tout au boulot</i> » (E4, L27).</p> <p>« <i>Je ne calcul rien, c'est mon cœur qui parle</i> » (E4, L98).</p>
--	---	--	--

<p>Les émotions / Mécanismes de défenses</p>	<p>Pensez vous que vos émotions peuvent influencer la prise en charge d'un patient en fin de vie ?</p>	<p>Georgette Hendrijckx, tient également à distinguer deux notions bien distinctes, la sensibilité et l'émotivité. Elle indique alors que la sensibilité est « <i>une faculté qui permet de percevoir avec acuité les sentiments éprouvés par les autres et par soi-même. Pour le dire autrement, préserver sa sensibilité peut aider le soignant à recevoir la souffrance, le mal-être, l'angoisse ou la colère de l'autre tout en restant proche de son propre ressenti</i> » alors qu'une trop grande émotivité « <i>peut rendre impossible l'exercice d'une activité de soignant en milieu hospitalier. La réalité nous confronte à des situations tragiques, violentes, à des visions insoutenables. On ne peut courir le risque de se trouver dans l'incapacité de réagir face à une hémorragie massive parce qu'on est impressionné par la vue du sang, d'être sidéré par la peur dans un contexte d'urgence vitale, de détourner le regard devant une plaie béante ou une mutilation</i> » (Hendrijckx, 2009, p4)</p> <p>Martine Ruszniewski identifie comme « <i>ce qui est dit peut provenir de ce qui est enfoui dans les replis de la conscience, et que l'inconscient à son propre langage</i> » (Ruszniewski, 1995, p).</p>	<p>« <i>Je ne pense pas</i> » (E1, L50).</p> <p>« <i>Il faut essayer en tout cas qu'elles ne rentrent pas trop en compte</i> » (E1, L55-56).</p> <p>« <i>Peut-être qu'on y prête un peu plus attention</i> » (E1, L60-61).</p> <p>« <i>On prend peut-être un peu plus de temps parce que les émotions rentrent en compte mais c'est plutôt après je pense qu'elles ressortent</i> » (E1, L74-75).</p> <p>« <i>Ça influencera forcément le cours de ta journée, de ta prise en charge...</i> » (E2, L16-17).</p> <p>« <i>Il y a fatalement un moment où tu vas faire une projection</i> » (E2, L32).</p> <p>« <i>Un patient en fin de vie vraiment sur la fin il ne te renvoie rien, tu n'arrives plus à avoir d'interaction réelle</i> » (E2, L43-44).</p> <p>« <i>C'est la famille qui te renvoie le plus d'émotions</i> » (E2, L46).</p> <p>« <i>Tu finis par t'impliquer aussi</i> » (E2, L55-56).</p> <p>« <i>Tu ne peux pas pleurer pour chaque décès, tu ne peux pas...te...enfin...vivre le décès comme si c'était celui de ta famille</i> » (E2, L116-117).</p> <p>« <i>Tu es le pilier fort, c'est à toi s'il se raccroche, si tu t'effondres avec eux ils n'ont plus de repères</i> » (E2, L127-128).</p> <p>« <i>Avec l'expérience tu te blindes, au début tu te protèges, maintenant la situation te touche puis deux heures plus tard quand le corps n'est plus là tu n'as plus ses émotions qui t'ont submergée. Au début quand tu es jeune diplômée elles t'accompagnent toute la journée, deux jours, trois jours...</i> » (E2, L130-133 ».</p> <p>« <i>Si je les connais depuis longtemps et que c'est quelqu'un que j'apprécie oui</i> » (E3, L77-78).</p> <p>« <i>Évidemment, trop</i> » (E4, L43).</p> <p>« <i>J'ai fais des choses qui étaient au-delà de ce que j'avais le droit de faire</i> » (E4, L43-44).</p> <p>« <i>Mes émotions ont influencé beaucoup de fin de vie</i> » (E4, L70-71).</p> <p>« <i>J'aurais pu chercher la lune pour la sauver</i> » (E4, L75-76).</p>
--	--	---	---

<p>L'annonce d'une fin de vie</p>	<p>Avez-vous déjà dû effectuer l'annonce d'une fin de vie ?          Etiez-vous seule ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si oui pouvez-vous me la raconter ?</li> <li>○ Si non, avez-vous déjà assisté à l'annonce d'une fin de vie et pouvez-vous me la raconter ?</li> </ul>	<p>D'après Florent Shepens, dans son ouvrage les soignants et la mort : « <i>Lorsque le mourant est conscient, l'exercice peut devenir plus complexe pour les soignants : la communication ouverte avec le patient au sujet de la mort est le plus souvent taboue</i> » (Shepens, 2013). De plus, il indique que « <i>Parler de la mort avec le patient sujet, oui, mais avec le patient-sujet, non : la réciprocité engendre chez les soignants un sentiment de culpabilité. Ainsi la singularité du patient mourant est plus facile à mettre en avant lorsque le patient est absent en tant qu'acteur de la situation</i> » (Shepens, 2013)</p> <p>Hélène Brocq souligne, dans son article « éthique et annonce de diagnostic » : « <i>Bien souvent, le patient oscille entre un désir de savoir, de connaître la vérité sur son état, et un refus de savoir qui lui permet de se ressourcer pour mieux faire face à ce qui l'attend</i> » (Brocq, 2008, p. 69)</p>	<p>« <i>A la famille, seule, non jamais, c'est le médecin</i> » (E1, L92).          « <i>C'est rare qu'on lui annonce et qu'il soit conscient</i> » (E1, L91-92).          « <i>Être présent quand on leur annonce, oui...</i> » (E1, L96-97).          « <i>C'est le plus dure la suite je trouve</i> » (E1, L116).          « <i>Je ne sais jamais quoi dire</i> » (E1, L118).          « <i>Il y a pleins de questions auxquelles tu ne peux pas répondre</i> » (E1, L104).          « <i>Dans la majorité des cas c'est le médecin</i> » (E2, L65).          « <i>Les familles, même si elles s'y attendent sont sous le choc et toi en tant qu'infirmière tu repasse derrière le médecin pour reformuler</i> » (E2, L67-68).          « <i>Parfois ils vont plus retenir ton discours</i> » (E2, L73).          « <i>La famille s'accroche plus sur toi et ce que tu dis parce que le choc de l'annonce sera passé</i> » (E2, L74-75).          « <i>Puis les mots, c'est à eux de te les dire, ça n'est pas à toi</i> » (E2, L75-76).          « <i>S'ils le disent c'est que c'est réel pour eux, s'ils ne le disent pas ils peuvent alors être dans le déni</i> » (E2, L84-85).          « <i>Après on nous en parle peu à l'école et tu t'en rends compte que lorsque tu es sur le terrain</i> » (E2, L86-87).          « <i>Il y a toujours une infirmière avec le médecin pour faire l'annonce</i> » (E2, L93).          « <i>Dire à la famille : vous savez là je pense qu'il n'en a pas pour très longtemps donc si vous avez des choses à dire c'est maintenant qu'il faut le faire. Ça je le fais sans problème. Je ne me cache pas à dire qu'on ne sait pas</i> » (E3, L83-85).</p>
-----------------------------------	--	---	---

<p>L'annonce d'une fin de vie</p>	<p>Avez-vous déjà dû effectuer l'annonce d'une fin de vie ? Etiez-vous seule ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si oui pouvez-vous me la raconter ?</li> <li>○ Si non, avez-vous déjà assisté à l'annonce d'une fin de vie et pouvez-vous me la raconter ?</li> </ul>	<p>La loi du 04 Mars 2002, dite loi Kouchner, indique que selon l'article L. 1111-. « <i>Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé...</i></p> <p>Hélène Brocq : « <i>En matière d'information médicale, nous pouvons dire qu'il s'agit donc de « tailler », de « sculpter », d'analyser la personnalité du malade et, du point de vue psychologique en tout cas, l'information au malade peut donc être comprise comme un authentique travail de sculpture dont la matière est d'ordre affectif</i> » (Brocq, 2008, p.66)</p>	<p>« <i>Certains médecins te laissent te démerder et n'expriment pas clairement que c'est la fin</i> » (E3, L86-87).</p> <p>« <i>Ça leur est dit à l'hôpital, mais ils n'entendent pas et nous on est là aussi pour re expliquer les choses</i> » (E3, L87-88).</p> <p>« <i>Des personnes âgées qui arrivent au bout, alors oui on le dit à la famille</i> » (E3, L90-91).</p> <p>« <i>Les patients savent qu'ils vont mourir, la famille aussi mais tout le monde se dit : ne vous inquiétez pas ça va aller mais une fois que la famille part, le patient te regarde et te dit : je sais que c'est terminé</i> » (E4, L59-61).</p> <p>« <i>On leur annonce qu'ils ont un cancer, ça prend 30 minutes. Ils sortent de là avec un bagage de 15kilos en plus et tu dois les récupérer</i> » (E4, L66-68).</p> <p>« <i>Le médecin balance souvent la bombe et les personnes n'ont pas forcément envie de réaliser et comprendre ce qu'il se passe</i> » (E4, L78-79).</p> <p>« <i>Tu es obligé d'expliquer tout ça aux familles, d'y mettre des mots</i> » (E4, L82-83).</p>
-----------------------------------	---	---	--

<p>La prise en charge d'une fin de vie</p>	<p>Pouvez-vous me décrire une situation de fin de vie ou vous avez pu être en difficulté ?</p>	<p>D'après Florent Shepens, outre l'accompagnement de la douleur, des symptômes d'inconforts... le soignant va devoir entrer dans un questionnement psychique bien plus complexe « <i>il va se demander ce que soigner veut dire lorsque guérir est impossible</i> » (Shepens, 2013, p.242).</p> <p>Mais aussi « <i>il va devoir entendre l'indicible et voir ce que l'homme vulnérabilisé essaie de cacher : la souffrance existentielle et spirituelle</i> » (Shepens, 2013, p242)</p> <p>La mort en elle-même est le reflet d'angoisse, de peur, difficilement définissable. Jankélévitch, nomme nos peurs, anxiétés, angoisses liées au « <i>mouvement du rien vers le nulle-part</i> » (Jankélévitch, 1994).</p>	<p>« <i>Elles sont toutes difficiles</i> » (E1, L133).</p> <p>« <i>La toute première fin de vie que tu fais...tu rentres dans la chambre, quelqu'un est décédé et tu ne t'y attends pas, tu as pas le temps de réagir</i> » (E1, L136-137).</p> <p>« <i>C'est celle qui m'a le plus marqué car c'était la première fois que je voyais une personne décédé</i> » (E1, L144-145).</p> <p>« <i>En plus du fait de trouver quelqu'un de mort, tu as tout le reste à gérer</i> » (E1, L147-148).</p> <p>« <i>Il faut vraiment être préparé à tout ce qu'il y a à côté</i> » (E1, L148).</p> <p>« <i>Quand c'est ton premier décès tu as déjà le choc du premier, c'est pas facile</i> » (E1, L150)</p> <p>« <i>C'était une situation compliquée pour moi, car si je perds un de mes proches, je veux être là. Lorsque tu te retrouve face à une famille qui ne veut pas, tu dois faire abstraction et ne pas juger</i> » (E2, L143-144).</p> <p>« <i>Ça ma traumatisée. Ça n'est même pas une fin de vie car tu n'y es pas préparée</i> » (E3, L65-66).</p> <p>« <i>Ça te perturbe car tu connais les personnes, plus que lorsque tu les as 15 jours à l'hôpital</i> » (E3, L70-71).</p> <p>« <i>J'ai eu d'autres patients à domicile ou tu le vis comme un soulagement</i> » (E3, L71-72).</p> <p>« <i>Ça a été très court mais très intense. 3 mois d'enfer. Mais je m'étais beaucoup attachée</i> » (E3, L110-111).</p> <p>« <i>C'était très dur, j'avais moi-même fait un transfert. Je m'imaginai à la place de la maman</i> » (E3, L119).</p> <p>« <i>Tu te sens complètement impuissant</i> » (E3, L133-134).</p>
--	--	---	---

<p>La prise en charge d'une fin de vie</p>	<p>Pouvez-vous me décrire une situation de fin de vie ou vous avez pu être en difficulté ?</p>	<p><i>« L'homme n'est pas seulement un être qui est, mais qui prend conscience qu'il est. Il survole son devenir et il ne peut pas faire autrement parce qu'il a une conscience pour prendre conscience. Lorsqu'on survole son devenir en même temps qu'on est dedans, alors la collision engendre l'angoisse de la mort. Cette angoisse nait de la collision entre un devenir qui pourrait être éternel pour celui qui le vit, mais qui cesse de l'être quand il le regarde du dehors » (Jankélévitch, 1994)</i></p>	<p><i>« Lorsqu'elle te dit : je serais peut-être morte la semaine prochaine. Qu'est ce que tu veux répondre ? Car tu es persuadée que oui elle sera morte » (E3, L134-135).</i></p> <p><i>« Pleins... » (E4, L86).</i></p> <p><i>« Il y avait un patient avec qui j'ai fais un gros transfert. Je le prenais vraiment pour mon grand père » (E4, L89-90).</i></p> <p><i>« Ça m'a fait beaucoup de mal, car je ne savais même plus comment le prendre en charge » (E4, L93,94).</i></p> <p><i>« Je me souviens avoir eu les larmes aux yeux » (E4, L96).</i></p> <p><i>« L'image m'a choquée » (E4, L113)</i></p> <p><i>« Lorsque je me suis retrouvée seule avec les fils, les pompiers, face à ça, c'était difficile... » (E4, L114-115).</i></p>
--	--	---	--

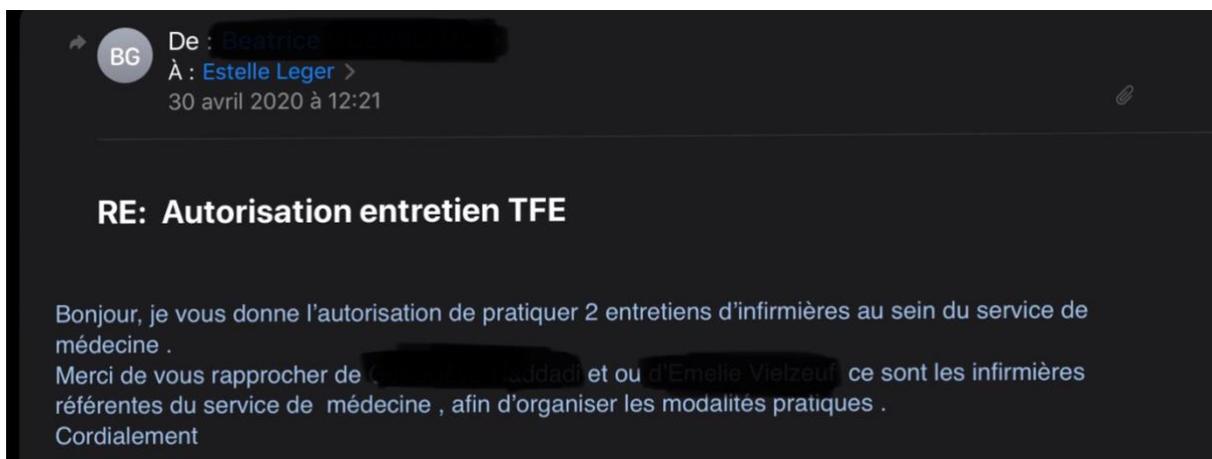
<p>La prise en charge d'une fin de vie</p>	<p>Comment avez-vous pu gérer cette situation ?</p>	<p>Selon Hendrijckx, afin de préserver au mieux les soignants, il y a la la nécessité d'un lieu et de temps pour penser. Un lieu, permettant finalement la mise en avant de son intelligence émotionnelle. <i>« Accorder toute son importance au poids des mots, à la valeur de la parole, celle qu'on dit et celle qu'on entend, tenter de mettre en mots ce qu'on éprouve, est un chemin qui permet, à celui qui décide de s'y engager, de trouver en lui-même de nouvelles ressources »</i>. (Hendrijckx, 2009, p5). Par ailleurs, elle indique bien qu'il ne s'agit pas d'un lieu émanant plaidoiries et jugements <i>« comme le craignent parfois les responsables, d'un lieu où déverser sa plainte, ou d'un exutoire où s'expriment les reproches adressés à l'institution. Il ne s'agit pas, comme l'espèrent parfois les soignants, d'un lieu où leur serait transmis un savoir sous la forme d'une « procédure standard » énonçant les consignes à suivre pour améliorer ses « compétences relationnelles » : comment bien dire, bien écouter, comment rendre le patient compliant, comment bien accompagner la fin de vie, comment bien mourir ... »</i> (Hendrijckx, 2009, p4-5)</p>	<p><i>« Faut que tu arrives à gérer ça »</i> (E1, L156-157).  <i>« C'est pleins de choses que je ne savais pas, qu'on ne m'avait pas enseigné à l'école »</i> (E1, L159-160).  <i>« Si tu sais quoi faire, tu vas le faire machinalement et tu pourras essayer de gérer au mieux tes émotions avec ce qu'il se passe »</i> (E1, L164-165).  <i>« J'ai de la chance d'avoir des collègues »</i> (E1, L171).  <i>« Tu essayes de vite passer »</i> (E1, L177-178).  <i>« Avec l'habitude tu verras...ici le nombre de collègues que j'ai ramassé en pleurs après les décès...mais au bout d'un moment tu te protèges »</i> (E2, L105-107).  <i>« Si tu n'est pas préparé à ça, si tu ne te protèges pas pour ça, tu t'effondres à chaque fois et tu ne peux pas, c'est pas possible... »</i> (E2, L112-113).  <i>« Tu es seul au monde dans ta prise en charge. Tu n'as pas de collègues, le médecin tu peux le joindre par téléphone, mais c'est différent et tu te sens vraiment seule »</i> (E3, L39-41).  <i>« A part être là, tu ne peux rien faire »</i> (E3, L145).  <i>« C'est vrai qu'en vieillissant tu as une carapace qui se forme »</i> (E3, L146-147).  <i>« A l'hôpital tu as t'es collègues et heureusement »</i> (E4, L88).  <i>« Je gérais pas du tout. Je pleurais tout le temps, je dormais pas (en cancérologie) »</i> (E4, L101)  <i>« Tu fais énormément d'identification »</i> (E4, L102-103).</p>
--	---	--	--

## Annexe VII : Demande d'autorisation d'entretien à la Direction des Soins

 <p><b>GIPES</b> Groupement d'Intérêt Public des Établissements de Santé d'Avignon &amp; du Pays de Vaucluse</p>	 <p><b>RÉGION SUD</b> PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR</p>
<b><u>INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS</u></b>	
Mme LÉGER Estelle. Étudiant(e) en soins infirmiers	à Madame la Directrice des Soins Monsieur le Directeur des soins
<b>Adresse :</b> 1171 route de l'aérodrome, résidence de l'orée des remparts, appartement 16, bâtiment J, 84140 Montfavet <b>Téléphone :</b> 07.83.58.28.08 <b>Mail :</b> estelle.leger@hotmail.fr	
Avignon, le 24/04/2020	
Madame, Monsieur,	
J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans un de vos services de médecine.	
Auprès d'une infirmière avec une expérience d'au moins 3 ans et d'une infirmière jeune diplômée.	
Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : les émotions des soignants face à la prise en charge d'un patient en fin de vie.	
Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.	
En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.	

Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse

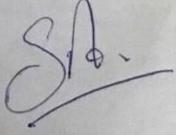
## Annexe VIII : Autorisation de la Direction des Soins

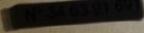


**Annexe IX : Autorisation du cabinet libéral 1**

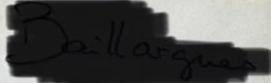
 le 27 avril 2020,

Je soussignée R.S. infirmière  
libérale, autorise M<sup>lle</sup> Estelle  
Leger à interviewer et mettre  
à l'écrit notre entretien dans  
le cadre de son mémoire de  
fin d'études.



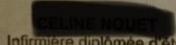
  
Infirmière diplômée d'état  


**Annexe X : Autorisation du cabinet libéral 2**

 le 27.04.20.

Je Sauvignie N.C. infirmière  
libérale autorisée Jelle estelle Lager  
à intervenir et mettre à l'écrit  
notre esthétien dans le cadre de  
notre service de fin d'études.



  
Infirmière diplômée d'état  


## Annexe XI : Autorisation de la diffusion du travail de fin d'étude



### AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

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

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

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

**Je soussignée** (Prénom, NOM) : Estelle LEGER

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) Que se cache-t-il derrière le masque de nos émotions ?

**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 21/05/2020 ..... Signature :



## Résumé

### « Que se cache-t-il derrière le masque de nos émotions ? »

L'expérience de la mort fait écho à notre propre existence, nos propres peurs. Accepter ses émotions, conduit à accepter sa vulnérabilité contraire à la vision du monde hospitalier. C'est ainsi que des mécanismes de défense peuvent se créer. J'ai alors orienté mon travail de fin d'étude vers la question de recherche suivante : « **Les émotions ressenties par les soignants peuvent-elles influencer la prise en charge d'un patient en fin de vie et adoptent-ils des mécanismes de défense pour ne pas se laisser submerger par celles-ci ?** ». Différents concepts ont ainsi permis d'enrichir ce questionnement. Dans la relation à l'autre, les émotions sont indissociables. C'est par la récolte d'une enquête de terrain que d'autres hypothèses ont pu voir le jour. Une meilleure connaissance de soi permettrait ainsi d'obtenir un meilleur équilibre entre chaque instance. L'intelligence émotionnelle et l'expérience, source d'une meilleure maîtrise de ses émotions, pourraient conduire à un enrichissement de la relation soignant-soigné.

183 mots.

Mots clés : *émotions - fin de vie - intelligence émotionnelle - mécanismes de défense - expérience.*

## Abstract

### « What is hidden behind the mask of our emotions ? »

The death experience echoes our own existence, our own fears. Accepting one's emotions, leads to accepting one's vulnerability opposed to the vision of the hospital setting. This is how defence mechanisms can be created. Then, I have chosen to focus my end of course assignment on the following research question : « **Can the emotions felt by the caregivers influence the care of an end of life patient, and do they adopt defense mechanisms in order to not be overwhelmed by them ?** ». Different concepts have allowed to enriched this questioning. In relationships with others, emotions are inseparable. It was thanks to a field study that other hypotheses were able to emerge. Indeed, a better self-knowledge would allow to obtain a better balancer between each instance. Emotional intelligence and experience, source of a better control of one's emotions, could lead to an enrichment of the relationship between the carer and the patient.

178 words.

Keywords : *emotions – end of life – emotional intelligence - defense mechanisms – experience.*