



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

En quoi les émotions de l'infirmier peuvent-elles influencer l'accompagnement des proches lors d'un décès du patient ?

Formateur référent mémoire : ROUET Stéphanie

Etudiante : BARIL Adèle
Formation infirmière
Promotion 2018-2021

Date de remise : 10 mai 2021



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

En quoi les émotions de l'infirmier peuvent-elles influencer l'accompagnement des proches lors d'un décès du patient ?

Formateur référent mémoire : ROUET Stéphanie

Etudiante : BARIL Adèle
Formation infirmière
Promotion 2018-2021

Date de remise : 10 mai 2021



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

En quoi les émotions de l'infirmier peuvent-elles influencer l'accompagnement des proches lors d'un décès du patient ?

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'État Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 8 mai 2021

Identité et signature de l'étudiant : Baril Adèle

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

A ma formatrice référente de mémoire, Stéphanie Rouet, pour son accompagnement, son soutien, sa disponibilité et ses bons conseils tout au long de ce travail.

Aux différents professionnels de santé rencontrés durant ma formation et mes stages, et particulièrement aux infirmiers interviewés pour cet écrit.

A ma famille pour leur soutien durant ces 3 années de formation.

Et bien sûr à mes amis qui ont été là pour pour les hauts et pour les bas et grâce à qui j'ai passé 3 super années.

SOMMAIRE

Introduction	1
1. Vers la question de départ : présentation de la situation d'appel	2
2. Le cadre théorique	5
2.1 Le décès	5
2.1.1 Définitions et législation	5
2.1.2 Le deuil	6
2.1.3 L'évolution de la représentation du décès dans la société	7
2.2 Les émotions infirmières lors d'un décès	9
2.2.1 Les émotions	9
2.2.1.1 Définition	9
2.2.1.2 Brève explication scientifique	9
2.2.1.3 Les différentes émotions	9
2.2.2 Les émotions infirmières	10
2.2.2.1 Les normes attendues des infirmières	10
2.2.2.2 Les mécanismes de défense	11
2.2.2.3 Le deuil du soignant	13
2.3. La relation infirmier-famille	13
2.3.1 L'accompagnement des proches en général lors des soins	13
2.3.2 L'accompagnement des proches lors d'une fin de vie	14
2.3.3 L'accompagnement des proches lors d'un décès	16
3. Le cadre empirique	17
3.1 Méthodologie d'enquête	17
3.1.1 Objectifs de l'enquête	17
3.1.2 Populations concernées	17
3.1.3 Moyens et méthodes d'entretiens	17
3.1.4 Bilan du dispositif	18
3.2 Analyse descriptive des entretiens	18
3.2.1 Connaissance de la personne	18
3.2.2 Perception de l'infirmier quant à l'accompagnement des familles	18
3.2.3 La gestion des émotions dans la prise en charge du décès d'un patient	20
3.2.4 Etablissement de l'influence des émotions des infirmiers sur l'accompagnement des familles	22
4. La discussion	24
4.1 L'expérience infirmière avec le décès du patient	24
4.2 L'accompagnement des proches	25
4.3 Les émotions infirmières	27
La conclusion	31
La bibliographie	33
Les annexes	35
Abstract	63

INTRODUCTION

Étudiante en 3^{ème} année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes, je me suis souvent questionnée sur la place de nos émotions en tant que soignant.

On nous a toujours appris, avant même le début de ma formation, qu'il était important de savoir gérer ses émotions et de ne pas les montrer dans la mesure du possible.

On parle souvent du mythe du « bon soignant » qui doit rester professionnel en gardant un visage neutre même face aux situations les plus difficiles. On parle alors de « distance professionnelle ».

On nous explique d'ailleurs qu'une des clefs pour réussir à maîtriser nos émotions est l'uniforme. Certains comparent même la blouse blanche à une armure, qui permet d'ériger une barrière protégeant nos émotions.

Pourtant, l'infirmier fait face à des situations parfois très difficiles, qui peuvent le toucher plus ou moins fortement notamment en fonction de son expérience personnelle. L'infirmier reste un être humain, avec des émotions, et croire qu'il effectue son travail sans jamais être touché par certaines situations est pour moi utopique.

C'est lors d'un stage en unité de soins palliatifs au semestre 5 que cette pensée s'est enrichie. En effet, j'ai été étonné d'observer les équipes souvent touchées face à certaines fins de vie, avec parfois des pleurs, et beaucoup d'échanges quant à leurs émotions entre les différents membres de l'équipe. L'idée qu'un infirmier doit garder ses émotions pour lui et que cela ne doit pas impacter son travail n'avait pas sa place dans ce service.

Moi-même confrontée à des situations difficiles, j'ai particulièrement été interpellé par la complexité de la prise en charge de décès de patient, et notamment de l'accompagnement infirmier.

Au cours de ce travail, dans un premier temps, je décrirai la situation d'appel qui m'a fait naître plusieurs questionnements m'amenant à ma question de départ.

Dans un second temps, je développerai mon cadre théorique à travers mes recherches. Tout d'abord, j'aborderai la notion de décès. Ensuite, je me pencherai sur le concept des émotions et notamment celles des infirmiers. Enfin, je développerai la notion de l'accompagnement infirmier avec la famille, et particulièrement lors d'une fin de vie et d'un décès.

Dans un troisième temps, je présenterai le cadre empirique avec une retranscription du guide d'entretien et une analyse descriptive des entretiens.

Ensuite, je développerai la discussion qui permettra de mettre en lien mon cadre théorique, l'analyse de mes entretiens et mes réflexions personnelles.

Enfin, dans une dernière partie, je conclurai ce travail d'initiation à la recherche.

1. Vers la question de départ

Cette situation se déroule en stage en unité de soins palliatifs lors de mon semestre 5.

Le mardi 20 octobre, je commençais ma 2ème nuit en stage de soins palliatifs. J'étais avec la même infirmière que la veille et, d'après les transmissions, aucun patient de notre secteur n'était considéré en fin de vie. Je prenais en charge quatre patients, dont une femme, Mme B.

Mme B est âgée de 64 ans, elle est sourde et présente un cancer du rectum et un carcinome épidermoïde utérin. Elle est entrée dans le service pour asthénie, des douleurs pelviennes, une perte d'appétit et des diarrhées.

Ces derniers jours son état s'était dégradé : elle avait de plus en plus de mal à se déplacer, elle avait chuté à deux reprises dans le service les nuits précédentes, elle ne s'alimentait plus et présentait une grande asthénie. De par sa surdité, il était difficile de communiquer avec elle. Elle arrivait à lire sur les lèvres de ses interlocuteurs, mais ces derniers temps elle avait tendance à fermer les yeux et à se fermer à toute communication.

Au premier tour de la nuit, lorsque nous vîmes Mme B, nous l'avons retrouvée très inconfortable. Son état s'était nettement dégradé, il ne correspondait plus à ce qu'on nous avait transmis une heure auparavant, elle était en phase d'agonie. Devant ce tableau, nous avons mis en place des soins en suivant les prescriptions médicales afin de l'apaiser et nous avons joint le médecin pour avoir un avis médical et des nouvelles prescriptions (celles en place ne suffisait pas pour la soulager). Cela prit du temps (environ 30 minutes), et une fois Mme B soulagée, j'ai pu téléphoner à la fille afin de la prévenir de l'état de santé de sa mère.

Sa fille m'apprit qu'elle avait 45 minutes de route et me demanda si elle avait le temps de venir avant que sa mère ne parte, je lui ai répondu qu'on ne pouvait pas prédire ce genre d'événement.

Finalement, Mme B commença à faire de longues pauses respiratoires. Je m'étais installée auprès d'elle en lui tenant la main et elle partit ainsi dans son sommeil sans signes de souffrance.

Mme B est décédée à 22h45, soit environ une heure après notre premier passage de la soirée et dix minutes après que j'ai appelé sa fille.

Avant que la fille de Mme B arrive, l'infirmière et moi avons discuté de ce qu'il venait de se passer. Je ressentais de la culpabilité, j'avais l'impression qu'on était passé à côté de quelque chose, qu'on avait mis trop de temps pour la soulager et surtout, je me sentais coupable de ne pas avoir appelé sa fille plus tôt.

L'infirmière me dit qu'elle était aussi touchée par la situation, elle me rassura en disant qu'on avait fait le maximum avec ce qu'on avait et que l'important était que Mme B parte en étant soulagée. Nous étions toutes les deux assez secouées, et il fallut qu'on prenne une pause pour maîtriser nos émotions et reprendre le travail.

On était encore sous l'émotion quand sa fille arriva. On l'a pris à part, dans le salon des familles pour lui annoncer la nouvelle. J'ai trouvé cela compliqué à faire, on ne savait pas trop où commencer et quels mots utiliser. Ce n'était pas la première fois que j'annonçais un décès, mais c'était la fois la plus difficile. Cela est en partie dû au fait que l'infirmière et moi-même étions encore chamboulées par ce qu'on venait de vivre. Lorsqu'on lui apprit la nouvelle, elle a d'abord eu un choc où elle pleura.

Puis rapidement, on a senti qu'elle était en colère contre l'équipe soignante. Elle ne comprenait pas pourquoi on ne l'avait pas appelé plus tôt, pourquoi on ne lui avait pas dit qu'elle n'arriverait pas à temps et surtout pourquoi son état s'était dégradé aussi rapidement. On voyait dans son regard l'incompréhension, mais aussi de la suspicion.

Cela fut dur pour l'infirmière et moi qui étions encore secouées par le décès de la patiente, mais on prit alors le temps de discuter avec elle, de lui expliquer la situation, de la rassurer sur le fait que sa mère était partie soulagée et accompagnée. On a pu répondre à ses questions, la soutenir, et finalement, lui laisser du temps avec sa mère.

Par la suite, la fille de Mme B est revenue nous voir et nous a remercié pour la prise en soins de sa mère mais aussi pour l'avoir accompagné, elle, dans l'annonce du décès et dans le deuil.

Cette situation a suscité de nombreux questionnements :

Pourquoi certaines situations nous touchent plus que d'autres ? Un décès a-t-il un impact différent sur le soignant selon qu'il connaissait bien le patient ou non ? Nos émotions peuvent-elles altérer notre prise en charge des familles ? Comment continuer à prendre en soin en restant professionnel

lorsque nous sommes touchés par une situation ? D'ailleurs comment mesurer cette « distance professionnelle » qu'on nous demande d'avoir ?

Quelle distance faut-il maintenir avec les proches lors d'un décès ? Comment accueillir les différentes émotions d'une famille (colère, culpabilité, incompréhension, ...) ainsi que nos propres émotions lors de l'annonce d'un décès ? Est-ce que montrer les émotions des soignants peut créer un lien, une relation de confiance avec la famille ou au contraire être mal vécu ? Quelle est la place des émotions des soignants dans la prise en charge des proches lors d'un décès ?

Ce cheminement m'a permis de repérer que je souhaitais travailler sur l'impact des émotions des infirmiers et notamment sur l'accompagnement des familles. J'ai alors posé ma question de départ sous cette forme :

En quoi les émotions de l'infirmier peuvent-elles influencer l'accompagnement des proches lors d'un décès du patient ?

2. Le cadre conceptuel

2.1 Le décès

2.1.1 Définitions et législation

Le Larousse définit le décès comme « la mort d'une personne ».

Lorsque l'on recherche sa définition de la mort, on peut trouver « la perte définitive par une entité vivante (organe, individu, tissu ou cellule) des propriétés caractéristiques de la vie, entraînant sa destruction ».

Sur le plan médico-légal, afin d'être déclaré comme mort, il faut remplir certaines conditions précisées dans le Code de Santé Publique dans les articles R. 1232-1 et R.1232-2.

Les critères cliniques permettant de constater la mort d'une personne sont cités dans l'article R.1232-1 :

- « L'absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée
- L'abolition de tous les réflexes du tronc cérébral
- L'absence totale de ventilation spontanée »

L'article R.1232-2 donne quant à lui les examens permettant « d'attester du caractère irréversible de la destruction encéphalique :

- Soit à deux électroencéphalogrammes nuls et aréactifs effectués à un intervalle minimal de quatre heures, réalisés avec une amplification maximale sur une durée d'enregistrement de trente minutes et dont le résultat est immédiatement consigné par le médecin qui en fait l'interprétation ;
- Soit à une angiographie objectivant l'arrêt de la circulation encéphalique et dont le résultat est immédiatement consigné par le radiologue qui en fait l'interprétation. »

Aujourd'hui, la mort médicale correspond alors à la mort cérébrale.

Or, d'après le dossier « L'IDE et la mort à l'hôpital » (2014) de Pascale Thibault, les progrès scientifiques sur la recherche concernant le fonctionnement cérébral pourraient faire évoluer cette définition.

Pascale Thibault explique par ailleurs que l'on distingue deux façons de mourir dans les services hospitaliers ou à domicile.

Premièrement, il y a la "mort brutale", celle dont l'équipe médicale et les proches ne s'attendent pas. Elle est due à un accident ou à une maladie fulgurante.

Ensuite, il y a la « mort attendue », le patient est ici atteint d'une maladie incurable. L'équipe et les proches connaissent l'issue.

Qu'importe la façon de mourir, chaque situation reste unique et demande une prise en charge spécifique du patient et de ses proches.

2.1.2 Le deuil

Le Larousse le définit comme une « douleur, affliction éprouvée à la suite du décès de quelqu'un, état de celui qui l'éprouve ».

Chaque personne vit son deuil différemment, c'est un processus long, qui n'est pas linéaire. On remarque pourtant que l'on traverse tous des étapes semblables.

Elisabeth Kubler Ross (1924-2004) les a formalisés et les a appelés les cinq étapes du deuil (five stage of grief). Elles sont vécues par les personnes ayant perdu un être cher ou une personne faisant face à la perte d'une fonction importante de son corps, la perte de son autonomie ou encore face à sa mort imminente. Ces cinq étapes ne sont pas toujours vécues, et elles peuvent l'être dans le désordre.

- Le choc, le déni : phase de sidération, cela paraît irréel, la personne peut même refuser d'écouter les détails de la mort. « Ce n'est pas possible » « il y a une erreur ».
- La colère : la personne prend conscience des faits, sentiment d'indignation, rejet des faits et des personnes. Elle peut alors chercher un coupable. « Pourquoi lui ? » « C'est injuste ».
- Le marchandage : la personne cherche des solutions désespérées (pèlerinages, promesses, utilisations de moyens alternatifs , ...). « Si vous le laissez vivre encore 1 an, je ferai ci, ça ».
- La dépression : souffrance, perte d'énergie, lassitude. Difficulté à faire face au quotidien. C'est une étape normale, mais qui peut devenir pathologique si trop longue.
- L'acceptation : la douleur s'est apaisée.

On parle du travail de deuil, il a pour but de tendre à retrouver une vie « normale ». Ce travail a énormément changé au cours de l'histoire, notamment ces cinquante dernières années. Comment a évolué le regard que porte la société sur la mort ?

2.1.3 L'évolution de la représentation du décès dans notre société

Aujourd'hui, la mort est une rupture, on nous arrache les êtres chers, on la redoute, elle est souvent mal vécue. Avant la mort était habituelle et faisait partie intégrante de la vie.

Philippe Ariès dans son ouvrage « Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours » expose quatre différentes attitudes face à la mort au cours des siècles :

- La mort apprivoisée (avant le XIIème siècle) :

La mort à l'époque est familière, l'homme n'en a pas peur. Il y a une confiance mystique qui fait que l'homme fait preuve d'une résignation face au destin.

Il y a par ailleurs tout un cérémonial public autour du lit du mourant (à domicile) organisé par le mourant lui-même sans émotions excessives.

- La mort de soi (à partir du XIIème siècle) :

Apparition d'une individualisation, la mort est alors plus dramatique et personnelle.

L'homme est jugé à la fin de sa vie, il y a une notion de bien et de mal avec une justice. Cette époque marque aussi la fin de l'anonymat sur les tombeaux.

L'homme à cette époque a conscience que sa vie est courte, il est considéré comme un « mort en sursis » et a donc une passion de la vie.

Il y a toujours le cérémonial au lit du patient.

- La mort de toi (à partir du XVIIIème siècle) :

La mort n'est alors plus banale. C'est la mort de l'autre qui prend le plus d'importance, le regret de la personne, le manque. Il y a une séparation avec l'être aimé.

Il y a une importante dramatisation face à cette mort. Il y a d'un côté énormément d'émotions à l'idée même de la mort (pleurs, prières, évanouissements, jeûn, ...). Et d'un autre côté une exagération du deuil. Le deuil est d'ailleurs protocolisé, il y a alors des habits de deuil, une durée minimum de deuil qui est adaptée en fonction de la proximité avec la personne décédée, des visites à la personne endeuillée qu'il est bon ton de faire. Ce deuil est très présent, et surtout, on le montre (habits, convois funéraires, pèlerinages aux tombeaux).

- La mort interdite (XXème siècle) :

La mort devient interdite, un objet de honte face à sa familiarité, et son importante présence autrefois.

On remarque un changement du lieu de la mort mi-XXème : l'hôpital, et on y meurt seul. Il n'y a plus de cérémonie rituelle. Le personnel soignant devient alors les « maîtres de la mort », et celle-ci est liée à l'arrêt de soins.

On se cache quand on exprime des émotions, cela reste en privé. Il faut que le monde (voisin, travail, enfants, ...) soit le moins possible au courant (il n'y a plus les habits du deuil, les différentes convenances, les grandes cérémonies, on va de moins en moins au cimetière...).

La mort qui était très familière autrefois et aujourd'hui tabou, cachée. On ne montre pas sa peine en public, on souffre en privé.

Le travail du deuil s'est d'ailleurs retrouvé impacté par ce changement. La pression sociale veut que l'on reprenne le cours de notre vie "normale" le plus rapidement possible, ce qui ne correspond souvent pas à l'étape du deuil du proche.

En effet, notre société actuelle se veut un exemple de bonheur, il ne fait pas être cause de tristesse, d'ennui. "En montrant quelques signes de tristesse, on pêche contre le bonheur, on la remet en question, et la société risque alors de perdre sa raison d'être" (Philippe Ariès).

D'après l'article « Les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux », cette attitude à cacher la mort a des conséquences.

Tout d'abord un sentiment d'immortalité chez l'homme. Plusieurs personnes en ont parlé comme Jankélévitch qui disait que "la loi de la mortalité, qui concerne les hommes en général, ne me concerne pas spécialement moi (...) Celui qui parle de la mort, de penser à la mort, celui-là s'excepte lui-même de la mortalité universelle faisant comme si la mort ne le concernait en rien".

Freud quant à lui indiquait « c'est que la mort-propre est irreprésentable et aussi souvent que nous en faisons la tentative, nous pouvons remarquer qu'à vrai dire nous continuons à être là en tant que spectateur... personne au fond ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même : dans l'inconscient, chacun de nous est convaincu de son immortalité ».

La deuxième conséquence à garder la mort tabou est le sentiment d'impasse que l'homme ressent. Personne vivant n'a vécu la mort, cela reste alors une énigme. La mort fait alors peur, car l'homme a souvent peur de l'inconnu.

Cette attitude de la société face à la mort a des répercussions sur les infirmiers, qui se retrouve dans une situation ambivalente entre le fait de cacher la mort au maximum et y faire face à son travail. Nous allons approfondir ce sujet en deuxième partie.

2.2 Les émotions infirmières lors d'un décès

2.2.1 Les émotions

2.2.1.1 Définitions

Étymologiquement, « *movere* » en latin veut dire mouvoir. Le préfixe « *é* » veut dire quant à lui l'extérieur. On peut alors traduire le mot émotion comme un mouvement externe à la personne.

Le Larousse définit l'émotion comme un « trouble subit, agitation passagère causée par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, etc. » ou encore comme une « réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement ».

On peut alors dire que les émotions sont donc diverses, plus ou moins agréables (peur/joie). Elles sont une réponse passagère à un stimulus et elles provoquent des réactions physiques et psychiques sur l'être. En effet, notre corps extériorise ce que l'on ressent par différentes mimiques (sourires, grimaces), des larmes, des rires, une augmentation du rythme cardiaque, une sudation... Les effets sont nombreux.

2.2.1.2 Brève explication scientifique

Les émotions sont une suite de réactions chimiques de notre cerveau mettant en jeu plusieurs acteurs (système limbique, hypothalamus, neurotransmetteurs, systèmes sympathiques et parasympathiques).

Leur déclenchement est automatique, c'est une réaction physiologique face à un ressenti lors d'une situation.

Même si c'est une réponse automatique, il nous est possible de contrôler les émotions, de les gérer.

2.2.1.3 Les différentes émotions

Paul Elkman, psychologue américain et un des pionniers de l'étude des émotions, a fait des recherches sur les émotions primaires aussi nommées fondamentales. Il en énumère six : la peur, la colère, la joie, la tristesse, la surprise et le dégoût.

D'après lui, les émotions fondamentales sont innées, on les retrouve aussi chez les primates, elles sont universelles (le psychologue les a retrouvées dans des membres de cultures variées), elles sont rapidement déclenchées, sont de courte durée et possèdent des expressions faciales distinctes.

Il parle ensuite des émotions secondaires aussi appelées émotions sociales, telles que la sympathie, le mépris, l'envie, la culpabilité, la honte. Elles sont une combinaison des émotions fondamentales et sont cette fois-ci acquises, c'est-à-dire qu'elles se construisent grâce aux événements qu'un individu vit.

Ces émotions peuvent être maîtrisées pour répondre aux normes sociales.

Intéressons-nous désormais à ce que l'on attend des infirmiers en termes de gestion des émotions.

2.2.2 Les émotions infirmières

Comme vu plus haut, notre société perçoit négativement les émotions négatives. Il est de bon ton de gérer ses émotions, on apprend alors au cours de notre vie à les maîtriser. En effet, depuis l'enfance, on nous apprend à les contrôler devant les autres : il est honteux de pleurer devant toute la classe, lorsqu'on est en colère nos parents nous demandent d'aller nous calmer dans notre chambre... On grandit alors dans l'idée de cacher nos émotions, surtout celles négatives, afin de répondre aux normes sociales.

Un paradoxe est même apparu ces dernières années avec l'utilisation des smileys dans les échanges sur téléphones, on fait part de nos émotions à nos interlocuteurs, chose qui se fait beaucoup moins lors d'un échange réel.

Cette pression de la gestion de nos émotions est aussi présente chez les soignants.

2.2.2.1 Les normes émotionnelles attendues d'un infirmier

Comme l'explique Emmanuelle Anthoine dans son article « L'empreinte de la mort dans le soin » (2014), on parle souvent du mythe du « bon soignant », l'institution médicale demande à ses professionnels de « laisser au vestiaire » ses émotions.

L'article souligne le fait qu'on nous apprend en formation qu'il faut savoir garder la distance professionnelle tout en ayant de l'empathie afin de proposer un bon accompagnement aux patients et à ses proches. Or, chaque relation est différente et les soignants vont avoir des ressentis différents en fonction de plusieurs facteurs (leur vécu, la durée de prise en charge, la relation avec le patient, ...).

L'article effectue une enquête auprès de quatre infirmières en soins palliatifs, elle fait ressortir qu'il y a une « nécessité d'un équilibre entre l'empathie et la distanciation émotionnelle ». La distanciation

émotionnelle ne veut pas dire le rejet de toute émotion durant une situation qui nous touche, mais l'acceptation de celles-ci.

On casse alors le mythe du « bon soignant » qui n'est pas touché par des situations difficiles, le soignant éprouve bien des émotions. L'objectif est ici de les accepter afin de pouvoir les maîtriser le plus possible.

De plus, Margot Phaneuf exprime que « nos émotions influent sur nos réactions, nos choix, nos décisions, elles orientent notre agir et nos soins ». Comprendre ses émotions et les maîtriser permet alors d'améliorer les prises en soins des infirmiers

2.2.2.2 Les mécanismes de défense

On apprend dans l'article « Les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux » qu'en 2012, 2/3 des décès ont lieu à l'hôpital alors qu'en 1970, 75 % des décès avaient lieu à domicile. La gestion de la mort est donc reléguée aux soignants et non plus à la famille.

Les infirmiers se retrouvent alors face à un paradoxe : d'un côté la « mort interdite » (Philippe Ariès) au niveau sociétale, et de l'autre la proximité face à la mort à l'hôpital. Ce paradoxe entraîne des conséquences pour les infirmiers.

Tout d'abord, ceux-ci se sentent trop immatures pour accompagner une fin de vie, certains étudiants infirmiers par ailleurs qu'ils se sentent trop jeunes pour faire face à la mort. Ils appréhendent de voir un cadavre pour la première fois, de faire les soins mortuaires...

Ensuite, les infirmiers peuvent avoir peur de leur propre mort, mais aussi de celles de leurs proches.

Ils peuvent aussi subir un effet miroir, en effet, certaines morts touchent plus que d'autres notamment lorsque les infirmiers s'identifient au patient.

Les infirmiers peuvent ressentir un sentiment d'impuissance. Notre société est hautement tournée vers le curatif, les progrès de la médecine permettent de guérir de plus en plus de certaines maladies. La mort peut alors laisser un sentiment de frustration, de déception.

Enfin, les infirmiers peuvent faire l'expérience du deuil. Le deuil du patient car une proximité s'est installée lors des soins (notamment ceux d'hygiène) générant des échanges entre le patient et l'infirmier. Mais aussi un deuil lié à l'impossibilité de continuer les soins. On reviendra plus précisément sur ce deuil soignant.

Les infirmiers peuvent alors se protéger, ils abordent alors des mécanismes de défense. Claude Lhote les explique dans son article « les mécanismes de défense et d'adaptation des soignants » (2000). Ils sont aussi appelés mécanismes de protection, ils sont spontanés, involontaires et permettent d'atténuer les angoisses face à des situations complexes comme la souffrance et la mort.

Claude Lhote repère quatre mécanismes de défense d'un soignant face à un patient disant « je vais mourir », « j'ai peur » :

- L'activisme :

Le soignant va se noyer de travail afin de ne plus penser à ce patient, il ne va pas avoir le temps de discuter avec lui de ce sujet : "désolé, j'ai tant d'autres soins encore à faire".

- L'isolation :

Le soignant va imposer une distance entre la personne malade et elle, elle va arborer une façade froide. On parle « d'anesthésie affective ».

- L'intellectualisation :

Le soignant va employer un discours scientifique avec le patient ou la famille, ce qui est alors incompréhensible pour eux. Ils ne peuvent donc pas exprimer d'angoisses vis-à-vis du diagnostic vu qu'ils ne l'ont pas bien compris.

- L'évitement :

Le soignant change de sujet lorsque le patient aborde un point sensible (la mort, la souffrance psychique,...).

Ces mécanismes sont indispensables pour le bien-être émotionnel des soignants, tant qu'ils n'entraînent pas de la souffrance chez les patients. Bien qu'ils soient involontaires, on peut repérer ces mécanismes de défense et essayer de travailler dessus par la suite. Cela permet aussi de mieux repérer les mécanismes qu'utilisent les patients et adapter son discours et sa prise en soins en fonction.

D'après l'article « Les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux », on découvre que les infirmières avec de l'expérience faisaient moins preuve de ces mécanismes de défense. Ayant eu l'habitude de se confronter à la mort, elles en ont moins peur et donc leur attitude face à celle-ci est meilleure. Elles peuvent alors jouer un rôle clef en tant que tutrice des infirmières nouvellement arrivées et leur faciliter l'acceptation de la mort des patients.

D'autres solutions sont mises en avant afin de mieux gérer ces situations difficiles : la verbalisation des émotions entre les différents membres de l'équipe médicale, formation sur la communication

avec un patient en fin de vie et son entourage et intégrer les soins palliatifs et la vision de la mort dans la formation des infirmiers.

2.2.2.3 Le deuil soignant

On parle souvent du deuil de la famille et des proches du défunt, mais on parle moins de celui des professionnels soignants. Au cours de la prise en soins, des liens se créent avec le patient, son décès peut alors provoquer un deuil chez les soignants.

Poliart (1998) parle du deuil de la guérison lorsqu'on arrête les soins curatifs. Cela peut être vécu comme un échec par les soignants qui peuvent se sentir coupables. Herman (1998) explique que plus les soins curatifs et donc la tentative de guérison sont longs, plus le deuil est intense. Mais ce deuil peut aussi se rapprocher de celui des proches lorsque des relations affectives sont créées lors des soins (notamment ceux d'hygiènes). (Herman B, 1998).

D'après l'article « Deuil de soignants : une souffrance à penser » de la Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon plusieurs facteurs peuvent rendre le deuil soignant difficile. Notamment lors de la première rencontre avec la mort qui marque le soignant durablement, aussi lorsque la mort est brutale (inattendue, violente, suicide). Le fait de ne pas pouvoir anticiper le décès est quelque chose qui est généralement mal vécu par les soignants. L'âge de la personne (un patient jeune, ou un patient du même âge qu'un proche) et l'identification peuvent aussi jouer sur le travail du deuil. Ensuite, le fait d'être régulièrement confronté à la mort peut être une cause de souffrance. Enfin, le sentiment de culpabilité, de se dire qu'on aurait pu mieux faire, est une cause majeure dans le deuil soignant.

Comment ce deuil peut-il jouer sur la relation entre les infirmiers et les proches de la personne décédée ?

2.3 La relation infirmier - famille

2.3.1 L'accompagnement de la famille en général lors des soins

Le Larousse définit l'accompagnement comme « l'action d'accompagner quelqu'un dans ses déplacements ». Quant au verbe accompagner, il le définit comme « être avec quelqu'un, lui tenir compagnie » ou encore « servir de guide à quelqu'un ». Il y a ici des notions de mouvements, d'être avec une personne, mais aussi de l'aider, la soutenir.

D'après B.Birmelé dans son article « Accompagner. La relation soignante comme cheminement » (2018) « L'accompagnement des proches et de ceux qui lui sont affectivement liés est complémentaire de l'accompagnement de celui qui souffre ».

L'Haute Autorité de Santé (HAS) affirme que « le soutien de la famille relève des objectifs du soin, le dialogue et la concertation sont à la base de tout accompagnement ». Il est nécessaire d'être à leur écoute, de les aider à passer l'épreuve difficile d'avoir un proche hospitalisé, de répondre à leurs questions.

Selon Walter Hesbeen l'accompagnement c'est « faire un bout de chemin avec l'autre en difficulté de santé. (...) Accompagner, c'est respecter la personne dans ce qu'elle a à vivre, c'est reconnaître son existence en tant que telle avec ses différences. Accompagner, c'est respecter ses conditions de vie, son entourage, son environnement, sa spiritualité, son engagement ou non-engagement ; il s'agit surtout de comprendre et de trouver du sens à cet accompagnement quelle que soit la situation de la personne ».

On nous apprend lors de notre formation qu'être un soignant qui accompagne de la bonne manière le patient et les proches il faut prendre la personne dans sa globalité, la traiter en tant qu'égal, être disponible, à l'écoute, empathique, respecter la dignité de la personne et ne pas avoir de jugement.

2.3.2 L'accompagnement de la famille lors d'une fin de vie

L'Haute Autorité de Santé (HAS) affirme qu'il « importe de prévenir et d'accompagner les situations de crises, sources de violences potentielles et de deuils pathologiques ».

Concernant l'accompagnement d'une fin de vie d'un proche, Régis Aubry et Marie Claude Daydé dans leur ouvrage "Soins palliatifs, éthique et fin de vie" affirme que "généralement, la famille passe par des étapes similaires à celles vécues par la personne qui va mourir(...) le déni de la mort, la peur de la séparation, le travail de deuil".

Dans une famille, chaque membre peut réagir de façon différente. Cela dépend de leur propre histoire, leurs antécédents, leur attachement avec la personne décédée, leur personnalité.

D'après l'article « l'IDE et la mort à l'hôpital », 50% des relations entre la famille et les soignants sont conflictuelles. Cela est dû à plusieurs causes : la culpabilité des familles de ne plus pouvoir s'occuper de leur proche à la maison, la souffrance de voir son état physique et mental se

dégrader, la peur de ne pas être avertis lors de décisions importantes, la peur de ne pas être écouté et aussi la souffrance d'être séparé avec le membre de la famille. Ils sont aussi inquiets de ne pas savoir quoi faire après le décès (en terme administratif) et de ce qu'ils vont devenir.

De plus, ils se sentent tiraillés entre d'un côté vouloir que le proche ne souffre pas et de l'autre côté vouloir qu'il reste en vie le plus longtemps possible.

Enfin, comme cité dans l'article « il peut y avoir un écart entre le niveau de compréhension intellectuelle et le vécu émotionnel » chez les proches.

Toutes ces raisons font que les relations entre les proches et les soignants peuvent être conflictuelles. Les soignants doivent alors s'adapter à chaque personne, les accompagner et répondre à leurs besoins.

Les besoins des proches sont de plusieurs ordres :

- Besoin d'informations, d'échanges :

Ils ont besoin d'être informés sur l'état de santé de leur proche, et souhaitent participer autant que possible aux prises de décision par rapport aux traitements et aux soins.

Ils souhaitent être prévenus lors du décès, d'être accompagnés lors de celui-ci. Ils ont généralement de nombreuses questions qu'ils n'osent pas poser (surtout les démarches administratives). Il est démontré qu'une fois éclairés sur ces sujets, les proches sont moins anxieux et peuvent alors se concentrer sur profiter des derniers instants avec leur proche.

Les soignants présentent aux proches les différentes options possibles (soins de conservation, présence d'un membre de culte, ...) et les rassurent en rappelant que l'équipe est présente à tout moment.

- Besoin de reprendre les informations à plusieurs reprises avec différents soignants.

Ces différents échanges permettent d'éviter les incompréhensions et donc les conflits. Les techniques de communication (surtout la reformulation) sont utilisées. Il est important du côté infirmier de noter ces échanges dans les transmissions afin que l'équipe soit au courant de ce qui a été abordé ou pas.

- Besoin d'écoute :

Les soignants doivent se montrer disponibles pour écouter les incompréhensions, les émotions, les inquiétudes des proches. Ces derniers peuvent discuter avec l'équipe des souvenirs avec le patient, ici les soignants ont un rôle d'écoute et ne sont pas obligés d'apporter de réponses.

- Besoin physique :

Du aux fortes émotions et au contexte compliqué, les familles peuvent éprouver des fortes anxiétés, faire des malaises... Les soignants doivent alors être présents et répondre à ses problèmes.

On remarque alors que les besoins des familles sont tout simplement un bon accompagnement, comme décrit plus haut.

Afin de les aider dans cette épreuve, les infirmiers peuvent aussi s'aider du reste de l'équipe pluridisciplinaire et proposer aux familles des associations, des professionnels qui peuvent, par exemple, aider les familles au niveau des démarches (assistante sociale), au niveau psychologique (psychologue) au niveau spirituel (aumônerie).

2.3.3 Accompagnement des familles lors d'un décès

L'haute autorité de santé affirme que l'accompagnement des familles doit aussi continuer après le décès.

Les infirmiers doivent être un pilier sur lequel les familles peuvent se reposer durant la période de deuil, sans pour autant attendre d'eux des fonctions qu'ils ne peuvent assumer.

Il est ici important pour les équipes soignantes de passer le relai aux autres professionnels tels les pompes funèbres, les psychologues, les aumôniers ou encore l'assistance sociale.

Au cours de mes recherches, je n'ai pas trouvé beaucoup d'articles sur les conséquences des émotions des soignants sur l'accompagnement des proches lors d'un décès. J'ai pu trouver des informations sur les émotions soignantes, sur l'accompagnement des proches, mais pas sur les répercussions des émotions sur les proches.

Il peut être intéressant dans mes entretiens avec des infirmiers d'enquêter sur ce sujet.

3. Le cadre empirique

3.1 Méthodologie d'enquête

3.1.1 Objectifs de l'enquête :

N'ayant eu que peu d'informations sur l'accompagnement des familles lors d'un décès et les répercussions des émotions des infirmiers sur l'accompagnement des proches, j'ai décidé d'axer mes entretiens sur ces sujets.

Dans un premier temps, je cherche à connaître l'infirmier et son expérience avec le décès des patients. Ensuite, je cherche à connaître son positionnement sur l'accompagnement des proches, puis j'investigue leurs relations avec leurs émotions, et enfin, je cherche à savoir si leurs émotions ont déjà eu un impact sur l'accompagnement des proches lors d'un décès.

Après m'être présentée moi et le sujet de mon mémoire, je leur ai précisé que le contenu de notre conversation restera anonyme et qu'ils pourront parler librement car il n'y aura pas de jugement. Je leur ai demandé leur consentement pour enregistrer l'entretien avec mon ordinateur.

3.1.2 Populations concernées :

J'ai décidé de réaliser mes entretiens avec des infirmiers d'une unité de médecine interne. En effet, je souhaitais des professionnels ayant de l'expérience avec les décès mais je ne voulais pas que ce soit leur spécialité, c'est pour cela que je n'ai pas choisi une unité de soins palliatifs. Ayant réalisé un stage en médecine interne lors de mon semestre 4, je savais que les décès de patients étaient réguliers, mais que l'unité n'avait pas de LISP (lits identifiés soins palliatifs) et qu'ils n'étaient pas spécialisés dans la prise en charge de la fin de vie.

Deux infirmiers se sont portés volontaires, une infirmière diplômée depuis peu de temps et un infirmier ayant plus d'ancienneté. Je souhaitais ces deux profils afin de mesurer s'il pouvait y avoir une différence dans leurs réponses du à leurs différences d'expériences.

3.1.3 Moyens et méthodes d'entretiens :

Ma référente de mémoire connaissant la cadre du service de médecine interne, elle a pu me mettre en contact avec cette dernière. Après un échange téléphonique où je lui ai exposé mon sujet de recherche, elle en a parlé à son équipe et deux infirmiers se sont portés volontaires.

Mes entretiens se sont déroulés en visioconférence, en dehors du temps de travail des infirmiers, ils ont duré en moyenne 30 minutes.

3.1.4 Le bilan du dispositif :

Bien que les entretiens se soient bien déroulés dans l'ensemble, j'ai repéré certaines limites. La première est mon manque d'expérience dans le domaine, c'est la première fois que je réalise des entretiens, j'étais alors stressée et je manquais de fluidité dans mes questions au début de mon premier entretien. Cela s'est amélioré par la suite et j'étais plus à l'aise pour le deuxième.

Ensuite, de par les conditions sanitaires actuelles, mes entretiens se sont déroulés en visioconférence ce qui complique la création d'un lien de confiance entre les interlocuteurs et moi-même.

Parfois, les infirmiers ne répondaient pas de la manière dont je l'aurais souhaité, et cela malgré mes relances. Mes questions étaient peut-être mal formulées.

Comme dit plus haut, ces entretiens se sont tout de même bien déroulés. Le fait que je connaisse les infirmiers, ayant été en stage avec eux, m'a certainement aidé à être naturelle dans les échanges et eux à être en confiance avec moi.

3.2 Analyse descriptive des entretiens

3.2.1 Connaissance de la personne

Les entretiens ont été réalisés avec deux infirmiers travaillant dans le même service de médecine interne.

La première infirmière interrogée, appelée « IDE 1 », est diplômée depuis deux ans et elle travaille dans ce service de médecine interne depuis l'obtention de son diplôme. Au cours de sa formation, elle n'a jamais connu de décès de patients puis en a régulièrement rencontré en tant qu'infirmière.

Le second infirmier interrogé, appelé « IDE 2 », a quant à lui plus d'ancienneté dans le métier, il a été diplômé en 2014. Il a par ailleurs une grande diversité d'expériences en ayant travaillé dans de nombreux services (hospitalisation à domicile, urgences, au pool, hématologie, néphrologie, maladie infectieuse) et travaille dans le service de médecine interne depuis deux ans. Au cours de sa carrière, il a souvent eu l'expérience de décès de patients.

3.2.2 Perception de l'infirmier quant à l'accompagnement des familles

A la question « pouvez-vous m'expliquer de quelle manière vous accompagnez la famille lors d'un décès ? », les deux infirmiers ont mis en avant l'importance d'établir une relation de confiance avec la famille.

Cette relation de confiance est basée sur différentes actions.

Tout d'abord, le fait d'informer la famille. Cela se traduit par répondre à leurs questions quant au contexte du décès, mais aussi beaucoup sur les démarches à suivre par la suite « ils ont souvent pas mal de questions sur comment ça se passe la suite ». L'infirmière 1 a alors souligné l'importance de connaître comment se passe la suite pour pouvoir au mieux les accompagner « c'est bien que nous on soit au courant pour pouvoir les informer ».

Les deux infirmiers ont par ailleurs expliqué que l'information qui est donnée est adaptée à la famille et qu'ils cherchent à la préserver. « Je vois comment ça se passe au niveau des émotions, voir ce qu'ils sont capables d'entendre ».

L'information est d'ailleurs liée à la réassurance que l'infirmière 1 a expliqué à différentes reprises, ce dont l'infirmier 2 lui a parlé qu'une fois. Elle explique que l'information permet aux familles d'être rassurées et, comme dit plus haut, il faut « se montrer rassurant sur les conditions dans lesquelles il est décédé ».

Ensuite, le fait d'être présent et disponible pour la famille tient un rôle important dans l'établissement de la relation de confiance. L'infirmier 2 lie cette action à celle de suivre le rythme de la famille, ce dont ne parle pas l'infirmière 1. Il souligne à plusieurs reprises l'importance de « suivre la manière dont eux gèrent le décès (...) il faut respecter cette distance-là et suivre le rythme de la famille ».

Enfin, les infirmiers ont tous les deux parlé de l'écoute puis seulement l'infirmière 1 à employer les termes « accompagner ».

Finalement, d'après les infirmiers, afin d'établir une relation de confiance avec la famille pour les accompagner lors d'un décès, il faut informer, être présent, rassurer, suivre le rythme de la famille, écouter et enfin accompagner.

En parallèle de cette relation de confiance, les deux infirmiers ont expliqué suivre une procédure qui se met en place à partir du moment où le patient décède permet de mieux s'organiser. Bien que toutes les situations soient uniques, l'infirmier explique par exemple qu'avec la famille il a « l'annonce, on prépare le défunt, puis avant que la famille aille le voir généralement on les rencontre ».

Par ailleurs, les deux infirmiers, mais surtout l'infirmière 1, a transmis que ces situations n'étaient jamais faciles et qu'elles demandaient une bonne capacité d'adaptation de part plusieurs points.

Tout d'abord, les deux infirmiers soulignent que chaque situation est singulière et que chaque famille ne réagit pas de la même façon. Alors l'accompagnement « ça dépend vraiment de la famille et de leurs réactions ». Certaines sont présentes, d'autres très distantes. L'infirmier 2 souligne

aussi la différence de prise en charge entre un décès « attendu » et un décès « inattendu » en disant « déjà il y a ceux qui acceptent que l'état du proche se dégrade et que finalement l'issue sera le décès. Voilà donc je pense que la famille a le temps de se préparer, et donc on a pas la même approche qu'avec un décès brutal ou la famille n'a pas le temps de se préparer ».

Ensuite, l'infirmière 1 répète à plusieurs reprises que ces situations sont difficiles à gérer, surtout en début de carrière. L'infirmier 2 lui différencie les décès « brutaux » et ceux « attendus » et trouve les premiers plus difficiles à gérer avec la famille notamment car il y aura peu voire pas de contact au préalable avec eux. Alors qu'avec ceux attendus « on aura déjà eu un premier contact avec la famille et ils nous seront familiers, on saura quels liens ils entretiennent avec le patient. Donc déjà, (...) ça sera plus personnalisé si je puis dire ».

Enfin, l'infirmière 1 évoque à plusieurs reprises le caractère imprévisible de ces situations autant sur les réactions des familles « on ne sait pas comment ils vont réagir », mais aussi sur les liens entre les différents membres de la famille « on ne sait pas s'ils sont très proches du patient ou pas », ce dernier point est aussi évoqué par l'infirmier 1.

Finalement, pour les deux infirmiers l'accompagnement des familles lors d'un décès d'un proche passe par l'établissement d'une relation de confiance avec eux, par le suivi d'un « protocole » malgré la diversité des situations. Cet accompagnement n'est pas toujours facile pour les infirmiers qui doivent alors s'adapter face à la singularité et aux caractères imprévisibles que les situations peuvent apporter.

3.2.3 La gestion des émotions dans la prise en charge d'un décès de patients

Après avoir leur avoir demandé de me raconter une situation de décès qui leur a particulièrement marqué, les infirmiers m'ont fait part de leurs émotions lors de ces situations.

Premièrement, les émotions rapportées étaient des émotions dites « fortes ». Les deux infirmiers ont parlé à plusieurs reprises de surprise et de choc dans des situations de décès de patients. C'est la seule émotion en commun qu'ils ont citée.

Puis, l'infirmière 1 a parlé à plusieurs reprises de la peur lors de la découverte du patient décédé puis parle aussi d'un effet miroir avec la famille notamment lorsque celle-ci pleure : « quand on les voit pleurer, d'un coup on a envie de pleurer aussi ».

Quant à lui, l'infirmier 2 a moins parlé de ses émotions, il a cependant cité la gêne notamment lors de la toilette mortuaire en plus du choc.

En parallèle des émotions, ces situations marquantes ont été troublantes pour les infirmiers. Les deux infirmiers ont en effet rapporté des difficultés à se trouver face à la mort, et tandis que l'infirmière 1 parlait aussi de la difficulté de voir les familles pleurer, l'infirmier 2 lui rapportait sa difficulté lors de la toilette mortuaire d'une personne Covid + et a même employé à plusieurs reprises le terme « violence ».

Ces situations sont aussi marquantes du fait qu'elle reste ensuite dans la tête des infirmiers, l'infirmière 1 admet qu'elle « y repense beaucoup derrière » et l'infirmier 2 avoue « je m'en souviendrais toute ma vie ». Pour autant, les deux infirmiers stipulent que cela ne gêne pas leur prise en soins des autres patients.

Comme dit plus haut, l'infirmier 2 a été choqué lors d'un décès d'un patient positif au Covid et a répété plusieurs fois qu'il avait l'impression d'aller contre ses valeurs et de « manquer cruellement d'humanité » lors des soins mortuaires de par son protocole plus strict.

A la question « pouvez-vous m'expliquer comment vous gérez vos émotions lors d'un décès ? », les réponses des infirmiers peuvent être réparties en trois catégories.

Dans un premier temps, ils expliquent les moyens utilisés pour gérer leurs émotions. Les deux infirmiers, mais surtout l'infirmière 1, parlent de l'importance de ne pas extérioriser ses émotions surtout face à la famille. L'infirmier 2 parle même de professionnalisme le fait de ne pas montrer ses émotions : « J'ai le sentiment d'être resté professionnel sans montrer que j'étais très affecté ».

Ensuite, les deux infirmiers s'accordent sur l'importance de discuter de ses situations avec ses collègues, mais aussi pour l'infirmière 1 avec son entourage.

Enfin, l'infirmier 2 m'a plusieurs fois transmis qu'il continuait de parler avec le défunt lors des soins mortuaires, que cela l'aidait à gérer ses émotions.

Dans un second temps, des convictions peuvent participer à la gestion des émotions. C'est le cas de l'infirmière 1 qui m'a transmis à trois reprises que pour elle ce n'est pas son rôle « de pleurer à la place des familles ». Elle explique que le patient n'est pas un de ses proches et donc elle ne voit pas pleurer ou être submergée par ses émotions pour un patient qu'elle connaît qu'en patient même si des liens ont été créés avec le temps.

Enfin, dans un dernier temps, la gestion des émotions s'améliore avec l'expérience. Les deux infirmiers m'ont tous les deux dit qu'avec le temps, la gestion de ses émotions et de ses situations difficiles étaient plus facile grâce à l'expérience. L'infirmière 1 l'explique en disant « c'est avec l'expérience qu'on prend l'habitude, qu'on est plus résistant face à un décès et qu'on arrive mieux à contrôler nos émotions ».

Finalement, face aux décès des patients, les infirmiers font face à des émotions fortes telles que la surprise, la peur ou la gêne et ils peuvent les gérer de différentes façons comme avec la communication ou en gardant une figure neutre. Une des clefs pour faire face à ces situations difficiles, qui marquent les soignantes, semble être l'expérience.

3.2.4 Établissement de l'influence des émotions des infirmiers sur l'accompagnement des familles

A la question « selon vous, quelles sont les attentes de la famille vis-à-vis des soignants lors du décès du patient ? », les infirmiers catégorisent les attentes de la famille en deux parties.

Tout d'abord, les familles ont des attentes quant aux actions des soignants. La plus citée par les deux infirmiers est le besoin de présence. Ils soulignent l'importance de montrer aux familles qu'ils sont disponibles et présents s'ils ont besoin.

Ensuite, l'infirmier 2 a mis l'accent sur le rôle de réassurance des soignantes envers les familles, notamment sur la manière dont leur proche est décédé. Il lie d'ailleurs la présence et la réassurance en disant « savoir que quelqu'un est présent c'est rassurant ».

L'infirmière 1 elle n'a pas parlé de réassurance, mais par contre elle a transmis que les familles avaient la plupart du temps besoin d'aide, notamment sur les démarches à effectuer.

Puis les deux infirmiers ont tous les deux dit que les familles attendaient des informations de la part des infirmiers, pour avoir des réponses à leurs questions et pour savoir comment leur proche est parti.

Enfin, les familles ont des attentes quant aux émotions des soignants. Les deux infirmiers ont tous les deux dit qu'au fond, ils ne savaient pas réellement ce que les familles recherchaient quant aux émotions des infirmiers.

L'infirmier 2 pense « qu'il y a autant de préférence de famille qu'il y a de personnalité ». Pour eux, chaque famille est différente et les attentes dépendent de chaque personne.

L'infirmière 1 a déjà entendu des témoignages relatant que certaines familles sont touchées de voir des émotions chez les infirmiers, certaines familles peuvent même être rassurées en se disant qu' « il a vécu ses derniers moments avec quelqu'un qui s'entendait bien avec lui, qui était proche de lui ». Elle rappelle aussi que l'important reste le respect.

Finalement, l'infirmier 2 conclut en expliquant qu'il est compliqué d'avoir un retour des familles sur cette question car il est rare de les revoir à posteriori. « En plus je vois mal la famille nous en parler à chaud après le décès, parce qu'on les revoit rarement après... Certains repassent pour nous remercier mais c'est une minorité. Donc après s'ils ont été satisfaits de la prise en charge ou pas, c'est vrai que ça reste un peu un mystère... »

Ensuite, les infirmiers ont expliqué comment ils accompagnent les familles lors d'un décès qui leur a marqué.

J'ai d'abord soulevé les émotions vécues par les infirmiers lors de ces situations difficiles.

L'infirmier 2 a été assez pudique sur l'expression de ses émotions, il a transmis être parfois mal à l'aise, embarrassé lors de l'accompagnement des familles en ne sachant pas trop comment se comporter. L'infirmière 1 elle aussi peut se sentir mal à l'aise dans certaines prises en charge des familles lors d'un décès, notamment lors de l'annonce du décès « j'étais plus gênée et embêtée de l'avoir annoncé comme ça ».

Par rapport à l'annonce, l'infirmière 1 a aussi parlé de culpabilité sur la façon dont celle-ci peut être faite. Elle dit par exemple « je me suis sentie mal dans ce que j'ai dit », et dit que cela peut être fait maladroitement et alors un sentiment de gêne s'installe avec la famille.

Elle explique aussi se sentir impuissante face à certaines réactions de familles, se retrouver à ne pas savoir quoi faire pour les consoler. C'est pour elle une difficulté.

Ces émotions exprimées par les deux infirmiers sont favorisées par certains facteurs.

Tout d'abord, les deux infirmiers transmettent qu'une prise en charge est difficile, compliquée à gérer, favorise l'apparition de ces émotions.

L'infirmier 2 a ensuite expliqué que lorsque les familles ont des comportements inattendus, lorsqu'il ne s'attend pas à leurs gestes, il peut alors se sentir en difficulté. « Ça a été compliqué parce que je m'attendais pas à cette effusion de sentiments ».

Enfin, les deux infirmiers s'accordent à dire que la connaissance, la proximité, entre le patient décédé ainsi que sa famille et le soignant favorisent la difficulté de la prise en charge et la difficulté à gérer ses émotions. L'infirmière 1 l'explique bien en disant « tout dépend de la proximité qu'on avait

avec le patient. Plus on est proche, plus c'est difficile pour nous de gérer des émotions, face à la personne qui décède et face à la famille aussi.

Ils ont conclu en donnant des pistes sur quelles ressources sont disponibles pour gérer ces situations difficiles.

L'accent a été mis sur l'importance de l'expérience professionnelle du soignant, que les premières fois sont souvent difficiles puis au fil du temps et des expériences les soignants prennent l'habitude et sont alors plus maître de leurs émotions. L'infirmière 1 dit notamment « c'est avec l'expérience qu'on prend l'habitude, qu'on est plus résistant face à un décès et qu'on arrive à mieux contrôler nos émotions. »

L'infirmier 2 qui a eu d'autres expériences professionnelles en dehors de la santé avant de devenir infirmier a transmis que même ces expériences l'ont aidé, notamment sur la médiation.

Enfin, ils ont répété à plusieurs reprises le rôle primordial de la communication, avec les collègues, mais aussi pour l'infirmière 1 avec ses amis et sa famille. Ils ont un rôle de soutien, d'écoute et de conseils avec les infirmiers.

4. La discussion

4.1 L'expérience infirmière avec le décès de patient

Les deux infirmiers interrogés ont tous les deux régulièrement eu l'expérience de la mort de patients et la prise en charge d'un décès fait partie pour eux du travail d'infirmier.

Ils distinguent d'ailleurs deux types de décès : celui dit « prévu » et celui dit « inattendu ». En fonction du décès, la prise en charge sera alors différente.

C'est ce dont parle Pascale Thibault dans son dossier « L'IDE et la mort à l'hôpital » (2014). Elle explique que, que ce soit dans les services hospitaliers ou à domicile, il existe deux façons de mourir :

- La « mort brutale » où les soignants et les proches ne s'y attendent pas.
- La « mort attendue » qui cette fois-ci n'est pas une surprise pour l'équipe et l'entourage.

Elle précise que, dans tous les cas, chaque situation est unique. Cette idée est reprise par les infirmiers lors de mon entretien qui expliquent que la prise en charge d'un décès est toujours unique même s'il peut y avoir des similitudes en fonction des situations. Il faut alors savoir s'adapter à chaque famille.

Au cours de ma formation, lors de mes stages et de mes expériences en tant qu'aide-soignante en Ehpad, j'ai à plusieurs reprises fait l'expérience de décès de patients. J'ai aussi rapidement classé les décès dans les deux catégories « brutaux » et « attendus », pourtant j'ai eu l'expérience que des décès dit « attendus ».

En fonction de la catégorie, j'imaginai que l'impact n'était pas le même sur l'équipe et les familles, tant du côté de la prise en charge du décès, mais aussi du côté de la gestion des émotions. J'ai pu retrouver ces idées lors de mes entretiens sur l'aspect émotionnel et sur l'accompagnement des familles, mais l'on y reviendra plus tard.

Par contre, quant à la prise en charge du décès, les infirmiers ont tous les deux expliqué suivre un « protocole » qui permet d'organiser les tâches à effectuer à partir du moment de la découverte du décès. Ce protocole est plus ou moins le même quelle que soit la catégorie du décès, ce qui leur permet de rester organisés et aussi, je pense, d'être rassurés. Ici, les deux types de morts n'ont alors pas nécessairement un impact sur le déroulement des activités à réaliser lors d'un décès.

4.2 L'accompagnement des proches

Je considère l'accompagnement des familles et des proches comme faisant partie de la prise en soin d'un patient. L'accompagnement du patient et l'accompagnement des proches sont complémentaires et permettent une prise en soin optimale.

C'est aussi le point de vue de B.Birmelé dans son article « Accompagner. La relation soignante comme cheminement » (2018). Il raconte que « L'accompagnement des proches et de ceux qui lui sont affectivement liés est complémentaire de l'accompagnement de celui qui souffre ».

Les infirmiers avec qui je me suis entretenu considèrent aussi l'accompagnement des proches comme ayant une place centrale dans la prise en soin.

Pour eux, il est important d'établir une relation de confiance avec les proches, et pour cela, il faut leur proposer un accompagnement, une information, une écoute, une présence, une réassurance et un accompagnement personnalisé.

Cela correspond à la définition de l'accompagnement donné par l'Haute Autorité de Santé qui parle d'écoute, d'information et de soutien. Cela correspond aussi à ce que Walter Hesbeen entend par l'accompagnement : "Faire un bout de chemin avec l'autre en difficulté de santé. (...) Accompagner, c'est respecter la personne dans ce qu'elle a à vivre, c'est reconnaître son existence en tant que telle avec ses différences. Accompagner, c'est respecter ses conditions de vie, son entourage, son environnement, sa spiritualité, son engagement ou non-engagement ; il s'agit surtout

de comprendre et de trouver du sens à cet accompagnement quelle que soit la situation de la personne “.

Je les rejoins sur la définition de l'accompagnement qui fait partie pour moi de la prise en charge globale du patient. Il est nécessaire d'être à l'écoute, disponible, respectueux, sans jugement et empathique.

Concernant l'accompagnement spécifique de la famille lors d'un décès, je n'avais pas trouvé beaucoup d'informations dessus lors de mes recherches.

L'Haute Autorité de Santé explique que l'accompagnement des proches lors de la fin de vie devait continuer après le décès et notamment grâce à l'aide des autres professionnels.

Cela fait sens pour moi, je l'ai beaucoup vu lors de mon stage en soins palliatifs. Il y a un vrai travail en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire : les psychologues, les assistantes sociales, l'aumônerie... Chaque professionnel apporte sa pierre à l'édifice et constitue une aide pour les proches, mais aussi pour le reste de l'équipe.

Cet aspect de pluridisciplinarité n'est pas ressorti lors de mes entretiens, les infirmiers n'ont pas cité l'aide des autres professionnels lors de l'accompagnement des familles lors d'un décès.

Lors de ma recherche conceptuelle, il en est ressorti que les relations entre les proches et les soignants lors d'une fin de vie peuvent être conflictuelles. Cela est généralement dû à un sentiment de peur du côté des familles, accompagné de culpabilité, de souffrance et d'inquiétude. Il est donc primordial pour les soignants de s'adapter à chaque personne.

Pourtant, lors de mes entretiens, les infirmiers ne m'ont pas parlé de conflit avec les proches, mais ils m'ont bien transmis la difficulté de cet accompagnement. L'accompagnement de la famille lors d'un décès demande pour eux une bonne capacité d'adaptation dû à la singularité de chaque situation et au caractère imprévisible des réactions des différents proches.

C'est aussi un point que je trouve difficile, toutes les situations sont différentes et il faut s'adapter à chaque famille, mais les membres d'une même famille sont tous différents et il faut alors aussi s'adapter à chacun d'eux. Savoir ce qu'il faut dire et de quelle manière le dire est un exercice difficile, qui je pense est fait avec plus d'aisance grâce à l'expérience. Il me paraît aussi important de souligner que la même information doit être donnée par toute l'équipe pour faciliter la compréhension par la famille, cela demande alors des bonnes transmissions entre les différents membres de l'équipe.

L'article « l'IDE et la mort à l'hôpital » listait que les proches lors d'une fin de vie avaient quatre types de besoin : le besoin d'information / d'échange, le besoin de reprendre les informations à plusieurs reprises avec les soignants, le besoin d'écoute et le besoin physique.

Les infirmiers questionnés ont quant à eux classé les besoins en : besoin d'écoute, besoin d'informations, besoin de réassurance et besoin d'aide (notamment pour les démarches administratives).

On peut alors voir que l'on retrouve dans les deux cas le besoin d'information et le besoin d'écoute, qui me semblent primordial. Comme je l'ai dit plus haut, il y a aussi le besoin de reprendre les informations avec différentes personnes qui occupent une place importante. J'ai retrouvé le besoin d'aide sur les démarches à presque chaque situation de fin de vie ou de décès lors de mes expériences, il est pour moi primordial et permet aussi à la famille d'être rassurée et de vivre le deuil plus sereinement. Le besoin physique (être présent devant l'apparition de malaise, de fortes anxiétés) me paraît plus rare, je l'ai en tout cas moins vu dans les services.

4.3 Les émotions infirmières

Nous sommes en permanence traversés par des émotions, c'est une manière d'extérioriser ce que l'on ressent. Elles se traduisent généralement par des mimiques ou des réactions physiques (larmes, rougissements, sudation, ...) et sont alors visibles par autrui. Cette visibilité permet la communication, elle peut être bénéfique mais peut aussi être un frein dans certaines situations. Il faut alors apprendre à gérer nos émotions.

Paul Elkman, un psychologue américain pionnier de l'étude des émotions, a effectué des recherches sur les émotions dites « fondamentales ». Celles-ci sont innées, universelles, elles sont rapidement déclenchées et sont généralement de courte durée. Il en comptabilise six : la peur, la colère, la joie, la tristesse, la surprise et le dégoût.

A la question, « quels ont été vos ressentis lors d'une situation de décès qui vous a particulièrement marqué professionnellement et émotionnellement ? », les infirmiers ont partagé des émotions dites « fondamentales » : la surprise et la peur lors de la découverte du décès du patient. L'infirmière 1 transmet par ailleurs que ces émotions sont brèves. Cela correspond alors à la définition de Paul Elkman qui parle de courte durée.

Le psychologue a ensuite parlé des émotions secondaires, aussi appelées sociales. Ces dernières sont acquises, et sont une combinaison des émotions fondamentales.

L'infirmier 2 a répondu à ma question des émotions en disant qu'il ressentait parfois de la gêne qui fait partie des émotions secondaires.

Lors de mes entretiens, j'ai senti qu'il était compliqué pour les infirmiers de parler de leurs émotions. Dans le cadre théorique, j'ai parlé du mythe du « bon soignant » : il existe des normes émotionnelles attendues pour un infirmier.

Emmanuelle Anthoine, dans son article « L'empreinte de la mort dans le soin » (2014), l'explique en disant qu'on demande au soignant de « laisser au vestiaire » leurs émotions. Elle souligne que lors de la formation, on apprend aux élèves infirmiers l'importance de la distance professionnelle tout en ayant de l'empathie.

Lors de mes entretiens, alors qu'on discutait d'une situation d'un décès de patient marquant, l'infirmier 2 m'a dit qu'il avait le « sentiment d'être resté professionnel sans forcément montrer que j'étais très affecté ». Il compare bien le fait de ne pas montrer ses émotions à une forme de professionnalisme.

Margot Phaneuf, professeure en science infirmière, explique qu'il est primordial de comprendre nos émotions pour ensuite les maîtriser afin d'améliorer les prises en soins infirmiers.

Après m'avoir transmis les différentes émotions qu'ils traversaient lors des situations marquantes, les infirmiers m'ont expliqué la façon dont ils les gèrent : ne pas extérioriser ses émotions, communiquer avec ses collègues et son entourage et suivre ses convictions. Face aux familles, les infirmiers disent ne pas vouloir montrer leurs émotions, et garder une face neutre. Ils parlent même que ce n'est pas leur rôle de pleurer par exemple, il faut savoir rester à sa place de professionnel de santé. Si une situation est vraiment difficile, ils n'hésitent pas à en parler avec les collègues et leurs proches, et généralement ça permet d'ensuite passer à autre chose. Finalement, ils s'accordent à dire que l'expérience permet une meilleure connaissance et donc maîtrise de leurs émotions.

On retrouve ces clefs dans l'article « les infirmières et la mort au quotidien : souffrances en enjeux ». L'accent est d'ailleurs mis sur l'importance d'avoir des infirmiers avec plus d'expérience dans une équipe pour qu'ils puissent jouer le rôle de tuteur pour aider les jeunes infirmiers.

J'avais développé dans le cadre conceptuel les mécanismes de défenses des soignants, je ne les ai pas tellement retrouvés dans mes entretiens avec les professionnels. Cela est peut-être dû au fait qu'ils ne sont pas repérables lors d'un entretien et qu'ils ne peuvent être détectés que lors d'une activité.

Bien que le terme de « deuil soignant » n'ait pas été abordé par les infirmiers, j'ai pu repérer certaines paroles qui s'accordent à ma recherche sur ce sujet dans le cadre conceptuel. En effet, dans ce dernier, j'explique que le deuil soignant peut apparaître lorsqu'une mort est brutale (inattendue), et qu'elle peut être mal vécu par les soignants.

Lors de mes entretiens, les deux infirmiers m'ont transmis que pour eux lorsque la mort est inattendue alors c'est plus difficile, notamment avec l'accompagnement de la famille.

Parallèlement, Herman B explique que ce deuil peut aussi arriver lorsque le soignant connaît bien le patient, que des liens ont pu se créer lors des soins entraînant une relation affective.

Les infirmiers en parlent aussi, ils ajoutent que généralement dans ces cas-là, ils connaissent aussi bien les proches et que l'annonce et l'accompagnement lors du décès est alors difficile de par les liens qui se sont créés.

L'infirmier 2 avec qui je me suis entretenu illustre bien cette idée en disant « après c'est vrai qu'avec les personnes qu'on a vu plus souvent il y a peut-être plus de contact, plus de compassion, (...), je souffrais quelque part avec eux ».

Finalement, bien que ce travail m'ait apporté de nouvelles connaissances, de nouveaux points de vue et que les entretiens ont enrichis ma recherche, je ne pense pas avoir répondu à ma question de départ qui était : en quoi les émotions de l'infirmier peuvent-elles influencer l'accompagnement des proches lors d'un décès du patient ?

J'ai eu des réponses sur l'accompagnement des familles, et à quel point cela pouvait être difficile lors d'un décès, mais je n'ai pas eu de réponses sur l'impact des émotions des infirmiers sur cet accompagnement.

En effet, j'avais l'impression que les infirmiers étaient parfois mes questions sur les émotions, en particulier l'infirmier 2, et restaient assez simples dans leurs réponses, ils n'étaient pas à l'aise. La question des émotions n'était alors pas facile, j'ai dû utiliser des relances à plusieurs reprises, mais je ne suis pas toujours arrivée à mes fins. Cela montre pour moi que les émotions restent taboues dans le métier d'infirmier, on cherche à les cacher.

Je me suis alors dit qu'il ne fallait peut-être pas utiliser le terme « émotion » dans ma question de départ et le changer avec un terme avec lequel les infirmiers seraient plus à l'aise. J'ai alors pensé à l'infirmier 2 qui parlait de compassion, cela m'a alors fait penser à l'empathie. C'est un terme avec lequel les soignants sont familiers car il représente un pilier dans notre métier.

Ma question de départ avec le terme « impact » pouvait aussi avoir une connotation d'impact positif et négatif. Aujourd'hui, je suis plus intéressée à savoir s'il y a un lien qui se crée avec les proches afin de personnaliser la prise en charge du patient et de ses proches.

Ma question de recherche serait alors la suivante : en quoi l'empathie de l'infirmier est porteuse de lien entre les proches d'un patient et lui-même ?

Conclusion

En quoi les émotions de l'infirmier peuvent-elles influencer l'accompagnement des proches lors d'un décès du patient ?

Tout d'abord, je ne pense pas avoir réellement de réponse à cette question, cependant ce travail m'a fait réaliser que la question des émotions était parfois sensible auprès des professionnels de santé.

J'ai découvert que tout le monde a une histoire différente avec ses émotions, et tout le monde les accepte et les gère différemment même s'il semble y avoir une base commune à tous. J'ai aussi remarqué qu'il n'y a, pour l'instant, peu de recherches sur l'influence des émotions sur l'accompagnement des familles. Je souhaitais alors y apporter des réponses grâce à mes entretiens, mais cela ne s'est pas montré concluant. Par contre, je n'avais que peu d'informations sur l'accompagnement des familles lors d'un décès et cette fois-ci, mes entretiens m'ont permis d'enrichir mes données sur le sujet.

Finalement, bien que je n'aie pas l'impression d'avoir répondu complètement à ma question de départ, ce travail m'a tout de même apporté certaines réponses et m'a permis de me remettre en question sur mes positions. Je sais à présent que les infirmiers ressentent des émotions, que celles-ci dépendent de plusieurs facteurs en fonction de l'histoire personnelle de l'infirmier ou alors des facteurs plus universels (la relation entretenue avec le patient et la famille). L'accompagnement des proches lors d'un décès a un rôle important dans la prise en charge d'un décès, et est décrit comme difficile par les infirmiers. Je n'ai pas pu démontrer d'impact quant aux émotions de l'infirmier sur l'accompagnement des proches lors d'un décès, mais il a montré qu'un lien se créait entre les deux protagonistes. Ces résultats m'ont permis de réfléchir à ma question de recherche : en quoi l'empathie de l'infirmier est porteuse de lien entre les proches d'un patient et lui-même ?

Ensuite, ce travail m'a permis de mieux appréhender ma posture de future infirmière lors des situations d'accompagnement des proches lors d'un décès, mais aussi lors de l'accompagnement en général. Il va aussi me permettre d'être plus à l'aise avec mes émotions, je connais aujourd'hui l'importance de savoir les reconnaître pour apprendre à les maîtriser. Même si cela représente un travail sur le long cours, j'ai les premières clés qui vont me permettre de faciliter cet apprentissage. Mes entretiens avec les infirmiers m'ont aussi rassuré sur l'importance du rôle des collègues, qu'ils

représentent un soutien indispensable lors des moments difficiles. J'ai compris aussi que ce ne sera pas facile au début, que ce qui permet d'évoluer et de s'épanouir dans ses prises en soins reste tout d'abord l'expérience.

En définitive, voilà plusieurs mois que je travaille à cette initiation à la recherche en soins infirmiers, il n'est pas facile d'y mettre un terme.

Cela n'a pas toujours été facile, la motivation n'était pas toujours présente et que j'ai découvert la difficulté lorsqu'un événement personnel touche de près ce travail et complique son avancement. Il m'a cependant permis de développer ma patience, ma discipline, m'a poussé à me remettre en question et à être constant dans un travail. Cela m'aidera, je n'en doute pas, pour ma future prise de poste.

Il ne marque d'ailleurs pas la fin de l'apprentissage, dans un métier où l'on apprend tous les jours et où il est important de se remettre en question dans sa pratique quotidienne, je serai peut-être amenée à retrouver le domaine de la recherche en soins infirmiers.

Bibliographie :

Articles périodiques :

- Loriol, M (2013). Travail émotionnel et soins infirmiers. *Santé Mentale*, n°177, p.60-63
- Phaneuf, M. (2013). L'intelligence émotionnelle, un outil de soin. *Santé mentale*, n°177, p. 30-35
- Thibault, P. (2014). L'IDE et la mort à l'hôpital. *Infirmière magazine*, n°354, p. 39-61
- Laporte, P. (2015). Les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux. *Revue internationale de soins palliatifs*, n°4, p. 149-156
- Lhote, C. (2000). Les mécanismes de défense et d'adaptation des soignants. *Laennec*, n°5
- Anthoine, E. (2014). L'empreinte de la mort dans les soins. *Revue l'aide soignante*, n°158, p.29-31
- Gautier, A. (2016). Compétence émotionnelle et implication des soignants. *Objectifs soins*, n°248, p. 27-31
- Truc, H., Alderson, M. & Thompson, M. (2009). Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers: une analyse évolutionnaire de concept. *Recherche en soins infirmiers*, n°97(2), p. 34-49.
- Birmelé,B. (2018). Accompagner. La relation soignante comme cheminement. *Ethique et santé*, n°15, p. 48-54

Ouvrages :

- Ariès, P. (1974). *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Âge à nos jours*. Edition Points.
- Aubry, R., Daydé MC. (2010). *Soins palliatifs, éthique et fin de vie : Une aide pour la pratique à l'usage des soignants*. Edition Lamarre.

Article de journal :

- (1999). Émotions, ce que la science nous révèle. *L'express.fr*.
https://www.lexpress.fr/actualite/sciences/emotions-ce-que-la-science-nous-revele_494466.html
- Mazelin Salvi, F. (2020). Accepter le temps du deuil. *Psychologies*
<https://www.psychologies.com/Moi/Epreuves/Deuil/Articles-et-Dossiers/Accepter-le-temps-du-deuil>

Mémoires :

- Mazurais,G. (2020). *L'accompagnement infirmier et l'angoisse dans la fin de vie*. IFSI CHU Rennes.
- LIAIGRE,J. (2020). *Les émotions des soignants dans l'accompagnement de fin de vie*. IFSI CHU Rennes.

-CHARTIER, E. (2020). *La juste distance au cœur de l'accompagnement à la fin de vie*. IFSI CHU Rennes.

Compte rendu de conférence de consensus :

-Haute Autorité de Santé. (2004). *L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches*. Faculté Xavier-Bichat- PARIS

https://www.has-sante.fr/jcms/c_272290/fr/accompagnement-des-personnes-en-fin-de-vie-et-de-leurs-proches

Pages web :

-Etymologie "accompagner" sur le site cnrtl : <https://www.cnrtl.fr/etymologie/accompagner>

-Définitions "décès", "mort", "émotions", "deuil", "accompagnement" sur le site Larousse.fr
<https://www.larousse.fr/>

-Tamburini,S. (2021, 05/03). *Qu'est ce que la mort sur le plan médico-légal ?* site MACSF

<https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Cadre-juridique/mort-plan-medico-legal>

-Cylie. (2019, 01/08). *"Les émotions sont nos alliés et non nos ennemies..."* Infirmiers.com, provient du blog : *Confiance en soins*

<https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/blogs-infirmiers/emotions-sont-alliees-et-non-ennemies.html>

-Von Kaenel (s.d), L. *La classification des émotions, les émotions en psychologie*.

<https://laravonkaenel.weebly.com/la-classification-des-eacutemotions.html>

-Hubert, J. (2011). *Cours ifsi- le travail du deuil*. Infirmiers.com

<https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-ifsu-le-travail-de-deuil.html>

-PDF : Cours IFAS BISCHWILLER (s.d). *Concepts le soin/ l'accompagnement/ le rôle du soignant*

http://www.synora-commerce.fr/ch_bischwiller_extranet/Doc/Ressources/LE_SOIN_2017011108562317.pdf

-PDF : Fondation œuvre de la croix Saint-Simon. (s.d). *Deuil de soignants : une souffrance à penser*.

https://vigipallia.parlons-fin-de-vie.fr/Documents/Catalogue/SYN_Maubon_201104.pdf

Annexes

- I. Annexe 1: Guide d'entretien
- II. Annexe 2: Retranscription entretien 1
- III. Annexe 3: Retranscription entretien 2
- IV. Annexe 4: Grille d'analyse des entretiens

Annexe I

Présentation de l'élève, du thème du mémoire, recherche du consentement

Questions :

1- Objectif : Connaître la diversité d'expérience de l'infirmier afin de mesurer la pertinence des réponses qu'elle pourra me donner (+ d'expérience = + d'esprit critique).

Depuis quand pratiquez-vous le métier d'infirmier ? Quel a été votre parcours ?

2- Objectif : Connaître l'expérience de l'infirmier avec les décès de patients, afin de mesurer la pertinence des réponses

Dans votre service, êtes vous souvent confronté aux décès de patients ?

3- Objectif : Connaître la position de l'infirmier sur la place que tient l'accompagnement des familles lors d'un décès d'un proche.

Pouvez-vous m'expliquer de quelle manière vous accompagnez la famille lors d'un décès ?

4- Objectif : Connaître le vécu du soignant face à la mort, ses ressentis

Racontez-moi une situation de décès qui vous a particulièrement marqué professionnellement et émotionnellement.

Relance : quels ont été vos ressentis ?

5-Objectif : Connaître la position qu'à l'infirmier face à ses émotions, les moyens qu'il utilise pour les maîtriser

Pouvez-vous m'expliquer comment vous gérez vos émotions lors d'un décès ?

Relance : qu'est ce qui vous a permis de les gérer de cette manière là ?

6- Objectif : Rechercher si les émotions des infirmiers ont une influence sur leur positionnement dans l'accompagnement des familles lors du décès d'un patient

Pouvez-vous m'expliquer comment vous accompagnez les familles lors d'un décès qui vous a marqué ?

Relance 1 : Selon vous, quelles sont les attentes des familles vis-à-vis des soignants lors du décès d'un patient ?

Relance 2 : Qu'est-ce qui vous conduit à adopter ce positionnement pour accompagner ces familles ?

7- Objectif : conclure l'entretien, permettre à l'infirmière de rajouter quelque chose auquel il n'a pas pensé plus tôt, ou quelque chose qu'il juge d'important et que je n'ai pas abordé.

Souhaitez-vous apporter une information complémentaire sur cette thématique que vous n'auriez pas eu l'occasion d'exprimer lors de l'entretien ?

Annexe II

Mme A est une jeune infirmière dans un service de médecine interne immunologique. Je la nommerai IDE 1 dans cet entretien.

ESI : Depuis quand pratiques tu le métier d'infirmier et quel a été ton parcours ?

IDE 1 : Je suis diplômée depuis 2 ans et demi et depuis que je suis diplômée je travaille en médecine interne.

ESI : Et du coup quel a été ton parcours de stage ?

IDE 1 : Alors, dans l'ordre chronologique j'ai effectué mes stages en cardiologie, en ehpad en unité Alzheimer, en médecine interne, en psychiatrie, je suis retournée en ehpad, puis j'ai été avec une équipe d'infirmière libérale, ensuite en psychiatrie avec des détenus et enfin j'ai terminé avec un stage en hépato-addictologie.

ESI : Est-ce que tu as souvent été confronté aux décès de patients au cours de ton parcours ?

IDE 1 : Lors de mes stages, jamais /.../. Depuis que je suis infirmière j'en ai eu pas mal. Il y a des périodes où il y en a eu beaucoup et d'autres peu. Mais jamais quand j'étais étudiante.

ESI : Ah oui, est-ce que tu redoutais ton 1^{er} décès ?

IDE 1 : Oui, j'aurais aimé faire l'expérience de mon 1^{er} décès en tant qu'étudiante/.../.

Pour voir comment l'infirmière accompagne la fin de vie d'un patient, la famille, comment elle fait l'annonce, comment gérer tous les papiers car il y en a beaucoup....

Heureusement que lors de mon 1^{er} décès j'étais bien accompagnée grâce à mes collègues et aux médecins.

ESI : Et par rapport aux familles, peux-tu m'expliquer de quelle manière tu accompagnes une famille lors du décès d'un proche ?

IDE 1 : Alors déjà la famille n'est pas toujours présente et ce n'est pas toujours nous qui appelons. /.../

Quand c'est un décès « prévu », que la famille est au courant qu'il y a des risques qu'il décède dans les jours à venir, alors je prends la responsabilité d'appeler la famille.

Par contre si c'est un décès inattendu, ce n'est de toute façon pas mon rôle d'appeler donc c'est le médecin qui le fait.

/.../

A partir de ce moment c'est parfois délicat de les appeler car on ne sait pas s'ils sont très proches du patient ou pas, on ne connaît pas trop les liens qu'ils ont. /.../ On ne sait pas comment ils vont réagir, parfois ils éclatent en sanglots. /.../ En plus au téléphone on ne les voit pas, alors téléphoner reste une étape délicate.

Après, parfois ils viennent ou ne viennent pas voir le corps. /.../ Quand ils viennent ce n'est pas toujours facile car le fait de les voir, bah ils ont des réactions auxquelles on s'attend ou pas. Il y en a qui éclatent en sanglots, qui ne veulent même pas rentrer dans la chambre.

/.../ C'est pas toujours facile à gérer l'accompagnement.

/.../ Maintenant qu'est-ce qu'on peut faire nous pour les accompagner au mieux ?.../.../

Je dirais que c'est d'abord se montrer rassurant sur les conditions dans lesquelles il est décédé. Souvent ils ont besoin de savoir s'il a souffert, si ça a duré longtemps, s'il a eu mal, si il était angoissé.

/.../ Donc voilà, déjà donner quelques petits mots rassurants là-dessus.

Expliquer tout ça mais sans forcément trop s'étaler là-dessus, le but c'est /.../ c'est /.../.

Après ça dépend vraiment de la famille et de leurs réactions quoi. /.../ Et puis être présent sans être trop présent. Leur montrer qu'on est là s'ils ont besoin, s'ils ont besoin de parler, de pleurer ou peu importe. On est là aussi pour les écouter, s'ils préfèrent être tout seul avec leurs proches, et bien on les laisse tranquille dans la chambre. En fait on est à leur disposition sans être trop intrusifs non plus.

Et puis après il y a tout ce qui est /.../. Ils ont souvent pas mal de questions sur comment ça se passe la suite : où va le corps, qu'est-ce qu'ils doivent faire au niveau des papiers, qu'est ce qu'ils doivent remplir, pas remplir. Ca c'est beaucoup de questions aussi, donc c'est bien que nous on soit au courant pour pouvoir les informer.

Mais c'est aussi avec l'expérience qu'on sait...

ESI : Oui pour pouvoir être capable de répondre aux questions.

IDE 1 : Au début c'est compliqué, quand toi-même tu ne sais pas ce qu'il se passe après...

ESI : Oui c'est vrai... Donc pour toi, dans la prise en charge d'un décès, quelle est la place de la prise en charge de la famille ?

IDE 1 : Et bien je dirais centrale du coup.

De la même manière, il y en a qui sont très présents, qui sont là tous les jours, qui dorment même dans la chambre du proche, qui veulent être « H24 » avec le patient en fin de vie. Et puis d'autres où au contraire il n'y a pas de famille qui vient. Soit parce que c'est une personne très isolée, soit parce qu'elle n'est pas proche de sa famille. /.../

Donc ceux où la famille est là très très souvent, /.../ ils voient dès que le patient se dégrade et donc ont besoin de beaucoup d'informations pour être rassuré, ça les inquiètes quoi.

Et parfois ils ont besoin d'avoir un délai. Savoir si ça va durer longtemps, si ça va être rapide, pour se préparer eux même à faire leur deuil.

ESI : Oui tout à fait

IDE 1 : Donc finalement les accompagner en les informant sur l'état de santé du proche mais aussi les accompagner à faire leur deuil. Parce qu'il commence déjà quand ils savent qu'il va décéder.

Donc pour certains ils vont pleurer tous les jours, vont avoir besoin de parler.

D'autres ça va être compliqué de parler...

Des fois il y a beaucoup beaucoup de famille de présente aussi, on va voir le mari, la femme, les enfants, les petits enfants, les arrière petits enfants, les frères et sœurs... Donc on va avoir beaucoup d'interlocuteurs, et il faut s'adapter à chacun !

Et, des fois il y aura beaucoup moins de monde, c'est.. /.../ Enfaite chaque situation est singulière et propre à elle-même.

ESI : Merci pour ta réponse bien développée. Et je voulais savoir s'il y avait un décès qui t'as particulièrement marqué, professionnellement et aussi émotionnellement ?

IDE 1 : /.../ oui /.../ Il y en a eu plusieurs.

Après la famille n'était pas forcément présente dans ces décès-là. Les décès qui m'ont le plus marqué c'est les décès où je m'y attendais pas enfaite. C'est-à-dire que les patients ne sont pas considérés en fin de vie, même s'ils sont très malades. /.../ Et le moment où tu rentres dans la chambre et que tu t'apprêtes carrément à faire ta prise de sang, en fait tu vois qu'il est mort... Et des fois aussi tu les retrouves dans des positions un peu... incongrus on va dire. Et du coup c'est parfois un peu marquant et tu y repenses beaucoup derrière quoi.

ESI : Justement, dans la situation à laquelle tu penses, c'était quoi tes ressentis du coup ? Si tu devais analyser tes émotions à ce moment-là ...

IDE 1 : Sur le coup de la peur. Parce que pour moi c'est jamais simple de me retrouver face à un mort, parce qu'il est mort sous mes yeux enfaite. /... / donc ça /.../ la peur/.../ la surprise...

Quand tu rentres dans la chambre et que tu découvres qu'il est décédé, même si tu t'y attends, il y a toujours un petit effet surprise.

Et après un petit coup de, comment dire..., d'adrénaline. Parce que tu te dis : ok c'est pas attendu, est ce que je le réanime ou pas, qu'est-ce que je fais ?

Et puis de toute façon en général tu vois si c'est trop tard pour le réanimer ou pas. /.../

Et après c'est plus : ok tu vois avec tes collègues pour la toilette mortuaire, voir pour les papiers, et puis voir avec le médecin aussi /.../ bah qui c'est qui appelle la famille.

Et... et voilà.

ESI : Et Justement les émotions que tu ressens à ce moment-là, tu fais comment pour les gérer ?

IDE 1 : Je fais comment pour les gérer ?

ESI : Tu as des techniques, des moyens ?

IDE 1 : Heu /.../ c'est déjà prendre sur soi surtout. Ok il y a un décès il faut s'en occuper quoi. Après, plus tu en as, plus tu as l'habitude, plus t'arrives à gérer tes émotions.

Après quand c'est auprès des familles/.../. Ce qui est compliqué c'est quand on les voit pleurer d'un coup on a envie de pleurer aussi. /.../Pour un peu que ce soit un patient avec lequel on s'est attaché parce qu'il est resté longtemps ou parce qu'on s'entendait très bien avec lui, c'est toujours plus compliqué.

Donc moi je me dis, enfin /.../ c'est toujours compliqué, mais moi je me dis c'est pas à moi de pleurer à la place de la famille. C'est pas quelqu'un de ma famille, c'est pas un ami, voilà c'est pas un proche. Donc même si je me suis très bien entendu avec lui, ce n'est pas à moi de pleurer. Donc j'essaie de retenir mes émotions, de les garder pour moi, et d'avoir une figure un peu neutre face à la famille.

ESI : D'accord...

IDE 1 : Après j'ai souvent entendu des familles dirent que ça les touchaient de voir une infirmière pleurer parce qu'ils se disent « voilà elle était proche de mon papa, de mon mari peu importante, et voilà il a vécu ses derniers moments avec quelqu'un qui s'entendait bien avec lui, qui était proche de lui quoi ».

Donc de ce que j'ai pu entendre, les familles ça ne les dérange pas forcément qu'on leur montre nos émotions à eux aussi. /.../ Moi personnellement j'ai du mal à montrer mes émotions aux familles, je les garde pour moi... J'en parle à mes collègues si j'ai besoin, mais je garde une position neutre face à la famille.

ESI : D'accord, est ce que c'est aussi pour toi te protéger finalement ?

IDE 1 : Oui bah oui, probablement. Si je me mets à éclater en sanglots avec la famille, c'est délicat, ça me met dans une position où je suis moins à l'aise. Donc oui c'est une façon de se protéger, j'ai tendance à garder mes émotions pour moi. Et puis /.../ et puis après si j'ai besoin d'en parler je peux en parler avec mes collègues, ou avec ma famille souvent j'ai besoin d'en parler avec ma famille, et mes amis... Mais a posteriori, le lendemain ou même le surlendemain.

ESI : Ok , et ça rejoint un peu ce que tu disais avant mais pour toi c'est quoi les attentes d'une famille par rapport aux infirmiers lors du décès d'un proche ?

IDE 1 : Déjà qu'il soit présent pour eux. Présent pour leurs différentes interrogations, pour répondre à leurs questions, les aider dans les démarches... Et puis présent sur le plan émotionnel, qu'on soit là s'ils ont besoin.

Qu'ils ne se disent pas : là l'infirmière est débordée, j'ai besoin de leur parler, de vider mon sac mais je ne peux pas.

Non enfaite, moi je pense qu'ils ont besoin qu'on soit présent. S'ils ont besoin d'ailleurs, parce que s'ils ne veulent pas parler, à nous de nous effacer un peu et d'être présent que pour le strict minimum.

Et aussi les aider sur les différentes démarches, c'est souvent ce qui ressort.

Et après qu'est-ce qu'ils attendent de nous sur nos émotions à nous. /.../ Ca j'avoue que je ne le sais pas. Je n'ai jamais eu de famille qui m'en a vraiment parlé. Après comme j'ai dit j'ai entendu des témoignages de famille dire que ça les avait touché de voir des émotions chez les soignants, mais est-ce que c'est ce qu'ils recherchent tous ? Je ne sais pas.

Je pense pas qu'il faut qu'on s'empêche d'exprimer nos émotions tant que le patient est d'accord avec ça, que lui il accepte ça, et du coup pareil avec la famille.

ESI : Et, tu me dis si tu veux ne pas en parler, mais est ce qu'il y a eu une situation, où lors d'un décès d'un proche tu as eu des difficultés avec la famille, par rapport à toi et tes émotions ?

IDE 1 : Oui il y a eu une histoire dernièrement où je me suis sentie un peu en difficulté...

En fait, j'ai un patient qui est décédé pendant la nuit, donc avec ma collègue. Et la famille voulait être prévenue que la journée, donc c'est moi qui les ai appelé vers 8h. /.../

J'ai appelé le fils, je lui ai annoncé le décès, bon il s'y attendait il m'a dit « ok pas de soucis » et je lui ai dit « par contre il y a un sac de vêtement à récupérer, est ce que vous voulez venir ? Nous on le garde dans le service ». Il répond qu'il passe plus tard.

Environ 1h après, il y a la petite fille de la dame qui arrive, et mes collègues la renvoie vers moi. Et/.../ bah je pensais qu'elle était au courant du coup vu que j'avais prévenu son papa. Et je pensais qu'elle venait récupérer son sac d'affaires. /.../ Donc elle arrive devant moi et je vois qu'elle me regarde, /.../ bah elle me dit rien en fait. Elle me regarde comme si elle attendait que je lui annonce quelque chose, que je lui dise quelque chose.

Donc bah la première chose que je lui ai dit c'est : toutes mes condoléances. Et là enfaite elle a éclaté en sanglots parce qu'elle était pas au courant, et que son papa ne l'avait pas encore prévenu et qu'elle venait pour voir sa mamie en fait. Elle venait pour la voir mais en plus malheureusement pour elle, le corps était déjà parti à la demande de son père, et elle ne s'y attendait pas. /.../ Enfin elle savait qu'elle pouvait décéder d'un moment à l'autre mais elle pensait pas que ça allait être là maintenant.

Elle venait lui rendre visite, et du coup elle allait repartir sans voir sa mamie et avec le sac de vêtement quoi. /.../ Donc c'est un peu dur /.../

Et moi au niveau de l'annonce je me suis pas sentie à l'aise, et heu /.../ ca m'a pas plu enfaite la façon dont je lui ai fait l'annonce.

C'était pas ma faute parce que je ne savais pas mais je me suis dit : la pauvre, elle apprend que sa mamie est décédée avec juste « toutes mes condoléances ».

Il y a pas eu vraiment de forme, d'accompagnement /.../ enfin, à quelques minutes près elle aurait pu la voir aussi. /.../

Donc pas forcément facile, et puis elle éclate en sanglots alors forcément, comment réagir ? On peut pas la prendre dans nos bras non plus, enfin...

Donc bon je me suis excusée, je lui ai dit « désolée, je pensais que vous étiez au courant, j'ai prévenu votre papa il y a une heure/.../ malheureusement le corps est déjà parti donc vous pourrez la voir à la chambre funéraire mais plus ici ».

Et elle pleurait, elle pleurait, elle pleurait, elle était plus capable de dire quoi que ce soit en fait. /.../

Donc je lui ai proposé d'aller dans la chambre un peu ou dans le salon des familles, pour reprendre ses esprits et se remettre de ses émotions. Donc elle a voulu aller dans la chambre, mais elle était totalement vide quoi, il y avait même plus un drap sur le lit.

Donc elle s'est recueillie quelques minutes je pense, puis après que son père l'a rejoint, ils ont récupéré le sac de vêtement et sont repartis. /.../

Et heureusement, que son père est intervenu et l'a poussé à se relever car même en partant elle était toujours incapable de poser la moindre question, elle était sous le choc de l'annonce quoi.

Et donc moi je m'en suis voulu, c'est pas que j'ai pas eu de tact mais elle n'avait pas à l'apprendre comme ça. Elle aurait pu l'apprendre autrement, donc voilà ça c'était /.../ compliqué à gérer.

ESI : Et du coup vous en avez parlé en équipe derrière ?

IDE 1 : Oui j'en ai parlé avec mes collègues qui étaient là ce jour ci, et ouais j'en ai parlé aussi les jours d'après, puis après bon c'est passé. /.../Je savais que je n'avais pas fait non plus quelque chose de mal dans le sens où j'avais prévenu la famille, après c'est un problème de communication entre eux. Sur le coup non je ne me suis pas sentie bien vis à vis de la petite fille, mais bon, après en en parlant avec les collègues c'est passé.

ESI : Oui c'est vrai que c'est une situation pas facile.

IDE 1 : Oui mais je ne pouvais pas y faire grand-chose. Et elle aurait pu réagir en disant « ah bah je savais pas, j'étais pas au courant ». Non, elle a éclaté en sanglots, impossible de la consoler. /.../

ESI : Et justement, à ce moment-là comment tu étais avec tes émotions ? Est-ce que tu, comme tu disais avant, tu avais envie de pleurer en la voyant pleurer ?

IDE 1 : J'ai pas eu particulièrement envie de pleurer, parce que la dame je m'en étais pas beaucoup occupé, elle n'était pas décédée avec moi, je n'ai même pas vu le corps. /.../ C'est plus je me suis sentie mal dans ce que j'ai dit.

C'était délicat d'accompagner sa fille mais je n'avais pas envie de pleurer, j'étais plus gênée et embêtée de l' avoir annoncé comme ça.

Quand elle est allée dans la chambre moi j'avais encore pleins de soins à faire donc j'ai continué, puis quand elle avait besoin j'étais présente quoi. Mais du coup oui j'ai continué parce que j'avais pas le choix quoi, faut aussi que je fasse mon travail.

ESI : D'accord merci. Et finalement, est ce que tu as une information à ajouter, où tu penses ne pas avoir eu l'occasion de l'exprimer ?

IDE 1 : Je pense avoir dit pas mal de choses /.../ Après /.../ je dirais que tout s'acquiert avec de l'expérience, que les premières fois ce n'est pas toujours facile. Heureusement il y a aussi nos collègues qui peuvent nous aider.

C'est avec l'expérience qu'on prend l'habitude, qu'on est plus résistant face à un décès et qu'on arrive mieux à contrôler nos émotions.

Après c'est vrai, tout dépend de la proximité qu'on avait avec le patient. Plus on est proche, plus c'est difficile pour nous de gérer les émotions, face à la personne qui décède et face à la famille aussi.

Donc voilà, on fait comme on peut mais je pense qu'à tout âge et à tout moment de notre carrière il y aura toujours des situations qui nous marqueront et qu'on aura plus de mal à les gérer que d'autres. Mais ça sera toujours plus facile qu'au début je pense...

ESI : Ok, donc l'expérience est le maître mot ?

IDE 1 : Oui, je pense que ça joue beaucoup.

ESI : Merci beaucoup pour ton temps et de tes réponses.

Annexe III

Mr G est un infirmier avec plusieurs années d'expériences qui travaille dans un service de médecine interne immunologique. Je le nommerai IDE 2 dans cet entretien.

ESI : Du coup je voulais savoir depuis quand tu es infirmier et quel a été ton parcours ?

IDE 2 : Alors moi je suis infirmier depuis 2014 /.../, j'ai travaillé dans un 1^{er} temps en sortie de diplôme en HAD, puis aux urgences de nuits pendant 3 ans, puis j'ai intégré le pool de l'hôpital toujours de nuit où là je travaillais dans tous les services du CHU à l'exception de la pédiatrie où ils avaient un pool dédié.

/.../ Ensuite, *rires*, je suis repassée de jour et je tournais surtout en hématologie, néphrologie et maladies infectieuses, et enfin j'ai rejoint le service de médecine interne, ça fait presque 2 ans. /.../ voilà.

ESI : Un parcours assez complet ! Et du coup je voulais savoir si au cours de ton parcours, et spécialement en médecine interne, tu étais souvent confronté aux décès de patient ?

IDE 2 : Alors oui confronté à des décès c'est sûr /.../ souvent /.../ après je sais pas si pourrais dire souvent, genre j'ai l'impression qu'il y a beaucoup moins de décès qu'en hémato. Après c'est pas le même service...

Alors oui du coup régulièrement parce que malheureusement ça fait partie du métier, donc ouais de manière régulière on va dire.

ESI : Et du coup est ce que tu peux m'expliquer la manière dont tu t'occupes de la famille lors d'un décès ?

IDE 2 : Alors je sais pas si /.../ enfin, /.../ je ne crois pas qu'il y a qu'une manière de s'occuper de la famille... Enfin pour moi il y a beaucoup de facteurs qui vont intervenir sur comment on va prendre soin de la famille, enfin...

Déjà /.../ Déjà il y a 2 catégories je peux dire.

Il y a déjà si le décès est attendu donc s'il y a une dégradation de l'état de santé.

Donc le fait que sur le plan médical on puisse plus l'accompagner, à part du coup sur la douleur et le confort, donc le fait d'être en soins palliatifs .

Ou bien une dégradation subite de l'état de santé qui entraîne la mort du patient. Je pense qu'en fonction de ça les familles n'auront pas les mêmes émotions.

Dans le 1er cas de figure, bon après ça dépend des gens... Déjà il y a ceux qui acceptent que l'état du proche se dégrade et que finalement l'issue sera le décès. Voilà donc là je pense que la famille a le temps de se préparer, et donc on a pas la même approche qu'avec un décès brutal ou la famille n'a pas le temps de se préparer.

ESI : oui tout à fait

IDE 2 : Dans le cadre/.../ Dans le cadre, je sais pas si on peut dire ça, mais dans le cadre du décès attendu, surtout si le patient est dans le service depuis longtemps, on aura eu le temps de rencontrer

la famille. On aura déjà eu un premier contact avec la famille et ils nous seront familiers, on saura quels liens ils entretiennent avec le patient. Donc déjà, enfin /.../ ca sera quand même plus personnalisé si je puis dire.

Parce que si le décès est brutal c'est /.../ pour ma part en tout cas je trouve ça plus compliqué. On ne connaît pas la famille, on ne sait rien de leur degré de relation avec le patient et comme on a jamais eu de contact avec eux et bien c'est plus difficile de se positionner.

Il y a des familles de patients qui vont être... Comment dire.... Très distantes, et du coup il faut respecter cette distance là et suivre le rythme de la famille. D'autres au contraire qui vont être dans une plus grande proximité. Donc pour moi il faut suivre le rythme de la famille, suivre la manière dont eux gèrent le décès.

Et donc du coup, je n'ai pas de ligne de conduite quand je m'occupe d'un décès. Après il y a une procédure. Déjà on part du principe, enfin en tout cas je leur souhaite, que le patient décède lorsque la famille n'est pas là.

Donc il va bien sûr avoir l'annonce, qui est faite /.../ *rires*... ça dépend. Soit par la médecin, l'interne et des fois l'infirmier.

Puis on leur demande s'ils veulent venir dans l'unité oui ou non, puis ils disent quand ils vont arriver. Ça nous permet d'avoir le temps de préparer /.../ le défunt de façon à ce que ce soit le moins traumatisant pour eux, même si ça reste très dur de faire face à un corps sans vie.

Donc voilà il y a l'annonce, on prépare le défunt, puis avant que la famille aille le voir généralement on les rencontre. Moi ce que je fais c'est qu'à la première rencontre je vois comment ça se passe au niveau des émotions, voir ce qu'ils sont capables d'entendre et je les accompagne auprès du défunt.

On essaie de bien faire les choses, on laisse des chaises pour qu'ils puissent s'asseoir, on reste présent s'ils ont besoin. Après on leur laisse vraiment le temps nécessaire, c'est ce qu'on leur dit, et qu'ils n'hésitent pas à venir en cas de besoin, et souvent quand ils ressortent ils souhaitent discuter un petit peu.

ESI : Est ce que tu peux me raconter une situation de décès qui t'as particulièrement marqué au niveau professionnel et surtout émotionnel ?

IDE 2 : Oui alors, moi ce qui m'a beaucoup /.../ choqué, je sais pas si je peux dire ça. /.../ En tout cas surpris, mais oui choqué aussi, c'est tous les patients qui sont décédés du Covid. J'ai eu la malheureuse expérience d'être l'infirmier qui s'est occupé de décès covid par deux fois. Donc là

c'était une procédure très très particulière car le travail de préparation des corps n'était plus fait au funérarium.

Là on faisait la toilette mortuaire et quelque chose qu'on ne faisait plus depuis des années, pour éviter que les corps se vident, on mettait du coton dans les orifices naturels, et on mettait le corps du défunt dans une housse plastique.... Voila. /.../.

Ca c'était particulier en plus les procédures faisaient que de changer, parfois ils pouvaient venir voir les corps et des fois non. Et les corps étaient quand même dans des housses plastiques, on devait cacher la housse avec des moyens de fortunes, on faisait que dépasser la tête, enfin bref... Pour moi ça c'était choquant.

On n'avait plus l'habitude de mettre du coton cardé dans les orifices naturels. Pour moi c'était super difficile parce que je trouvais ça violent et j'ai du mal à /.../, à associer ça à quelque chose de respectueux. Pour moi c'était super violent de "bourrer" une patiente de coton puis après de la mettre dans une housse plastique, c'était super froid en fait... Voilà, pour moi ça a été choquant parce que j'avais l'impression de manquer cruellement d'humanité en prenant soin du corps du défunt quoi...

ESI : et j'imagine que dans cette situation tu as eu différentes émotions, comment tu les gères ?

IDE 2 : j'en fait part à ma collègue qui était avec moi. Je lui ai dit clairement que je trouvais ça violent, que je n'étais pas à l'aise avec ça. Et aussi c'est vrai que moi j'ai toujours parlé au défunt, pendant la toilette mortuaire par exemple je préviens de la température de l'eau, c'est un signe de respect. Et là pendant cette prise en soins je faisais que de me morfondre en excuse, parce que ce n'était pas en accord avec mes idéaux, ce n'est pas comme ça que je veux m'occuper des défunts. Donc je m'excusais beaucoup, j'étais gêné.

ESI : Donc ta manière de gérer tes émotions c'est de l'exprimer à voix haute ?

IDE 2 : Oui en l'exprimant à voix haute à mes collègues et au défunt. Et après j'en ai parlé à mes collègues. Par contre une fois que la prise en charge de cette situation est faite, je n'y pense plus. J'y pense sur le moment présent mais par exemple ça n'impacte pas après sur la prise en charge des autres patients.

ESI : Très bien. Et est-ce que tu peux m'expliquer de quelle façon tu accompagnes les familles lors d'un décès qui t'as marqué ?

IDE 2 : Alors je réfléchis... Peut être plus quand on a déjà fait connaissance avec une famille. Après je n'ai pas d'exemples précis... C'est vrai que parfois des liens, aussi minces soient t'ils, se créent. Après c'est vrai qu'avec les personnes qu'on a vu plus souvent il y a peut être plus de contact, plus de compassion, leur dire qu'on était présent. Alors oui dans certaines situations j'avais plus de compassion, je souffrais quelque part avec eux. Mais après je n'ai jamais été submergé par mes émotions...

Après j'ai eu un accompagnement difficile, dont je n'ai pas vu le décès... D'une jeune patiente, je pense que je m'en souviendrais toute ma vie. D'une jeune patiente qui était suivie par l'HAD pour une prise en charge palliative d'un cancer rhumato, qui arrivait aux urgences car son état s'était fortement dégradé et l'HAD arrivait à la limite de ce qu'ils pouvaient proposer.

Elle était très dénutrie, très affaiblie, très douloureuse. On la prenait en charge dans un box, et il y avait un médecin de garde je me souviens c'était pas un urgentiste mais un néphrologue.

Bon grosso modo la patiente n'allait vraiment pas fort, elle était hypotendue etc, les antalgiques de première intention étaient vraiment sans efficacité. Et je lui ai dit qu'il fallait la titrer en morphine et en fait... /.../ La médecin a refusé.

ESI : d'accord...

IDE 2 : En faite elle avait très peur qu'avec son hypotension, si on la titrait en morphine ca entraînerait son décès imminent.

Puis sa famille est arrivée, et je me souviens de sa mère qui s'est mise à nous enlacer... Et je pense qu'avec ma collègue aide soignante on ne s'attendait pas à ça, et ça ça avait été compliqué à gérer.

Mais après moi je.... /.../, je suis rentrée chez moi et je n'ai pas pu voir ce qu'était devenue cette patiente, je sais pas si elle était décédée ou pas.

Alors voilà ca ca avait été compliqué parce que moi cette dame je la connaissais pas, elle me saute au cou en me remerciant alors qu'on avait strictement rien fait.... Je pense qu'elle était bouleversée du décès imminent de sa fille, voilà...

Voilà, ça a été compliqué parce que je m'attendais pas à cette effusion de sentiments...

ESI : Et toi tu as adopté quel comportement face à cette maman ?

IDE 2 : Honnêtement je m'en souviens plus trop... Je sais que j'ai été surpris, je lui ai dit qu'on faisait notre travail. J'ai le sentiment d'être resté professionnel sans forcément montrer que j'étais très

affecté. J'ai montré que j'étais disponible etc, mais je ne pense pas avoir montré la surprise... Et c'est en partant avec ma collègue qu'on était un peu chamboulés quoi. Parce que tout est arrivé très vite, enfin voilà...

Après moi j'ai fait d'autres métiers avant de devenir infirmier, et c'est vrai que j'avais vécu des situations où il faut faire de la médiation. Et cela m'a aidé par rapport à la prise en charge de certaines situations avec les familles. Ça m'a beaucoup aidé quand il y avait des conflits par exemple. Donc je pense que quand t'es plus jeune, tu as vécu moins de situations compliquées, je pense que t'es moins armé et c'est pas facile. D'où l'importance d'être accompagné de tes collègues ! Moi j'ai vu de jeunes collègues qui n'étaient pas à l'aise avec des familles lors d'un décès et je leur venait en aide en allant m'occuper de la famille pendant qu'elle faisait l'administratif.

ESI : Pour toi, quelles sont les attentes des familles vis-à-vis des soignants lors des situations compliquées et particulièrement lors des décès ?

IDE 2 : Souvent c'est une présence en fait. C'est toujours angoissant de se retrouver face à un corps sans vie, et de savoir que quelqu'un est présent c'est rassurant...

Je pense qu'ils attendent surtout ça.

Bien souvent ils n'ont pas de question à poser si ce n'est, et c'est en 2ème partie après s'être recueilli au chevet... Et ce n'est pas la majorité, ils viennent parfois demander comment il est parti. Et je pense que quelque part ils veulent entendre qu'il est parti sans souffrir, je pense que c'est juste qu'ils veulent être rassurés. Ils veulent être rassurés sur la manière dont est parti leur proche, c'est-à-dire sans souffrir et plutôt de manière apaisée quoi.

Ou sinon quand c'est juste avant le décès c'est souvent les angoisses. Effectivement quand c'est un patient qui est déjà sous antalgiques à hautes doses, et que parfois il y a quelques pauses respiratoires... La famille a peur qu'il s'étouffe etc.

Donc ils ont besoin de réassurance, de présence, et de savoir que leur proche est parti sans souffrir.

ESI : Est ce que tu penses que les familles peuvent avoir des attentes au niveau des émotions des soignants ?

IDE 2 : Je pense qu'il y a autant de préférence de famille qu'il y a de personnalité quoi... Après ça reste des relations humaines, on fait ce métier avec qui on est... Après bien sûr il y a du professionnalisme qui peut gommer un petit peu.

Je pense qu'il y a des familles qui seront pas content que l'infirmier soit un peu froid mais au contraire des familles qui préfèrent que le personnel soignant soit vraiment en arrière plan et pas trop présent...

Moi je n'ai jamais eu de retour de famille par rapport à ça. En plus je vois mal la famille nous en parler à chaud après le décès, parce qu'on les revoit rarement après... Certains repassent pour nous remercier mais c'est une minorité. Donc après s'ils ont été satisfait de la prise en charge ou pas, c'est vrai que ca reste un peu un mystère...

ESI : Souhaites-tu apporter une information complémentaire sur cette thématique que tu n'aurais pas eu l'occasion d'exprimer lors de l'entretien ?

Non je pense pas, j'ai bien causé....

Annexe IV

I. Connaissance de la personne

Objectif : Connaître la diversité d'expérience de l'infirmier afin de mesurer la pertinence des réponses qu'elle pourra me donner (+ d'expérience = + d'esprit critique).

Depuis quand pratiquez-vous le métier d'infirmier ? Quel a été votre parcours ?

	Ancienneté du diplôme	Diversité d'expérience
IDE 1 (jeune IDE)	Jeune diplômée « je suis diplômée depuis 2 ans et demi »	A connu qu'un service depuis l'obtention de son diplôme « depuis que je suis diplômée je travaille en médecine interne »
IDE 2 (IDE + âgé)	Infirmier avec plus d'ancienneté « je suis infirmier depuis 2014 »	Grande diversité d'expérience « j'ai travaillé dans un 1 ^{er} temps en sortie de diplôme en HAD, puis aux urgences de nuits pendant 3 ans, puis j'ai intégré le pool de l'hôpital toujours de nuit où là je travaillais dans tous les services du CHU (...) je suis repassée de jour et je tournais surtout en hématologie, néphrologie et maladies infectieuses, et enfin j'ai rejoint le service de médecine interne. »

Objectif : Connaître l'expérience de l'infirmier avec les décès de patients, afin de mesurer la pertinence des réponses

Dans votre service, êtes-vous souvent confronté aux décès de patients ?

	Expérience avec les décès de patients
IDE 1	Dans un 1 ^{er} temps, n'a jamais connu de décès en tant que stagiaire « jamais quand j'étais étudiante » Puis a régulièrement eu l'expérience de décès de patient en tant qu'infirmière « depuis que je suis infirmière j'en ai eu pas mal »
IDE 2	A souvent eu l'expérience de décès de patients « régulièrement parce que malheureusement ça fait partie du métier, donc ouais de manière régulière on va dire. »

II. Sa perception de l'accompagnement des familles

Objectif : Connaître la position de l'infirmier sur la place que tient l'accompagnement des familles lors d'un décès d'un proche.

Pouvez-vous m'expliquer de quelle manière vous accompagnez la famille lors d'un décès ?

Établir une relation de confiance						Prendre conscience du décès et organiser les tâches
Accompagner	Informar	Écouter	Rassurer	Être présent	Suivre le rythme de la famille	En suivant un protocole

I D E 1	<p>Accompagner à faire leur deuil</p> <p>Les accompagner en les informant</p>	<p>Je prends la responsabilité d'appeler la famille</p> <p>Expliquer tout ça sans forcément trop s'étaler dessus</p> <p>Ils ont souvent pas mal de questions sur comment ça se passe la suite</p> <p>C'est beaucoup de questions aussi donc c'est bien que nous on soit au courant pour pouvoir les informer</p> <p>Ont besoin de beaucoup d'informations pour être rassuré</p> <p>Les accompagner en les informant</p>	<p>On est là aussi pour les écouter</p> <p>Vont avoir besoin de parler</p>	<p>Se montrer rassurant sur les conditions dans lesquelles il est décédé</p> <p>Donner quelques mots rassurants</p> <p>Ont besoin de beaucoup d'informations pour être rassuré</p>	<p>Être présent sans être trop présent</p> <p>Leur montrer qu'on est là</p> <p>On est à leur disposition sans être trop intrusif non plus</p>		<p>Qu'est-ce que je fais ?</p> <p>Ok tu vois avec tes collègues pour la toilette mortuaire, voir pour les papiers, et puis voir avec le médecin aussi... Qui appelle la famille ?</p>
------------------	---	---	--	--	---	--	---

I D E 2		<p>Souvent quand ils ressortent ils souhaitent discuter un petit peu</p> <p>A la première rencontre je vois comment ça se passe au niveau des émotions, voir ce qu'ils sont capables d'entendre</p>	<p>Souvent quand ils ressortent ils souhaitent discuter un petit peu</p>	<p>Préparer le défunt de façon à que ce soit le moins traumatisant pour eux</p>	<p>Qu'ils n'hésitent pas à venir en cas de besoin</p> <p>On essaie de bien faire les choses, on laisse des chaises pour qu'ils puissent s'asseoir, on reste présent s'ils ont besoin</p>	<p>Pour moi il faut suivre le rythme de la famille, suivre la manière dont eux gèrent le décès</p> <p>Il faut respecter cette distance là et suivre le rythme de la famille</p> <p>On leur laisse vraiment le temps nécessaire</p>	<p>Il y a une procédure (...) Donc il va bien sûr avoir l'annonce (...) puis on leur demande s'ils veulent venir dans l'unité oui ou non, puis ils disent quand ils vont arriver, ça nous permet d'avoir le temps de préparer, (...) et je les accompagne auprès du défunt</p> <p>Donc voilà il y a l'annonce, on prépare le défunt, puis avant que la famille aille le voir généralement on les rencontre</p>
	2 0	6 2	2 1	3 1	3 2	0 3	2 2

	Situations demandant une bonne capacité d'adaptation		
	Difficultés	Imprévisibilité	Singularité
IDE 1	<p>C'est parfois délicat</p> <p>Une étape délicate</p> <p>Ce n'est pas toujours facile</p> <p>Ce n'est pas toujours facile à gérer</p> <p>Au début c'est compliqué</p> <p>Ça va être compliqué de parler...</p>	<p>On ne sait pas comment ils vont réagir</p> <p>Ils ont des réactions auxquelles on s'attend ou pas</p> <p>On ne sait pas s'ils sont très proches du patient ou pas</p> <p>On ne connaît pas trop les liens qu'ils ont...</p>	<p>La famille n'est pas toujours présente</p> <p>Ce n'est pas toujours nous qui appelons</p> <p>Parfois ils viennent ou ne viennent pas voir le corps</p> <p>Ca dépend vraiment de la famille et de leurs réactions</p> <p>Il y en a qui sont très présents (...) et d'autres où au contraire il n'y a pas de famille qui vient.</p> <p>Chaque situation est singulière et propre à elle-même</p>

<p>IDE 2</p>	<p>je trouve ça plus compliqué (<i>dans le cas d'un décès brutal</i>)</p> <p>Comme on a jamais eu de contact avec eux et bien c'est plus difficile de se positionner (<i>dans le cas d'un décès brutal</i>)</p> <p><i>Contrairement au décès attendu où « On aura déjà eu un premier contact avec la famille et ils nous seront familiers, on saura quels liens ils entretiennent avec le patient. Donc déjà, enfin /.../ ca sera quand même plus personnalisé si je puis dire. »</i></p>	<p>On ne connaît pas la famille, on ne sait rien de leur degré de relation avec le patient (<i>dans le cas d'un décès brutal</i>)</p>	<p>Déjà il y a ceux qui acceptent que l'état du proche se dégrade et que finalement l'issue sera le décès. Voilà donc là je pense que la famille a le temps de se préparer, et donc on a pas la même approche qu'avec un décès brutal ou la famille n'a pas le temps de se préparer</p> <p>Je pense qu'en fonction de ça (<i>mort subite ou attendue</i>) les familles n'auront pas les mêmes émotions.</p> <p>Il y a des familles de patient qui vont être (...) très distantes (...) d'autres au contraire qui vont être dans une plus grande proximité.</p>
	<p>6 2</p>	<p>4 1</p>	<p>6 3</p>

III. La gestion de ses émotions dans la prise en charge de décès de patients

Objectif : Connaître le vécu du soignant face à la mort, ses ressentis

Racontez-moi une situation de décès qui vous a particulièrement marqué professionnellement et **émotionnellement**.

relance : quels ont été vos ressentis ?

	Arrivée d'émotions « fortes »				Troubles pour l'infirmier		
	Surprise/ choc	Peur	Gêne	Effet miroir	Difficultés	Situations qui restent dans le temps	Aller contre ses valeurs
IDE 1	<p>Les décès qui m'ont le plus marqué c'est les décès où je m'y attendais pas</p> <p>La surprise</p> <p>Toujours un petit effet de surprise</p>	<p>Sur le coup de la peur</p> <p>La peur</p>		<p>Quand on les voit pleurer, d'un coup on a envie de pleurer aussi</p>	<p>Pour moi ce n'est jamais simple de me retrouver face à un mort</p> <p>Ce qui est compliqué c'est quand on les voit pleurer</p>	<p>Tu y repenses beaucoup derrière toi</p> <p>Un peu marquant</p>	
IDE 2	<p>Moi ce qui m'a beaucoup choqué</p> <p>En tout cas surpris, mais oui choqué aussi</p> <p>Pour moi ça c'était choquant</p> <p>Ca a été choquant</p>		<p>Je n'étais pas à l'aise</p> <p>J'étais gêné</p>		<p>C'était super difficile</p> <p>Je trouvais ça violent</p> <p>C'était super violent</p>	<p>Je pense que je m'en souviendrais toute ma vie</p> <p><i>Au contraire « une fois que la prise en charge de cette situation est faite, je n'y pense plus »</i></p>	<p>J'ai du mal à (...) associer ça à quelque chose de respectueux</p> <p>C'était super froid</p> <p>J'avais l'impression de manquer cruellement d'humanité</p> <p>Ce n'était pas en accord avec mes idéaux</p>
	3 4	2 0	0 2	1 0	2 3	2 2	0 4

Objectif : Connaître la position qu'à l'infirmier face à ses émotions, les moyens qu'il utilise pour les maîtriser

Pouvez-vous m'expliquer comment vous gérez vos émotions lors d'un décès ?
 relance : qu'est-ce qui vous a permis de les gérer de cette manière-là ?

	Moyens utilisés			Conviction	Facteur non contrôlable
	Ne pas extérioriser les émotions	En parler avec ses collègues / son entourage	Continuer de parler au patient décédé	Rester à sa place	L'importance de l'expérience
IDE 1	<p>Prendre sur soi surtout</p> <p>J'essaie de retenir mes émotions, de les garder en moi, et d'avoir une figure un peu neutre face à la famille</p> <p>J'ai du mal à montrer mes émotions</p> <p>Je les garde pour moi</p> <p>Je garde une position neutre face à la famille</p> <p>J'ai tendance à garder mes émotions pour moi</p>	<p>J'en parle à mes collègues</p> <p>Je peux en parler à mes collègues</p> <p>Souvent j'ai besoin d'en parler avec ma famille et mes amis</p>		<p>Ce n'est pas à moi de pleurer à la place de la famille</p> <p>Ce n'est pas à moi de pleurer</p> <p>Ce n'est pas quelqu'un de ma famille, ce n'est pas un amie, voilà ce n'est pas un proche</p>	<p>Plus tu en as, plus tu as l'habitude, plus t'arrives à gérer les émotions</p> <p>Je dirais que tout s'acquiert avec de l'expérience, que les premières fois ce n'est pas toujours facile</p> <p>C'est avec l'expérience qu'on prend l'habitude, qu'on est plus résistant face à un décès et qu'on arrive mieux à contrôler nos émotions.</p> <p>Mais ça sera toujours plus facile qu'au début je pense... (en parlant de la gestion des émotions lors d'un décès)</p>

IDE 2	<p>J'ai le sentiment d'être resté professionnel sans forcément montrer que j'étais très affecté</p> <p>Je ne pense pas avoir montré la surprise</p>	<p>J'en fait par à ma collègue</p> <p>En l'exprimant à voix haute à mes collègues et au défunt</p> <p>J'en ai parlé à mes collègues</p>	<p>J'ai toujours parlé au défunt</p> <p>Pendant la toilette mortuaire par exemple, je préviens de la température de l'eau</p> <p>Je m'excusais beaucoup (<i>au patient</i>)</p> <p>En l'exprimant à voix haute à mes collègues et au défunt</p>		<p>Après moi j'ai fait d'autres métiers avant de devenir infirmier (...) cela m'a beaucoup aidé</p> <p>Donc je pense que quand t'es plus jeune, tu as vécu moins de situations compliquées, je pense que t'es moins armé et c'est pas facile</p>
	6 2	3 3	0 4	3 0	4 2

IV. Établissement de l'influence des émotions des IDE sur l'accompagnement des familles

Objectif : Rechercher si les émotions des infirmiers ont une influence sur leur positionnement dans l'accompagnement des familles lors du décès d'un patient

Pouvez-vous m'expliquer comment vous accompagnez les familles lors d'un décès qui vous a marqué ?

Relance 1 : selon vous quelles sont les attentes des familles vis-à-vis des soignants lors du décès du patient ?

Relance 2 : qu'est-ce qui vous conduit à adopter ce positionnement pour accompagner ces familles ?

	Attentes des familles sur les actions des soignants				Attentes des familles sur les émotions des soignants
	Présence	Informations	Réassurance	Aide	
IDE 1	<p>Déjà qu'il soit présent pour eux</p> <p>Et puis présent sur le plan émotionnel, qu'on soit là s'ils ont besoin.</p> <p>Ils ont besoin qu'on soit présent</p>	<p>Présent pour leurs différentes interrogations, pour répondre à leurs questions</p>		<p>Les aider dans les démarches...</p> <p>Les aider sur les différentes démarches</p>	<p>J'ai entendu des témoignages de famille dire que ça les avait touché de voir des émotions chez les soignants, mais est-ce que c'est ce qu'ils recherchent tous ? Je ne sais pas.</p> <p>Je pense pas qu'il faut qu'on s'empêche d'exprimer nos émotions tant que le patient est d'accord avec ça, que lui il accepte ça, et du coup pareil avec la famille.</p>
IDE 2	<p>J'ai montré que j'étais disponible</p> <p>Souvent c'est une présence en fait</p> <p>Savoir que quelqu'un est présent c'est rassurant</p> <p>Donc ils ont besoin de (...) présence</p>	<p>Ils viennent parfois demander comment il est parti</p> <p>Donc ils ont besoin de (...) savoir</p>	<p>Savoir que quelqu'un est présent c'est rassurant</p> <p>Ils veulent être rassurés sur la manière dont est parti leur proche</p> <p>Je pense que c'est juste qu'ils veulent être rassurés</p> <p>Donc ils ont besoin de réassurance</p>		<p>Je pense qu'il y a autant de préférence de famille qu'il y a de personnalité quoi</p> <p>On fait ce métier avec qui on est... Après bien sûr il y a du professionnalisme qui peut gommer un petit peu</p> <p>Je pense qu'il y a des familles qui seront pas content que l'infirmier soit un peu froid mais au contraire des familles qui préfèrent que le personnel soignant soit vraiment en arrière-plan et pas trop présent...</p>
	3 4	1 2	0 4	2 0	2 3

	Émotions des infirmiers lors de l'accompagnement			Facteurs favorisant ces émotions			Ressources pour gérer ces situations	
	Malaise/ Embarras	Culpabilité	Impuissance / Désarmé	Proximité, connaissance de la famille et du patient	Prise en charge difficile	Surprise / les imprévus	Aide des collègues	Expériences
IDE 1	<p>Je ne me suis pas sentie à l'aise</p> <p>Donc pas forcément facile</p> <p>Sur le coup je me suis pas sentie bien</p> <p>J'étais plus gênée et embêtée de l'avoir annoncé comme ça</p>	<p>Ca m'a pas plu en fait la façon dont je lui ai fait l'annonce</p> <p>Je me suis excusée</p> <p>Moi je m'en suis voulu</p> <p>Elle n'avait pas à l'apprendre comme ça</p> <p>Je me suis sentie mal dans ce que j'ai dit</p>	<p>Elle éclate en sanglots alors forcément, comment réagir ?</p> <p>Et elle pleurait, elle pleurait, elle pleurait...</p> <p>C'était compliqué à gérer</p> <p>Elle a éclaté en sanglots, impossible de la consoler</p>	<p>Je n'ai pas particulièrement eu envie de pleurer car cette dame je m'en étais pas beaucoup occupé, elle n'était pas décédée avec moi, je n'ai même pas vu le corps</p> <p>Tout dépend de la proximité qu'on avait avec le patient. Plus on est proche, plus c'est difficile pour nous de gérer les émotions, face à la personne qui décède et face à la</p>	<p>C'était délicat d'accompagner sa fille</p> <p>Pas forcément facile</p> <p>C'était compliqué à gérer</p> <p>Je me suis sentie un peu en difficulté</p>		<p>J'en ai parlé avec mes collègues</p> <p>Heureusement il y a aussi nos collègues qui peuvent nous aider</p>	<p>Je dirais que tout s'acquiert avec de l'expérience, que les premières fois ce n'est pas toujours facile</p> <p>C'est avec l'expérience qu'on prend l'habitude, qu'on est plus résistant face à un décès et qu'on arrive mieux à contrôler nos émotions</p> <p>Mais ça sera toujours plus facile qu'au début je pense...</p>

				famille aussi.				
IDE 2	<p>Ca ça avait été compliqué à gérer.</p> <p>Je sais que j'ai été surpris</p> <p>On était un peu chamboulés quoi</p>			<p>Après c'est vrai qu'avec les personnes qu'on a vu plus souvent il y a peut-être plus de contact, plus de compassion, leur dire qu'on était présent. Alors oui dans certaines situations j'avais plus de compassion, je souffrais quelque part avec eux.</p> <p>Peut-être plus quand on a déjà fait connaissance avec une famille</p>	Ca avait été compliqué à gérer.	<p>Je me souviens de sa mère qui s'est mise à nous enlacer... Et je pense qu'avec ma collègue aide-soignante on ne s'attendait pas à ça</p> <p>Ca avait été compliqué parce que moi cette dame je la connaissais pas, elle me saute au cou en me remerciant</p> <p>ça a été compliqué parce que je m'attendais pas à cette effusion de sentiments</p>	<p>D'où l'importance d'être accompagné de tes collègues !</p> <p>Moi j'ai vu de jeunes collègues qui n'étaient pas à l'aise avec des familles lors d'un décès et je leur venait en aide en allant m'occuper de la famille pendant qu'elle faisait l'administratif.</p>	<p>Après moi j'ai fait d'autres métiers avant de devenir infirmier, et c'est vrai que j'avais vécu des situations où il faut faire de la médiation. Et cela m'a aidé par rapport à la prise en charge de certaines situations avec les familles</p> <p>Donc je pense que quand t'es plus jeune, tu as vécu moins de situations compliquées, je pense que t'es moins armé et c'est pas facile.</p>
	4 3	5 0	4 0	2 2	4 1	0 3	2 1	3 2

NOM : Baril

PRENOM : Adèle

TITRE DU MEMOIRE : En quoi les émotions de l’infirmier peuvent-elles influencer l’accompagnement des proches lors d’un décès du patient ?

Présentation synthétique du travail en **Anglais** : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales

After an internship in palliative care where I asked myself many questions about dealing with emotions for the nurse and the difficulty endured offering support to the families, I wanted to learn more on those subjects. My questioning led me to my initial question : “How can the nurse’s emotions influence on his job of accompanying the family with the death of a patient?”

I have done some research about emotions, focusing on the nurse’s ones, and I studied how a nurse support and help the family, in particular in the moments following the death.

To extend my research, I conducted 2 semi-structured interviews with internal medicine nurses.

The analysis of those interviews highlighted that during a patient death, the nurse can have strong emotions and that the support of the family can be difficult. I did not succeed in showing an incidence of those emotions on the support of the family.

Présentation synthétique du travail en **Français** : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales

Après un stage en soins palliatifs où je me suis questionnée sur la gestion des émotions par l’infirmier et la difficulté de l’accompagnement des familles, j’ai souhaité en apprendre plus sur ces sujets. Mes questionnements m’ont permis d’élaborer ma question de départ : en quoi les émotions de l’infirmier peuvent-elles influencer l’accompagnement des proches lors d’un décès du patient ?

J’ai effectué des recherches sur les émotions, surtout celles des soignants et sur l’accompagnement des familles notamment lors d’un décès.

Afin d’enrichir mes recherches j’ai réalisé 2 entretiens semi-directifs auprès d’infirmiers en médecine interne.

L’analyse des entretiens a permis de mettre en avant que le décès d’un patient peut amener des émotions fortes chez le soignant, et que l’accompagnement des familles peut alors être difficile. Je n’ai, pour autant, pas objectiver d’un impact de ces émotions soignantes sur l’accompagnement des familles.

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Anglais**.

patient, emotions, patient death, support, healthcare giver/family relationship

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Français**.

patient, émotions, décès, accompagnement, relation soignant/famille

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2018-2021