



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'influence de la répétition de décès dans l'accompagnement infirmier.

Formateur référent mémoire :
Béatrice MARCHADOUR

GUILLARD Maxime
Formation infirmière
Promotion 2018-2021

Date : 10/05/2021



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'influence de la répétition de décès dans l'accompagnement infirmier.

Formateur référent mémoire :
Béatrice MARCHADOUR

GUILLARD Maxime
Formation infirmière
Promotion 2018-2021

Date : 10/05/2021



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 : Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

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'Etat d'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 08/05/2021

Identité et signature de l'étudiant : Maxime GUILLARD

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.

Sommaire :

1. Introduction	1
2. Cadre conceptuel	4
2.1. Le deuil	4
2.1.1. La singularité du décès	4
2.1.2. Renvoi à une expérience antérieure	5
2.1.3. Intériorisation des ressentis	5
2.1.4. Rattachement du soignant à une foi ou des convictions	6
2.1.5. Recherche d'une bonne mort	6
2.2. L'accompagnement infirmier	7
2.2.1. Mécanismes de défense	7
2.2.2. Expertise soignante	7
2.2.3. S'investir dans de nouvelles prises en charge	8
2.2.4. Place et rôle de l'équipe soignante	8
2.2.5. Juste distance	9
3. Dispositif méthodologique du recueil de données	10
4. Analyse des entretiens	12
4.1. Singularité du décès	12
4.2. Renvoi à une expérience antérieure	12
4.3. Intériorisation des ressentis	12
4.4. Recherche d'une "bonne mort"	13
4.5. Mécanismes de défense	13
4.6. Expertise soignante	14
4.7. S'investir dans de nouvelles prises en charge	14
4.8. Juste distance	15
4.9. Autre	15
5. Discussion	16
5.1. Quelles particularités d'un décès le rendent davantage difficile à accepter ? ...	16
5.2. Renvoi à une expérience antérieure	16
5.3. L'impact d'intérioriser ses ressentis ?	17
5.4. Recherche d'une bonne mort	18
5.5. Mécanismes de défense	19
5.6. Expertise soignante	20
5.7. Juste distance	20
5.8. S'investir dans de nouvelles prises en charge	21
6. Conclusion	23
Bibliographie	25
Sommaire des annexes	27
Annexes	28
Abstract	51

1. Introduction

C'est dans le cadre de ma formation en soins infirmiers que je réalise ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Celui-ci portera sur l'accompagnement infirmier et les décès de patients. J'ai, au travers de ma formation, enrichi mes connaissances relatives aux sciences humaines et sociales, ainsi que ma posture, par des cours théoriques et des expériences de terrain, passant par le relationnel au patient et à la famille. Cet enrichissement me plaît considérablement; mener une relation soignant-soigné la plus adaptée possible est un exercice ardu, mais il permet un bien-être du patient dans sa prise en charge, principe important à mes yeux.

Dans ce travail, nous allons voir comment cette relation peut être influencée, notamment dans un contexte de répétition de décès. Je trouve qu'un décès et un deuil sont des choses infiniment complexes et intimement liées à chaque individu, avec des réactions et impacts différents selon les personnes. C'est dans cette volonté d'élargir mon point de vue et de clarifier les multiples facteurs liés à un décès et leurs impacts que j'ai choisi ce thème.

Lors de mon quatrième stage, en deuxième année, j'étais en service de médecine dans un centre hospitalier local. Cette unité comprend deux lits étiquetés soins palliatifs. Nous avons reçu en milieu de matinée, un patient en soins palliatifs, dont le décès était annoncé comme proche. Nous ne connaissions pas ce monsieur, et il ne faisait pas partie des patients que je prenais en soin. L'équipe était constituée d'un infirmier avec lequel j'avais été de nombreuses fois, et d'un aide-soignant que je ne connaissais que très peu.

Sa fille et sa femme sortent dans le couloir et sollicitent avec émotions le médecin qui passait : elles pensent le patient décédé. Le médecin constate le décès et informe la famille. La famille semble très touchée, fond en larmes et témoigne d'une détresse certaine. L'aide-soignante du service juxtaposé est venue et a emmené, dans la salle réservée aux familles, la fille et la femme du patient. Elle témoignait d'une grande empathie et d'un sens du relationnel particulièrement développé. Sans pour autant sembler profondément affectée et submergée.

Dans la salle de soins, les autres infirmières demandaient qui souhaitait et ne souhaitait pas s'occuper de ce patient, toutes exprimaient leurs désirs de ne pas le descendre à la morgue. L'infirmier et moi-même nous chargeons donc de cette tâche. Nous entrons dans la chambre et détechniquons le patient. C'était pour moi la première fois que je m'occupais d'un patient décédé, je ne savais pas ce que l'on devait faire ni comment nous devons agir. J'étais ainsi très observateur. L'infirmier détechniquait le patient avec la même délicatesse que s'il était vivant, je ne sentais pas de différence dans la considération habituelle qu'il portait aux patients. Pour autant, ce soignant ne paraissait pas mal à l'aise au contact de la mort, cela ne

semblait pas impacter son travail. Toutefois, celui-ci ne communiquait pas avec le patient décédé, et ne cherchait pas à converser avec moi.

Par la suite, nous sommes allés chercher notre collègue aide-soignant pour nous aider à transférer Monsieur sur un brancard spécifique. Nous sommes entrés tous les trois dans la chambre, nous avons positionné le brancard, l'aide-soignant a prévenu le patient : "on vous transfère Monsieur", et nous avons transféré le patient sur le brancard. Nous avons ensuite recouvert le patient et le brancard et avons descendu le patient à la morgue. Dans des discussions eues dans le passé, l'aide-soignant m'avait appris qu'il s'était déjà occupé de nombreux patients décédés et une distance émotionnelle semblait transparaître dans ses paroles. L'aide-soignant me présente la morgue et son fonctionnement de manière décontractée. Nous transférons de nouveau le patient et refermons le frigo.

Cette expérience a suscité de nombreux questionnements en moi quant aux réactions des soignants face à un décès et à l'accompagnement soignant. Qu'est-ce qui a permis à cette aide-soignante de développer une qualité relationnelle si juste ? Comment a-t-elle développé une distance si adaptée ? Qu'est-ce qui fait que l'infirmier semble à l'aise avec la mort ? Est-ce dû à une proximité répétée avec celle-ci ? Que ressentait réellement l'aide-soignant ? La distance perçue de celui-ci est-elle réelle ? Est-elle systématique ? Symptomatique de mécanismes de défense ? Dûe à une proximité répétée avec la mort et les décès ? Ou bien à de mauvaises expériences passées ? Comment un soignant gère-t-il émotionnellement le décès d'un patient ? Cela varie-t-il selon les situations, les contextes et les patients ?

Ces nombreuses questions et réflexions m'ont conduit à formuler ma question de départ : en quoi la confrontation à des décès répétés impacte l'accompagnement infirmier auprès des familles endeuillées ?

Dans ce questionnement, je cherche à identifier les différents facteurs liés à une répétition de décès pouvant impacter l'accompagnement infirmier, et la manière dont ces facteurs l'impactent : de quelles façons ? Dans quelle mesure ? Je cherche également à connaître les conséquences de cette modification de l'accompagnement infirmier sur le vécu des familles endeuillées. Les stratégies pour lesquelles peut opter l'infirmier pour limiter l'impact de ces facteurs sur ses accompagnements prodigués est aussi un élément clé des données recherchées.

Les décès font partie de la carrière d'un infirmier et sont des événements complexes pouvant être extrêmement marquants pour la famille, les proches du patient, mais aussi pour le soignant lui-même. C'est pourquoi je me suis intéressé à cette thématique.

Dans un premier temps, je vais faire état des informations constituant mon cadre théorique. La phase suivante sera la description de la méthodologie utilisée pour conduire mes entretiens et leurs analyses. La dernière partie formera la discussion de ce mémoire ; confrontation des éléments théoriques, des résultats d'entretien et de ma posture de futur professionnel.

2. Cadre conceptuel

2.1. Le deuil

2.1.1. Singularité du décès

Paul Jenny, psychologue, nous révèle, dans son oeuvre : « La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs » datant de 2007, que certains éléments d'un décès vont engendrer un impact plus important sur le ressenti et l'aisance du soignant à accepter ce décès.

Parmi ces singularités, nous retrouvons le moment de venu du décès dans la carrière du professionnel. Le premier décès d'une carrière étant une épreuve nouvelle pour l'infirmière, car celle-ci n'avait jusqu'ici jamais vécu une telle proximité avec la mort.

La vitesse de survenue du décès, le fait qu'il soit fulgurant ou au contraire très tardif, voire qu'il se profile en une lente agonie peut également, d'après l'ouvrage "le vécu de la soignante devant la mort" de Margot Phaneuf, infirmière devenue docteure en didactique, influencer le vécu soignant. Cette soudaineté ou le lent développement sont vecteurs d'angoisse et de souffrance. De plus, un départ brutal peut générer incompréhension et bouleversement, de par son caractère soudain et, peut-être, évitable. A contrario, un décès survenant après une longue période d'agonie est également particulier à vivre. Cela peut en partie s'expliquer par l'ambivalence existante entre tristesse et soulagement de voir les souffrances du patient prendre fin.

Charlotte Costantino, coordinatrice du Collège des Psychologues Orpéea-Clinea et Elisabeth Ferreira, psychologue clinicienne d'un village de retraite, amène l'idée dans leur article de 2012 du magazine Géroscopie, qu'un deuil prévisible permet une séparation élaborée et préparée en équipe. La voie au deuil est ainsi ouverte par des échanges autour du vécu commun relatif au patient, par une liberté de parole. Les décès imprévus ont au contraire, un retentissement particulier. Ceux-ci relèvent de séparations brutales et peuvent engendrer de nombreuses conséquences délétères : genèse d'incompréhension, de sentiment d'échec voire de culpabilité, effritement de sa confiance en sa capacité à soigner.

La répétition des deuils est également un facteur impactant. Un décès représente une perte pour l'infirmière, une relation s'est tissée avec le patient, elle a accompagné celui-ci dans ces moments de souffrance. La répétition de ces situations de tristesse, de séparation, de rupture de liens et d'anxiété liée au contact de la mort peut engendrer une usure psychologique de la soignante.

Margot Phaneuf nous révèle également l'influence que peut avoir l'âge du patient sur le vécu du deuil par la soignante. Plus un patient est jeune, plus le deuil sera difficile à vivre. Elle nous précise également que la jeunesse du patient n'est pas le seul facteur influençant lié à l'âge. En effet, un patient avec un âge proche du soignant peut toucher directement le soignant en lui rappelant sa propre vulnérabilité.

2.1.2. Renvoi à une expérience antérieure

Margot Phaneuf nous dit que la tristesse et le désarroi d'un deuil vécu par la soignante, surtout si celui-ci est récent ou particulièrement douloureux, peuvent être stimulés de nouveau lors d'une situation de soins, de par une réceptivité accrue aux émotions de cette situation. La capacité de la soignante à faire face s'en trouve alors amoindrie et elle peut se fermer dans l'optique de se protéger. On peut ainsi imaginer un relatif retrait de la relation soignant/soigné, une disponibilité d'écoute et d'empathie moins importante, avec les répercussions sur le ressenti du patient concernant son accompagnement.

Paul Jenny, dans son travail de recherche « La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs » évoque l'influence des antécédents de deuil (il ne se limite pas ici qu'aux "deuils professionnels") sur la mise en confiance des professionnelles. En effet, un deuil passé peut être vécu comme un obstacle quand d'autres deuils ou accompagnements peuvent permettre une familiarisation avec la réalité de la mort. Il qualifie ces expériences de deuil comme "réussies" et "enrichissantes". La mise en confiance des professionnelles est ainsi facilitée par un vécu satisfaisant d'un accompagnement et par l'acceptation de la perte.

Enfin, Beck P. nous dit dans son article "situations de deuil", que la mort d'un patient renvoie le soignant à la souffrance qu'il a éprouvée lors de deuils antérieurs mal vécus, non "métabolisés". En cas de décès mal vécu ou de deuil précédent non mené à terme, cette souffrance serait susceptible de ressortir, de manière imprévue et décuplée, par la confrontation à certains décès.

2.1.3. Intériorisation des ressentis

Emmanuel Abord de Châtillon et Céline Desmarais font le lien entre des espaces de discussion et l'épuisement professionnel.

Ces auteurs, respectivement professeur universitaire en management des ressources humaines et professeure dans la haute école d'ingénierie et de gestion (Suisse), nous dévoilent que donner la possibilité aux salariés de s'exprimer sur leur travail, sur la qualité des

biens et des services produits, sur les conditions d'exercice du travail et sur l'efficacité de leur travail, favorise leur perception de la qualité de vie au travail et du sens donné à ce travail. Pour eux, cela prend la forme "d'espaces de discussion". Cette idée trouve sa place en service hospitalier. En effet, il est aisé d'imaginer qu'exprimer nos ressentis sur notre travail, sur la qualité et l'efficacité de notre prise en soin, ainsi que sur nos conditions d'exercice éloignerait l'épuisement professionnel.

De leur côté, Charlotte Costantino et Elisabeth Ferreira, citées précédemment, essaient de répandre une pratique qu'elles jugent essentielle : le groupe de parole dédié pour les équipes lors de décès soudains ou successifs. Ces deux psychologues pensent qu'une succession de décès peut conduire à un épuisement, notamment de par une potentielle anticipation anxieuse du ou des futurs décès. On peut alors constater des relations peu à peu "désaffectées" par les soignants pour se protéger de la souffrance liée à la perte du patient. Pour lutter contre cela, ces deux psychologues ont mis en place des groupes de parole. Ceux-ci ont pour objectif d'éviter l'isolement de professionnels, d'accueillir leur ressenti et leurs perceptions, et de restaurer leurs capacités soignantes. Ils sont aussi l'occasion pour revenir sur des décès plus anciens dont l'équipe n'a jamais parlé ensemble. Pour ces deux psychologues, extérioriser et échanger est un élément clé pour lutter contre l'épuisement professionnel, et les groupes de parole sont un moyen de mettre ces actions en place.

2.1.4 Rattachement du soignant à une foi ou des convictions

Pour certains cas, Jenny Paul nous fait part que les croyances de soignants peuvent les aider à donner sens à la vie, à la souffrance et à la mort. Par ce sens fait, la confrontation à certaines situations en serait facilitée.

2.1.5. Recherche d'une bonne mort

On entend parfois la quête d'une "bonne mort". Mais qu'en est-il de cette notion ? Que signifie-t-elle ? Cette notion est subjective et varie ainsi selon les individus.

Dans son oeuvre "Autour de la souffrance soignante en soins palliatifs : entre idéal de soin et juste distance", Julien Simard caractérise la bonne mort comme un équilibre entre la mort prématurée et la mort prolongée, ainsi qu'entre la mort impromptue et annoncée. Le refus de la mort prématurée nous expose au risque de la durée et de la dureté de la mort prolongée. Elle se ferait également en paix, accompagnée et ritualisée.

Lorsqu'un accompagnement se termine par une bonne mort, cela crée une satisfaction chez les soignants. A contrario, tout décès ne s'approchant pas de cet idéal engendre un sentiment

plus ou moins prononcé d'échec latent. Et de part la périodicité, ce sentiment peut être permanent.

Or, comme le dit Pascal Hintermeyer, professeur de sociologie, le mourir est un "équilibre fragile entre des impondérables et des possibilités de contrôle". Autrement dit, nul ne possède une influence totale sur un décès. C'est ainsi que des soignants se voient impuissants pour modifier la trajectoire d'un décès vers cet idéal de bonne mort, avec la charge émotionnelle l'accompagnant.

Cet idéal est donc parfois inatteignable, indépendamment de la volonté et l'énergie des soignants. Cet écart entre un idéal hors d'atteinte et la réalité est producteur de souffrances.

2.2. Accompagnement infirmier

2.2.1. Mécanismes de défense

Le contact de la souffrance et la proximité d'un soignant avec la mort en soins palliatifs sont difficiles. C'est ainsi que, malgré lui, le soignant peut mettre en place des mécanismes de défense pour l'aider à y faire face.

Parmi les différents mécanismes de défense pouvant être mis en place par un soignant, nous retrouvons : l'identification projective, la contamination émotionnelle, l'isolation de l'affect, l'évitement, le refoulement, le déni, la banalisation de la mort, la rationalisation et l'anticipation. Nous allons en décrire deux, relativement courants : l'identification projective et l'anticipation. L'identification projective est une réponse aux conflits émotionnels et aux stress internes ou externes, en attribuant à tort à une autre personne ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables. Le soignant ne désavoue pas totalement ce qui est projeté. Il est conscient de ses affects ou impulsions mais les ressent comme des réactions légitimes face aux attitudes de l'autre.

L'anticipation, quant à elle, est décrite dans le DSM-IV comme une réponse « aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en éprouvant les réactions émotionnelles par avance ou en anticipant les conséquences d'un possible événement futur et en envisageant les réponses ou solutions alternatives réalistes ». Ce mécanisme ne prépare pas le soignant à affronter la situation redoutée, mais elle peut engendrer des évitements de celle-ci. Avec pour conséquence une détérioration de la prise en charge du patient et de l'accompagnement de ses proches.

2.2.2. Expertise soignante

Qu'en est-il de l'expertise soignante en soins palliatifs ?

Le modèle de Benner est un modèle de développement de l'expertise. D'après ce modèle, inspiré de celui, plus ancien de Dreyfus, le développement de l'expertise s'observe par l'amélioration de certaines capacités.

La première de ces trois capacités est d'utiliser son expérience comme un savoir, cela signifie une dépendance aux connaissances théoriques moindre, permise par des connaissances pratiques plus importantes. La deuxième est la capacité à considérer la situation dans son ensemble et non comme des éléments séparés. La dernière est une capacité d'introspection : la capacité à passer du statut d'observateur à celui d'un professionnel acteur et engagé.

Du côté des masters en soins palliatifs, comme celui portant sur la clinique, la pédagogie et le management, l'expertise est décrite comme des compétences relationnelles et cliniques accrues dans des situations palliatives dites complexes.

2.2.3. S'investir dans de nouvelles prises en charge

“Une chose cependant demeure à peu près constante chez les patients, leur authenticité. Ils n'ont plus de temps à perdre. Ils sont en contact avec l'essentiel. Ils connaissent leur échéance et apprécient le soleil, les arbres, le sourire d'un enfant. En leur présence, nos vies changent.” révèle un médecin en soins palliatifs à la psychologue Lise FILLION durant son étude “Amélioration des services et des soins de fin de vie : mieux comprendre les effets sur la satisfaction et le bien-être des infirmières” de 2013. Pour ce médecin, il paraît aisé de s'investir dans de nouvelles prises en charge devant la description de sa vision des accompagnements palliatifs.

L'authenticité dont il est fait notion précédemment, peut être appréciée par les soignants, les influençant en les incitant à se rapprocher des choses essentielles. De plus, ces soignants peuvent tirer satisfaction, malgré le décès, des prises en charge par une mort “paisible”, qui s'est déroulée dans la “sérénité”. Cela peut les encourager à s'investir de nouveaux dans de nouvelles prises en charge malgré l'événement que constitue un décès.

2.2.4. Place et rôle de l'équipe soignante

Lise Fillon, psychologue, recommande de mettre en place des espaces de parole afin d'aborder collectivement le stress et la souffrance émotionnelle, et plus fondamentalement de “reconnaître l'exigence émotionnelle inhérente à l'accompagnement de fin de vie”. Elle rejoint ainsi ses deux consœurs Charlotte Costantino et Elisabeth Ferreira, qui recommandent également la mise en place de groupe de parole en équipe pour faire face aux situations difficiles.

En effet, l'équipe va être un lieu d'expression des ressentis et des perceptions des professionnels, ils vont pouvoir s'exprimer sur son travail, la qualité des prises en charge passées, ses conditions d'exercice et sur l'efficacité de son travail. Or comme nous l'avons vu précédemment avec Emmanuel Abord de Châtillon et Céline Desmarais, échanger autour de ces différentes thématiques favorise la perception de la qualité de vie au travail et donne du sens à celui-ci. De plus, tous ces échanges vont contribuer à restaurer leur confiance en leur capacité soignante, potentiellement fragilisée lors de prises en soins difficiles.

L'équipe soignante permet également l'élaboration et la préparation de la séparation prévue, lorsqu'un patient voit sa fin se profiler, rendant le deuil plus facilement acceptable.

Ainsi, l'équipe constitue une vraie ressource pour le professionnel et un véritable moyen de repousser un potentiel épuisement professionnel.

2.2.5. Juste distance

La question de la distance soignant-patient a animé bon nombre de discussions et de débats.

Si celle-ci est trop faible, le soignant peut basculer dans des mécanismes de défense comme l'identification projective, attribuant à tort à une autre personne ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables, ou la contamination émotionnelle, avec des conséquences négatives pour la santé mentale du soignant, pour la qualité et l'efficacité de la relation soignant-soigné et de l'accompagnement prodigué.

Au contraire, une distance trop importante pourrait elle être le symptôme d'une isolation de l'affect, d'un refoulement, d'un déni ou d'une banalisation de la mort. Cette distance excessive va détériorer la qualité de la prise en charge et le vécu du patient de celle-ci.

Margot Phaneuf illustre très habilement cet équilibre à rechercher dans son article "le vécu de la soignante devant la mort" : "C'est pourquoi le contact de l'infirmière avec le patient devrait toujours être habité à la fois par une compassion chaleureuse et par la volonté d'une prise de distance protectrice". La compassion chaleureuse permet de conserver une proximité bienfaisante avec le patient, et la prise de distance protectrice vise à protéger le soignant et, in fine, le patient au travers d'une prise en soins qualitative, constante et inaltérée.

3. Dispositif méthodologique du recueil de données

Le cadre conceptuel a permis de multiples éclairages sur des questionnements relatifs à la problématique de départ, par les différents points de vue de théoricien.ne.s. Cependant, les réponses à ces questions restaient parfois incomplètes ou très théoriques. Le recueil du point de vue de professionnel.le.s paraissait donc pertinent, afin de compléter les réponses collectées et d'apporter du concret à celle-ci. C'est ainsi que j'ai réalisé deux entretiens auprès d'infirmières de terrain.

Un entretien semi-directif semblait être la forme la plus adéquate. En effet, cette méthode d'entretien permet une liberté de parole de la part de l'interviewé, et pour autant, les entretiens sont guidés par des questions précises. De plus, une liberté est permise concernant l'ordre et la formulation prévue au préalable, permettant de se rapprocher des objectifs en tenant compte des paramètres extérieurs. Les questions posées correspondaient à un objectif précis :

- répertorier les différences rendant un décès plus aisément acceptable pour le professionnel ;
- rechercher si une expérience antérieure, d'accompagnement ou de gestion émotionnelle d'un décès, privée comme professionnelle a déjà pu impacter le vécu d'un nouvel accompagnement ou de l'acceptation d'un décès similaire, et les formes que cet impact a pris ;
- savoir si intérioriser des ressentis, ne pas en faire part à d'autres et échanger à propos peut conduire à un épuisement professionnel ;
- savoir si le soignant cherche l'atteinte d'une bonne mort dans ses accompagnements palliatifs, comment il définit ce concept, et si cette recherche a un impact positif ou négatif sur ses émotions de par son atteignabilité ;
- savoir si des mécanismes de défense ont déjà été mis en place par le soignant, et dans ce cas, lesquels ;
- identifier si le soignant développe une expertise et les formes que celle-ci prend ;
- savoir si le soignant a eu des difficultés ou des facilités à s'investir dans de nouvelles prises en charge suite à certains accompagnements (positifs comme négatifs) ;
- savoir si la confrontation à des décès répétés a engendré le placement d'une distance importante entre le soignant et le patient ou non.

Les entretiens ont été réalisés auprès de deux infirmières. L'une exerçant au sein d'un pool de remplacement et étant amené à travailler en soins palliatifs depuis 7 ans. La seconde exerçant dans une unité de soins palliatifs depuis le début de sa carrière soit 1 an et demi. Les conditions strictes du profil étant la confrontation à plusieurs décès et accompagnements de fin de vie, ces deux infirmières correspondaient.

Concernant le premier entretien, la mise en relation a été faite par des connaissances communes. Par une proximité de nos domiciles respectifs et nos impératifs, l'entretien s'est déroulé à son domicile. Pour le second entretien, la prise de contact s'est faite par un appel téléphonique de ma part à un service de soins palliatifs, où exerce l'infirmière en question. L'entretien a eu lieu à l'espace de documentation du pôle de formation de pontchaillou, dans une salle réservée. Précédemment à l'enregistrement sur mon téléphone portable via une application dédiée, leurs consentements pour l'enregistrement et la retranscription intégrale ont été récoltés. Ils étaient conçus pour durer approximativement trente minutes, cela semblait une durée optimale pour qu'un échange et développement d'idées soient complets, et la volonté de ne pas accaparer le temps libre des professionnelles.

Contacter des professionnels, ayant été confrontés à de multiples décès dans leur carrière et désireux de participer à un entretien MIRSI n'était pas aisé. Je projetais de m'entretenir avec au moins une infirmière avec une longue expérience en soins palliatifs, mais devant la difficulté de la mise en contact, le profil recherché s'est élargi, rejoignant celui énoncé ci-dessus.

Par ailleurs, j'ai ressenti une difficulté à rebondir et faire développer les réponses apportées par la soignante lors de mon premier entretien. Je ne sais pas si son exercice peu fréquent en soins palliatifs, et si la formulation de mes questions et les questions de relances prévues portaient peu à une réponse développée. Ma manière de guider ce premier entretien peut également avoir joué un rôle sur ce point.

Néanmoins, ces deux entretiens ont permis l'apport de données riches et variées, permettant d'établir une analyse constructive.

4. Analyse des entretiens

4.1. Singularité du décès :

Ces deux professionnelles s'accordent à dire que tous les décès sont différents. Chaque décès est singulier de par sa vitesse de survenue, le fait qu'il soit attendu ou non, le vécu du patient, son histoire. De par la temporalité du décès dans la carrière, les premiers décès et accompagnements de fin de vie se révéleraient plus marquants. La famille du patient, sa place dans la prise en charge et auprès du patient influencerait également la singularité du décès. Mais aussi son âge, si le patient est jeune ou si son âge est similaire à celui du soignant, cela peut rendre le décès plus difficilement acceptable.

Parmi ces facteurs, nous retrouvons pour ces deux infirmières, en plus de l'âge du patient, la souffrance de celui-ci précédant le décès, et la capacité de l'équipe soignante à la gérer. En cas de difficultés à la soulager, cela influence le ressenti de l'infirmière sur sa prise en charge et peut aller jusqu'à créer un sentiment d'échec. La soudaineté et la brutalité du décès sont également des facteurs soulevés.

4.2. Renvoi à une expérience antérieure :

Une des deux infirmières a découvert un patient décédé dans sa chambre suite à une chute, cette situation a généré des appréhensions lors de prises en charge suivantes, notamment lors de l'ouverture des portes de chambre.

Les accompagnements passés impactent leurs vécus des prises en charge suivantes, mais par une confiance et une aisance accrue par l'expérience. Bien que confrontées à des situations émotionnelles fortes, celles-ci n'ont pas constitué de freins.

Une infirmière souligne l'importance d'éviter toute assimilation entre la vie ou une situation du patient, et sa vie personnelle, cela conduit, pour elle, à des répercussions émotionnelles fortes.

3.3. Intériorisation des ressentis :

Les deux professionnelles pensent que ne pas intérioriser ses ressentis est important, même si comme l'une le souligne, cela peut être difficile.

Extérioriser permet de "soulager" en se déchargeant émotionnellement, ainsi qu'à parvenir à ne pas ressasser ces situations en dehors du cadre de travail. Cela permet également de "faire réfléchir", en se questionnant sur ce qui a fonctionné ou non, comment y remédier ou le réitérer en ayant un avis extérieur à cette prise en charge.

Une infirmière développe les inconvénients à intérioriser : cela peut créer un ressassement de la situation comme souligné précédemment, ainsi qu'avoir des conséquences négatives sur sa qualité de sommeil et de contact avec ses proches.

Celle-ci ne voit pas d'avantages à intérioriser, alors que l'autre professionnelle amène l'idée qu'intérioriser des souvenirs positifs peut les ancrer plus profondément et accroître leur retentissement.

Cette même infirmière met en lumière également l'importance d'être présent et à l'écoute auprès de ses collègues, dans le but de leur permettre d'extérioriser à leur tour des situations et accompagnements perçus comme difficiles, et d'éventuellement leur fournir un avis sur leur prise en charge.

4.4. Recherche d'une "bonne mort" :

Cette notion de "bonne mort" est définie par ces deux soignantes comme une mort sans souffrance, avec un accompagnement du patient et de la famille (dont une précise par une équipe pluridisciplinaire large) et un respect des volontés du patient. Pour ces deux soignantes, cette notion de respect des souhaits du patient apparaît comme primordiale dans les prises en charge palliatives. L'une ajoute que cette mort a idéalement pu être préparée, et également acceptée par la famille.

Ces infirmières cherchent cet objectif dans leur prise en charge mais sont conscientes de sa potentielle inatteignabilité, l'une souligne qu'il faut "savoir l'accepter". Toutefois, cet objectif et sa perception peuvent différer entre celle du soignant et du patient, c'est pourquoi une attention à ne pas imposer cet objectif au patient est portée.

L'une précise qu'elle ne trouve ni positive ni négative cette recherche de la "bonne mort", dans le cas où celle-ci ne se solde pas par une réussite, elle insiste sur le fait de déterminer pourquoi et de pouvoir ajuster cela lorsque la situation se répétera.

4.5. Mécanismes de défense :

La première soignante ne pense pas avoir mis en place des choses pour faire face à un décès.

La seconde ajoute tout de même avoir par le passé, tentée inconsciemment d'éviter des situations émotionnellement fortes, peu après sa prise de poste. Cela s'apparentait à une fuite de ces situations, par "le téléphone qui sonne ou des choses comme ça". Elle s'en est ensuite rendue compte et a stoppé cela. Ce mécanisme qu'est parvenue à déjouer cette infirmière se nomme l'anticipation.

4.6. Expertise soignante :

La qualité et la capacité à gérer émotionnellement des décès s'est améliorée; la soignante a identifié et utilisé des moyens pour se décharger émotionnellement, se "vider la tête" et "tout laisser au boulot". Une expertise pour l'aider dans sa confrontation à des situations difficiles a également été développée. Notamment dans l'identification des ressources disponibles : notamment ses collègues et les moments d'échange qu'elle pouvait avoir avec.

Sa capacité d'adaptation et son aisance relationnelle se sont accrues, l'aidant à identifier des travers, particulièrement la fuite de situations émotionnellement fortes.

L'augmentation de sa capacité d'adaptation une importante gestion des émotions et adaptabilité de celles-ci, comme lorsqu'elle sort d'une chambre où se déroulait un moment profondément triste et entre dans une autre où se vit un moment intensément heureux.

Une expertise relationnelle s'est également développée : dans l'écoute active, la gestion des silences, et la reconnaissance de l'importance de ces deux éléments au sein d'une prise en charge palliative.

Une expertise dans la relation à la famille s'est aussi développée : rendant une meilleure compréhension, acceptation et gestion des émotions de la famille possible. Cette expertise passe aussi par une facilitation dans le soulagement des proches et dans l'accompagnement du processus de deuil.

Elle a également ajusté sa distance soignant/patient.

Les deux infirmières apprennent à chaque prise en charge, par des questionnements intrinsèques et des discussions avec leurs collègues. Des moments d'échanges sont prévus dans la structure d'une de ces infirmières, et ont lieu sous forme de staff, visant à améliorer les prises en charge et permettre aux acteurs des prises en charge de s'exprimer. Ces temps sont perçus comme précieux pour l'infirmière.

4.7. S'investir dans de nouvelles prises en charge :

L'une ne fait pas référence à des difficultés ou facilités particulières suite à une prise en charge marquante mais souligne que l'exercice en soins palliatifs et la confrontation à des décès répétés l'aide à relativiser dans sa vie personnelle, à se "rapprocher de l'essentiel", et à dire ce qu'elle pense à ses proches.

L'autre évoque, de manière générale, qu'elle peut dans un premier temps avoir un sentiment négatif sur sa prise en charge, mais que de par la recherche d'axes d'amélioration et par la suite de la mise en application de ceux-ci, ce sentiment à l'origine négatif va devenir positif. Cependant, l'infirmière évoque un sentiment négatif, non une difficulté à s'investir.

4.8. Juste distance :

Une infirmière essaie de conserver une barrière constante (“mettre un peu l’émotion de côté va permettre de prendre un peu mieux en charge le patient”), cependant, elle a conscience qu’elle peut avoir les larmes aux yeux et ne cherche pas à fuir cela.

La seconde infirmière vient apporter d’autres éléments; elle cherche à conserver toujours la même distance entre chaque patient, bien qu’elle en connaisse la difficile faisabilité. Cette infirmière a le sentiment de s’être davantage rapprochée du patient depuis le début de sa carrière, avec la volonté d’être “au plus proche du patient et de ses besoins”, pour se rapprocher de cet idéal de “bonne mort”.

Elle paraît, et se pense aidée par son exercice au sein du pool de remplacement, d’être rarement plus d’une semaine dans le même service. Cela fait que l’affect avec le patient ne peut se développer à outre mesure, et facilite ainsi le contrôle de la distance avec le patient : “pour se protéger et protéger le patient”.

4.9. Autre :

L’infirmière du pool ressent une facilité à se remettre en question et à analyser les situations l’ayant mis en difficulté, d’après elle lié à son exercice sur le pool de remplacement, qui l’aiderait à prendre du recul sur les situations et à “rebondir” davantage.

Une infirmière intègre, dans les raisons rendant l’équipe soignante importante dans ses prises en charge, le relai pris par ses collègues lors de communication avec le patient difficile. Un oeil nouveau et extérieur a tendance à faciliter cette communication et débloquent certaines situations d’incompréhension.

5. Discussion

Cette dernière partie sera le lieu de comparaison des résultats d'analyse des entretiens et du cadre théorique, avec une mise en lien relative à ma question de départ.

L'objectif étant d'étayer celle-ci : "en quoi la confrontation à des décès répétés impacte l'accompagnement infirmier auprès des familles endeuillées ?", vers une question de recherche.

5.1. Quelles particularités d'un décès le rendent davantage difficile à accepter ?

J'ai pu constater que les professionnels de santé réagissent de manière différente face à un décès. De par leur personnalité, leur expérience et leur vécu. Cependant, un même professionnel peut réagir différemment face à deux décès distincts. Face à ce constat, je me suis interrogé sur les singularités rendant un décès particulièrement difficile. Bien conscient que ces particularités peuvent varier selon les soignants, ma volonté est d'avoir une vision générale.

Les deux infirmières interviewées s'accordent avec les auteurs (les différents psychologues et M.Phaneuf) sur des caractéristiques d'un deuil potentiellement difficiles. Parmi ces particularités, nous retrouvons le premier décès survenant au cours de la carrière d'un professionnel, la vitesse de survenue du décès, la connaissance du deuil à venir, l'âge du patient (un âge jeune ou un âge similaire à celui du soignant aura un retentissement particulier dans le vécu du soignant).

Néanmoins, nous trouvons quelques points de divergence. En effet, elles ajoutent que certains vécus et histoires de patients ont une influence plus importante que d'autres. La souffrance du patient précédant le décès, et la capacité de l'équipe à la gérer ont pour elles une importance majeure dans leur ressenti et l'acceptabilité du décès, un décès emprunt de souffrance les atteignant particulièrement. La singularité du décès serait également influencée par la famille et les proches du patient, ayant un rôle dans la prise en charge.

Les infirmières partagent donc les éléments apportés par les théoricien.ne.s, en ajoutant un facteur d'importance égale, voire supérieure, aux autres : la présence de souffrance au moment du décès. Je partageais le point de vue des théoriciens, et suis convaincu de la pertinence de l'élargissement apporté par les soignantes, les proches et la souffrance du patient étant, à mon sens, des éléments influents.

5.2. Renvoi à une expérience antérieure

Lors de mes réflexions relatives au décès et au deuil, inspirées notamment par des expériences vécues et observées durant mes stages, la question d'une prise en charge ou d'un deuil actuel pouvant renvoyer à une situation similaire passée s'est formulée. Je me suis également interrogée sur son impact émotionnel pour le professionnel, et sa potentielle traduction sur l'accompagnement infirmier prodigué. De plus, je me suis demandé si le fait d'accompagner de nombreux décès pouvait augmenter la fréquence du renvoi à une expérience antérieure, dû à de multiples expériences passées.

Pour Beck P, la mort d'un patient peut renvoyer le soignant à la souffrance qu'il a ressenti lors de deuils antérieurs "non métabolisés", mal vécus. Un deuil non mené à terme ou mal vécu est donc susceptible de ressortir de manière imprévue et potentiellement exacerbée lors de la confrontation à certains décès. M.Phaneuf nous évoque un potentiel accroissement de la réceptivité aux émotions suite à un décès passé lors d'une confrontation à une situation actuelle. On peut ainsi imaginer le trouble émotif du soignant, et les répercussions possibles sur son accompagnement infirmier, avec une capacité d'écoute et d'empathie, un potentiel retrait, voire désinvestissement du soignant de la relation soignant/soigné, avec les conséquences que cela peut avoir pour le patient et son ressenti au regard de l'accompagnement.

Les infirmières entendues me font part de l'impact d'accompagnements passés dans le vécu de situations actuelles, mais cet impact est emprunt d'une positivité certaine. Il se traduit par une aisance et une confiance accrue dans leur exercice. Ces professionnelles ont vécu des situations émotionnellement fortes, pourtant, celles-ci n'ont, a priori, pas constitué de freins lors de nouvelles situations, autant en leur for intérieur que dans leurs accompagnements.

Après confrontation des éléments théoriques et des réponses des professionnelles, il me paraît possible que des expériences antérieures et les émotions qui y ont été vécues soient réveillées par des situations actuelles. Cependant, ce ne serait pas systématique, cela dépendrait de la situation vécue et de la situation actuelle, du lien que celles-ci peuvent avoir. Pour autant, le renvoi à une expérience antérieure ne serait pas forcément négatif. En effet, le réveil d'un accompagnement satisfaisant peut être moteur pour le soignant dans ces prises en charge actuelle. A contrario, le renvoi à un deuil inabouti ou à un accompagnement ayant généré frustration chez le soignant, ainsi qu'à des émotions telles que la tristesse et le désarroi peuvent être un handicap et un frein à une prise en charge efficace et de qualité.

5.3. L'impact d'intérioriser ses ressentis ?

J'ai toujours été convaincu qu'intérioriser des ressentis négatifs nuisait au bien être du professionnel, et que cela pouvait avoir des impacts sur la qualité de son accompagnement.

Je me suis demandé comment les professionnels au contact fréquent de la mort procédaient par rapport à cette thématique, et si leurs pratiques rejoignaient ma pensée.

E.Abord de Chatillon et C.Desmarais expliquent que des espaces de discussion, lieu où les professionnels expriment leurs perceptions de la qualité et l'efficacité de leur travail, et de leurs conditions d'exercice, permet de lutter contre l'épuisement professionnel. C.Costantino et E.Ferreira appliquent cela à un contexte de soins. En effet, ces deux psychologues prônent la mise en place de groupe de parole lors de la survenue de certains décès. Ces groupes de parole ont pour objectif, par les échanges et l'extériorisation des soignants, d'éviter l'isolement de ceux-ci, d'accueillir leurs ressentis et perceptions, et de restaurer leurs capacités soignantes parfois mises à mal. Pour elles, cela permet d'éviter de voir des relations "désaffectées" par les soignants, symptôme d'un épuisement professionnel.

Les deux professionnelles rencontrées révèlent qu'extérioriser "soulage", et permet de ne pas ressasser des situations difficiles, avec les conséquences potentielles qu'a citée une des infirmières : détérioration de la qualité de sommeil, irritabilité accrue pouvant venir troubler le contact avec ses proches.

Nous pouvons constater que les soignantes tirent un bénéfice à extérioriser, et évitent d'intérioriser des ressentis négatifs. De plus, dans leur parole, elles ne semblaient pas avoir désinvesti émotionnellement leurs prises en charge comme cela aurait pu être le cas lors d'épuisement professionnel. Elles ont également mis en lumière un autre élément bénéfique à extérioriser et partager quant à leurs prises en charge réalisées ; cela permet de confronter les points de vue, de "faire réfléchir" par rapport à des éléments à améliorer ou à réitérer. D'après ces éléments théoriques et les témoignages des professionnelles, intérioriser ses ressentis paraît néfaste pour le bien-être du soignant, son bien-être propre et son bien-être au travail, mais aussi potentiellement, in fine, pour la qualité des prises en soin. Comme l'a soulevé une infirmière durant un entretien : l'important est d'en parler, pas forcément à un membre de l'équipe, mais d'en parler. (Vigilance sur le secret professionnel !).

5.4. Recherche d'une bonne mort

Lors de la réalisation de mon cadre conceptuel, j'ai de nombreuses fois rencontré le concept de "bonne mort". Je me suis alors demandé comment était-il défini, et en quoi influence-t-il l'infirmier dans son vécu des prises en charge, et dans la répétition de celles-ci ? Est-ce une ressource faisant sens ? Un objectif inatteignable engendrant frustration ? Un mythe inconnu et délaissé par les soignants ? Cette notion étant récente pour moi, je n'avais pas d'avis fixe sur ces questions.

Par le croisement des ouvrages lus, nous arrivons à une définition de la bonne mort telle que : une mort dont l'équilibre entre mort prématurée et prolongée, entre mort annoncée et

impromptue, est respecté. De plus, elle aurait lieu en paix, accompagnée, et ritualisée. P.Hintermeyer qualifie le mourir d'un "équilibre fragile entre des impondérables et des possibilités de contrôle". Autrement dit, la mort peut échapper à la trajectoire souhaitée par le soignant, le patient et la famille. Cette potentielle inatteignabilité de la "bonne mort" peut donc être générateur de souffrance et de frustration pour le soignant, lorsqu'il voit cet objectif devenir de moins en moins réalisable. Au contraire, lorsque cet objectif est atteint, cela procure une satisfaction certaine au soignant. Cet objectif peut donc être bénéfique ou négatif sur la perception du soignant de son accompagnement.

Les soignantes définissent ce concept comme une mort sans souffrance, avec un accompagnement du patient et de la famille, avec un respect des volontés du patient. Cette mort a également pu être préparée et acceptée par la famille. Elles recherchent toutes deux cet objectif dans leurs prises en charge, tout en gardant en tête et en acceptant qu'il n'est pas toujours atteignable, limitant ainsi considérablement la frustration pouvant être occasionnée. Cependant, la vision de la "bonne mort" peut varier entre le soignant et le patient, une des infirmières souligne ainsi l'importance qu'elle porte à ne pas imposer sa vision et sa volonté d'atteindre cet objectif au patient.

Nous atteignons donc une définition globale de la bonne mort, et il paraît important d'avoir conscience que cette définition peut diverger selon les personnes lors des prises en charge palliatives.

Cette recherche de bonne mort semble donc, d'après les articles et les soignantes rencontrées, fortement présentes chez les soignants en soins palliatifs. Elle ne paraît ni motrice, ni handicapante dans l'activité de la majorité des professionnels.

5.5. Mécanismes de défense

Découvert lors de ma formation, les mécanismes de défense sont venus intégrer mon mémoire. La question de leur présence et leur influence suite à la confrontation à de nombreux décès m'est parue importante. Au début de mon mémoire, je pensais leur présence limitée, mais augmentée par la confrontation à des décès répétés.

Le DSM-IV m'a permis de recenser de nombreux mécanismes de défense pouvant être mis en place par le soignant : parmi lesquels on retrouve l'identification projective, la contamination émotionnelle, l'isolation de l'affect, l'évitement, le refoulement, le déni, la banalisation de la mort, la rationalisation et l'anticipation.

La première infirmière ne pense pas avoir mis en place de mécanisme de défense. La seconde révèle avoir parfois, par le passé, éviter certaines situations émotionnellement fortes. Cela se rapproche du mécanisme d'anticipation, pouvant se traduire par des fuites de situation comme évoquées ci-dessus.

Les infirmières rencontrées ne semblent pas avoir eu de mécanismes de défense fréquemment, ni d'influence majeure, cela vient contrer mon idée originelle selon laquelle leur présence serait augmentée par de nombreux décès.

De par cette confrontation répétée, et la probable rencontre avec des mécanismes de défense, les soignants en soins palliatifs développent-ils une expertise pour les déjouer ?

5.6. Les soignants confrontés à de nombreux décès développent-ils une expertise ?

Un des questionnements autour de ma problématique était le potentiel développement d'une expertise infirmière dans les soins palliatifs et dans la gestion émotionnelle des deuils. Pour la première partie, je pensais en effet que les professionnels exerçant dans ces unités développent une expertise, sans pour autant avoir une idée précise des formes qu'elle revêt. Quant à une capacité accrue à gérer émotionnellement des décès, mon avis était davantage partagé entre les potentielles difficultés à développer cette capacité et les nombreuses expériences probablement formatrices traversées par les professionnels.

Benner nous a appris que l'expertise passait par le développement de capacités (d'utiliser son expérience, d'introspection et de voir une situation dans sa globalité). Et que pour les masters, l'expertise soignante passe par le développement de compétences cliniques et relationnelles. Une infirmière nous fait part de capacité développée à gérer les décès et les situations émotionnellement difficiles. Elle a également vu ses capacités relationnelles s'améliorer, auprès du patient de sa famille.

L'infirmière et la théoricienne s'accorde donc à dire qu'une expertise peut être développée dans un exercice en soins palliatifs, confortant mon idée de départ. La gestion des émotions liée au lieu de travail s'est pour la professionnelle affinée, cette donnée me pousse à croire que l'expertise pouvant être développée peut permettre une facilitée à gérer ses émotions et l'acceptation de deuil.

5.7. Juste distance

Dans cette expertise pouvant être développée, retrouve-t-on une expertise dans la justesse de la distance soignant/patient ? Ou au contraire est-elle symptomatique de mécanismes de défense mises en place par la confrontation à de nombreux décès ? Et une distance soignant/patient adaptée éloigne-t-elle l'épuisement professionnel ? Telles étaient les nombreuses interrogations suscitées suite au questionnement lié à ma problématique. Je pensais que l'expertise développée pouvait en effet permettre un ajustement de la distance

soignant/soigné. Et je pensais également que la distance placée pouvait être due à des difficultés liées aux nombreux décès traversés.

Les ouvrages théoriques ont mis en évidence la difficulté d'une juste distance : une distance trop faible est propice à la mise en place de mécanismes de défense (telles que la contamination émotionnelle ou l'identification projective), et une distance trop importante peut être symptomatique d'une isolation de l'affect ou d'une banalisation de la mort. Dans les deux cas, cela nuit au bien-être du soignant, du patient, et à la qualité de l'accompagnement.

Les deux infirmières rencontrées cherchent à conserver une barrière avec le patient. L'une d'elle fait le constat du placement d'une distance moins importante avec le patient actuellement, comparée à celle placée en début de carrière. D'après elle, cela s'inscrit dans une volonté d'être "au plus proche du patient et de ses besoins".

Un ajustement de la distance a donc été réalisé par une infirmière au long de ses prises en charge. Aucune des deux infirmières ne semblent avoir une distance exagérée avec les patients, elles sont à l'écoute du patient et veillent à respecter ses besoins et volontés. Pour autant, elles ne semblent pas affectées à outre mesure par leurs accompagnements.

Après documentation et recueil des points de vue de soignantes, je dirais qu'une distance adaptée permet d'éviter des mécanismes de défense et d'éloigner l'épuisement professionnelle. De plus, les témoignages infirmiers me poussent à croire que les nombreux décès vécus permettent un ajustement de cette distance soignant/patient.

5.8. S'investir dans de nouvelles prises en charge

Avoir vécu de nombreuses prises en charge peut-il devenir un frein pour s'investir dans de nouvelles ? Au contraire, la satisfaction trouvée dans les accompagnements passés entraîne-t-elle le soignant à s'investir de nouveau ? Une nouvelle fois, mon avis sur les questions posées n'était pas tranché, et je pensais que les réponses à ces questions dépendaient de nombreux facteurs : le professionnel, ses ressources, les patients rencontrés, etc.

L.Fillon a pu constater un sentiment de satisfaction importante chez plusieurs soignants en soins palliatifs. Ce sentiment naît notamment du contact avec le patient, par son authenticité et son rapport à l'essentiel. De plus, des accompagnements menant à une "bonne mort" peuvent également renforcer l'investissement du soignant dans de nouvelles prises en charge. Une des deux infirmières ne fait pas référence à des difficultés ou facilités particulières suite à une prise en charge marquante mais souligne que le contact avec le patient la conduit à se concentrer sur ce qu'elle juge essentielle dans sa vie privée. La seconde évoque pouvoir ressentir un sentiment négatif suite à une prise en charge, mais la recherche d'amélioration

de celle-ci puis la mise en application de ces possibilités d'amélioration viennent faire basculer ce sentiment négatif vers un versant davantage positif.

Les accompagnements de nombreux patients semblent pouvoir encourager l'investissement du professionnel dans de nouvelles prises en charge. Cependant, une difficulté à s'investir dans de nouvelles prises en charge est connue, notamment dans un épuisement professionnel. Celui-ci semble rester minoritaire, les infirmières rencontrées et les articles lus me poussent à penser qu'une facilité à s'investir serait plus fréquente qu'une difficulté, particulièrement par le fait du contact au patient.

6. Conclusion

Ce travail vient marquer la fin de ma formation en soins infirmiers.

Elle a été l'occasion, durant mes stages, les périodes de cours, et par des multiples échanges avec des professionnels, des étudiants et des proches, d'infiniment de questionnements, venant au fur et à mesure étoffer ma posture de futur professionnel.

Le mémoire a été l'occasion d'investir pleinement ce qui est le questionnement le plus profond de mes trois années ; en quoi la confrontation à des décès répétés impacte l'accompagnement infirmier auprès des familles endeuillées ? Par mon cadre théorique et les résultats d'entretien récoltés, j'ai pu trouver des réponses à cette interrogation. Chaque décès est singulier et va se vivre différemment, certains seront ainsi naturellement plus difficiles et plus marquants que d'autres. La confrontation à des décès répétés peut développer une expertise chez le professionnel, étant une vraie aide dans la prise en charge de la famille et dans sa propre gestion du décès. Le soignant pourra ajuster, sans forcément s'en rendre compte, la distance soignant-patient afin d'être au plus proche du patient et de sa famille, répondant à leurs besoins avec une empathie bienfaitrice, tout en conservant une barrière le protégeant de la mise en place de mécanismes de défenses néfastes. Cette même confrontation peut aussi conduire à un épuisement professionnel du soignant ; conduisant à une désaffection de la relation avec le patient et ses proches, pouvant se traduire par une véritable "mécanisation" de la prise en charge. Le soignant peut au contraire se voir submerger d'émotions, troublant son équilibre interne et sa vie personnelle. La confrontation à des décès répétés peut également conduire le soignant à cibler davantage ses ressources, reconnaître la place et l'importance de l'équipe soignante et des ses proches dans l'extériorisation de ses ressentis, permettant une "décharge émotionnelle" et une prise de recul sur ses pratiques.

Les nombreux apprentissages tirés de la réalisation de ce mémoire m'ont permis d'accumuler des ressources qui, je suis sûr, me permettront d'appréhender avec une facilitée considérablement renforcée les situations de décès au cours de ma carrière, et d'apporter un soutien à mes futurs collègues et mes camarades de promotion lorsque ceux-ci traverseront des événements similaires. Ce travail a également permis d'étoffer ma posture de futur professionnel, notamment concernant cette thématique du deuil. Il a aussi permis de renforcer mon identité professionnelle : en portant une nouvelle fois mon attention sur l'importance du relationnel dans nos prises en charge, mais aussi sur l'absolue nécessité de régulièrement prendre du recul sur nos pratiques.

Cette première expérience de recherche m'a plu. Elle a permis de renforcer mon appétence à me placer dans une posture réflexive malgré la contrainte de temps et les formalités de rédaction.

Je souhaite que cette première expérience de recherche en sciences infirmières ne soit pas la dernière, et soit suivie de deux autres mémoires dans le cadre des études de spécialisation en puériculture auxquelles j'ai candidaté.

Ce travail m'a apporté des réponses, mais a également suscité de nouvelles réflexions. C'est ainsi que j'ai formulé, dans la continuité de mon travail d'initiation à la recherche, une question de recherche : en quoi l'accompagnement infirmier s'inscrit dans le processus de deuil des proches du défunt ?

Bibliographie :

Abord de Chatillon Emmanuel, Desmarais Céline, « Espaces de discussion, management et épuisement professionnel », *@GRH*, 2017/2 (n° 23), p. 13-36. DOI : 10.3917/grh.172.0013.
<https://www.cairn.info/revue-agrh-2017-2-page-13.htm>

<https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2015-2-page-53.htm>

Pillot Janine, « Le deuil de ceux qui restent. le vécu des familles et des soignants », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 2015/2 (N° 121), p. 53-64. DOI : 10.3917/jalmalv.121.0053.

<https://www.cairn.info/revue-infokara1-2007-1-page-3.htm#>

Jenny Paul, « La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs », *InfoKara*, 2007/1 (Vol. 22), p. 3-12. DOI : 10.3917/inka.071.0003.

<https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2001-1-page-147.htm>

Prieur-Bertrand Monique, « Le deuil des soignants », *Études sur la mort*, 2001/1 (no 119), p. 147-153. DOI : 10.3917/eslm.119.0147.

<https://www.cairn.info/revue-etudes-2008-11-page-463.htm>

Gueullette Jean-Marie, « La toilette funéraire. Dernier des soins, premier des rites », *Études*, 2008/11 (Tome 409), p. 463-472. DOI : 10.3917/etu.095.0463.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-1-page-91.htm>

Dany Lionel, Dormieux Anne, Futo Francette *et al.*, « La souffrance : représentations et enjeux », *Recherche en soins infirmiers*, 2006/1 (N° 84), p. 91-104. DOI : 10.3917/rsi.084.0091.

<http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-794.pdf>

FILLION, L., TRUCHON, M., L'HEUREUX, M., GINGRAS, C., BELLEMARE, M., LANGLOIS L. *et al.* (2013). « Amélioration des services et des soins de fin de vie. Mieux comprendre les effets sur la satisfaction et le bien-être des infirmières. Rapport R-794 », Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), Montréal.

<https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2014-v26-n1-2-fr02300/1034385ar/>

Julien Simard, “Autour de la souffrance soignante en soins palliatifs : entre idéal de soin et juste distance”

<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/10/Le-vecu-de-la-soignante-devant-la-mort.pdf>

Le vécu de la soignante devant la mort Margot Phaneuf, inf. PhD. Octobre 2014.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-31.htm>

Chabrol Henri, « Les mécanismes de défense », *Recherche en soins infirmiers*, 2005/3 (N° 82), p. 31-42. DOI : 10.3917/rsi.082.0031.

Costello J. Le coût émotionnel des soins palliatifs. *European Journal of Palliative Care* 1996 ; 3 : 171-174.

<http://www.geroscopie.fr/print.asp?679D4E854283>

Géroskopie - n°24 - Septembre 2012 - Groupe de parole

Beck P. Les situations de deuil. *Revue suisse des soins infirmiers* 1978 ; 4 : 177-180.

Sommaire des annexes :

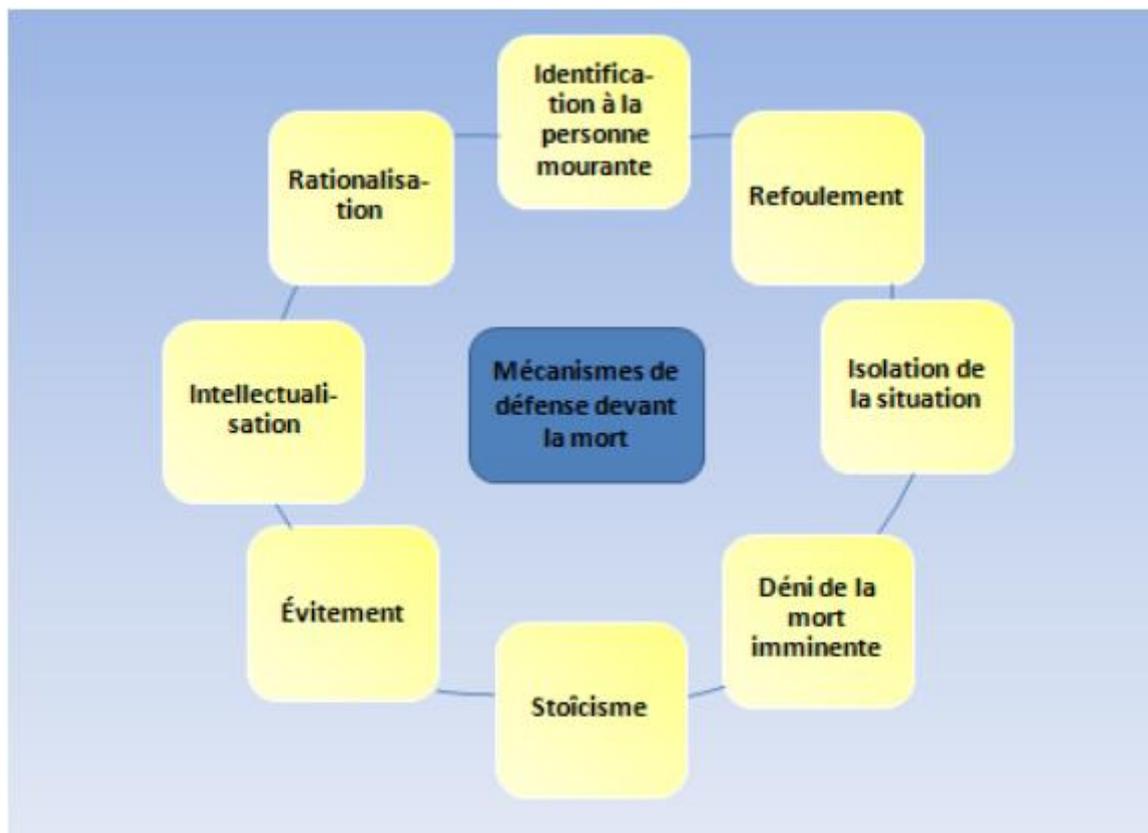
I - Les facteurs influençant le deuil soignant	28
II - Les mécanismes de défense soignant (liste non exhaustive)	29
III - Guide d'entretien	29
IV - Retranscription des entretiens	32
V - Analyses des entretiens	45

Annexes :

I - Les facteurs influençant le deuil soignant :



II - Les mécanismes de défense soignant (liste non exhaustive) :



III - Guide d'entretien :

- Êtes-vous d'accord pour que j'enregistre cet entretien ?
- Quand avez-vous été diplômé ?
- Quel est votre parcours professionnel ?
- Avez-vous eu l'occasion de faire des études en parallèle de votre exercice infirmier ?
Des DU ou autres formations ?

Deuil

Singularité du décès :

Objectif → répertorier les différences rendant un décès plus aisément acceptable pour le professionnel

Qu'est-ce qui rend un décès particulier (le moment de venu dans la carrière ? la soudaineté ou la longueur de celui-ci ? la durée de l'accompagnement ? l'âge du patient ? autre ?)

Quelles particularités impactent davantage votre ressenti et votre aisance à accepter le décès ?

Renvoi à une expérience antérieure :

Objectif ? → rechercher si une expérience antérieure, d'accompagnement ou de gestion émotionnelle d'un décès, privée comme professionnelle a déjà pu impacter le vécu d'un

nouvel accompagnement ou de l'acceptation d'un décès similaire, et les formes que cet impact a pris.

- Est-ce qu'une expérience d'accompagnement antérieur, privée ou professionnelle, a déjà pu impacter le vécu d'un nouvel accompagnement, ou l'acceptation d'un nouveau décès similaire ?

Intériorisation des ressentis :

Objectif : savoir si intérioriser ses ressentis, ne pas en faire part à d'autres et échanger à propos peut conduire à un épuisement professionnel.

- D'après vous, est-il préférable de conserver son ressenti pour soi ou de le partager aux autres ? Et pour quelles raisons ?
- Quels seraient pour vous les avantages et inconvénients à intérioriser ce que l'on ressent ?

Notion d'épuisement professionnel ?

Rattachement du soignant à une foi/des convictions :

Non traité.

Recherche d'une bonne mort :

Objectif → savoir si le soignant cherche l'atteinte d'une bonne mort dans ses accompagnements palliatifs, comment il définit ce concept, et cette recherche a-t-elle un impact positif ou négatif sur ses émotions de par son atteignabilité.

- Qu'est-ce que c'est pour vous une "bonne mort" ? Est-ce que vous recherchez cet objectif ?
- Pensez-vous que cette recherche est plutôt positive ou négative pour vous ? (pas toujours atteignable)

Bonne mort : équilibre entre mort prématurée et prolongée, entre mort annoncée et impromptue, et mort sans souffrance.

Accompagnement infirmier

Mécanismes de défense :

Objectif → savoir si des mécanismes de défense ont déjà été mis en place par le soignant, et lequel.

Déni (refus de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective qui seraient évidents pour les autres) ? **Identification projective** (attribution à tort à une autre personne ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables. On est conscient de ses affects et impulsions mais on les ressent comme légitimes.) ? **Contamination émotionnelle** ? **Isolation de l'affect** (séparation des idées et des sentiments qui leur étaient initialement associés : perte du contact avec les sentiments

associés à une idée donnée alors qu'il reste conscient des éléments cognitifs qui l'accompagnent) ? **Banalisation de la mort** ?

- Pensez-vous que vous mettez parfois des choses en place, consciemment ou inconsciemment, pour vous aider à faire face à un décès ? Quel genre de choses ?
- Question de relance : Est-ce que parfois vous avez l'impression de mettre de la distance (isolation de l'affect) ? Autre ?

Expertise soignante :

Objectif : identifier si le soignant développe une expertise et les formes que celle-ci prend

- Qu'est-ce que vous a apporté le fait d'avoir accompagné de nombreux décès ? (expertise soignante ? accompagnement du patient ? de la famille ? relationnel ?)

S'investir dans de nouvelles prises en charge :

Objectif → savoir si le soignant a eu des difficultés ou des facilités à s'investir dans de nouvelles prises en charge suite à certains accompagnements (positifs comme négatifs).

- Est-ce que quand vous vivez un accompagnement qui vous marque émotionnellement, celui-ci a un impact sur le prochain accompagnement ?

Place et rôle de l'équipe soignante :

Non traité

Juste distance :

Objectif → savoir si la confrontation à des décès répétés a engendré le placement d'une distance importante entre le soignant et le patient ou non.

- La répétition des accompagnements, est-ce que vous trouvez que cela vous a rapproché ou éloigné des patients suivants ?

Autre :

- En quoi pensez-vous que la confrontation à des décès répétés impacte l'accompagnement infirmier auprès des familles endeuillées ?
- Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose ? Un thème que je n'ai pas abordé et qui vous paraît important ? Quelque chose que vous voulez compléter ?

V - Retranscription des entretiens

Infirmière du pool :

- Quand est-ce que tu as été diplômée ?
- En 2013.
- Ok, donc ça te fait 8 ans d'expérience.

- Quel est ton parcours professionnel ?
- Dès mon diplôme j'ai intégré le pool de nuit du CH de Dinan. J'interviens sur les services de médecine (médecine générale, rhumato, soins pallia, cardio, pneumo, médecine gériatrique), au sein des urgences aussi. Et j'ai travaillé sur l'unité COVID créée en mars dernier.
- Cela correspond à peu près tous les services de Dinan ?
- Tous les services du CH de Dinan excepté pédiatrie, maternité, gynéco et l'unité de soins continus.
- La pédiatrie a son pool propre peut-être ?
- Ils sont en autonomie. C'est même pas un pool, ils s'autoremplacent, des personnes de jour passent de nuit. Comme c'est assez spécifique en fait, ils restent avec leurs professionnels.
- Ah d'accord, je ne savais pas. Parce qu'à Rennes il y a un pool pédiatrique.
- Oui, parce qu'il y a le pôle femme-enfant aussi et je pense qu'il y a un pool pour ce pôle là.
- Oui c'est ça.

- Est-ce que tu as eu l'occasion de faire d'autres études en parallèle de ton exercice infirmier ? Des DU ou autre ?
- Non, j'ai fait des formations continues qu'on nous propose à l'hôpital mais pas de formation en particulier.
- Ok, ça marche.

- Donc on va rentrer plus dans le vif du sujet.
- Ouai.
- Donc mon mémoire porte sur les décès et l'accompagnement infirmier. Pour toi, qu'est-ce qui rend un décès particulier ?
- Son contexte, s'il est attendu ou pas, et souvent aussi le lien qu'on peut avoir en amont avec la famille ou le patient.
- Peut-être le moment de venu dans la carrière aussi ?
- Oui, aussi.

- Est-ce qu'il y a des choses qui rendent un décès plus difficile à accepter pour toi dans ton accompagnement ? Quelles particularités impactent davantage ton ressenti et ton aisance à accepter le décès ?
- Je vais prendre l'exemple d'un décès que j'ai eu, je crois que c'est le seul décès où j'ai craqué. Un patient qui venait pour une pathologie lambda, il devait avoir des lombalgies, quelque chose de simple. Et en fait en rentrant dans la chambre on l'a retrouvé dans la salle de bain décédé en fait. Il avait chuté, il s'était cogné la tête sur les toilettes, et du coup on s'est dit "mince il ne venait pas pour ça à la base".
- C'était totalement inattendu du coup.
- Oui voilà. Le fait que ce soit complètement inattendu et brutal. On se pose la question aussi de s'il a souffert ou est-ce qu'il est décédé sur le coup.
- Il y a la notion de souffrance aussi ?
- Oui voilà.

- Est-ce qu'une expérience d'accompagnement antérieur, que ce soit dans ta vie privée ou professionnelle, a déjà impacter le vécu d'un nouvel accompagnement, ou l'acceptation d'un décès similaire ?
- Oui, après je pense que chaque situation te fait avancer en fait, te fait apprendre sur ta pratique professionnelle, et donc indirectement en fait va impacter sur tes prises en charge futures. Tu te dis "tiens sur cette prise en charge là j'ai agis comme ça mais peut être que si j'avais fait telle ou telle action en parallèle, peut être que les choses se seraient passées différemment ou l'approche aurait été différente. Et du coup t'essaies de mettre ça en pratique à la situation suivante.
- Ca du coup c'est plutôt dans le côté positif, dans le sens où du coup tu t'améliores à chaque prise en charge. Est-ce que au contraire, des fois cela fait écho à une situation difficile antérieure et du coup cela t'as plus freiner dans ta gestion de prise en charge ?
- Non, moi je me sers toujours de mon expérience comme d'une force. Et du coup ça me permet toujours d'avancer en fait. Parce que, je sais pas si c'est le fait d'être sur le pool justement, ça me fait me remettre en question régulièrement, m'interroger sur mes pratiques, parce qu'en fait, dès que je vis une situation auprès d'un patient, d'une famille ou quoi que ce soit, il y a toujours un petit côté analyse de la situation si je me suis retrouvée en difficulté, et de me dire ; "bon bah si je me retrouve dans cette situation là ou similaire, qu'est-ce que je pourrais changer pour que cela se passe davantage bien ?".
- Ok je vois. Du coup c'est le fait que tu sois sur le pool qui t'aide à prendre du recul ?
- Je pense ouai. Le fait de ne pas avoir d'affect par rapport au service avec des prises en charge trop longue où du coup on s'attache "trop" au patient, on crée une relation de proximité, où là moi j'interviens deux nuits sur un service et une semaine après j'interviens sur un autre service. Donc je suis dans ma prise en charge en tant que soignant et en tant que patient, toujours en étant dans la bienveillance et tout ce

qu'il s'en suit mais toujours avec cette distance soignant-patient pour se protéger et protéger le patient.

- Du coup cette distance est plus facile à tenir car tu ne les as pas en charge sur des semaines et des semaines ?
- Ouai, je pense en tout cas que c'est ça. Et le fait d'être sur le pool aussi, comme tu ne prends rien pour acquis, et ben tu réfléchis en fait, tu fais pas les choses par automatisme et qui peut te mettre en danger, à mon sens. Mais tu vas réfléchir "dans ce service là on fait comme ça machin", mais est-ce qu'on fait correctement les choses ?
- Avoir un esprit critique du coup ?
- Ouai.

- D'après toi, il est préférable de conserver son ressenti pour soi ou de le partager aux autres ?
- Je pense que c'est important, pour se protéger, de le partager. Après aux autres, ça peut être "n'importe qui", ça peut être un collègue, un médecin du service, un de ses proches (tout en gardant les données confidentielles avec le secret professionnel) mais je pense que le fait d'intérioriser pour toutes les situations qu'on peut vivre ça peut avoir un impact sur nous et sur la prise en charge que l'on va avoir. Donc le fait d'en parler, d'extérioriser, ça pose les choses aussi, et ça permet d'avoir l'avis d'un collègue, lui va prendre du recul aussi par rapport à ça en te disant "bah tiens moi j'aurais peut être vu ça comme ça donc la prochaine fois essaie plutôt dans ce sens là quoi".
- Est-ce que du coup il y aurait quand même pour toi des avantages à intérioriser ?
- Non. C'est mon avis personnel mais selon la situation que tu vis, moi il y a des situations que j'ai vécu où ça reste assez choquant, rester sur ces situations là, mine de rien on cogite, la nuit on va moins bien dormir, on va être irritable à la maison, c'est les enfants et le mari qui va en pâtir. Voilà ça devient un cercle vicieux en fait.

- Qu'est-ce que c'est pour toi une "bonne mort" ? On entend parfois ce terme de "bonne mort", une mort plus acceptable qu'une autre, comment tu la définirais du coup ?
- La "bonne mort" c'est un patient qui ne souffre pas, et c'est aussi un accompagnement de qualité, l'accompagner justement vers ce décès, de toute façon qui est inévitable car on sait qu'il va arriver. Donc ouai l'accompagner au mieux, le guider, lui dire que l'on est là pour lui, qu'on mette des choses en place. Et aussi, ce qui est hyper important, c'est accompagner la famille. Parce que le patient décède, donc oui on l'accompagne jusqu'au décès, mais après les vivants restent, et cette mort là va se répercuter vers la famille. Donc il faut une prise en charge globale en fait, du patient et de sa famille. La famille, pas au sens propre (la femme, le fils, le

cousin), c'est aussi dans le sens l'ami très proche, que le patient considérerait comme son frère, voilà. C'est toute cette prise en charge là.

Ce qui est important aussi, justement ça rentre dans la "bonne mort", c'est respecter les volontés du patient. C'est hyper important.

- Est-ce que tu recherches cet objectif de "bonne mort" dans tes prises en charge palliatives ?
- Oh oui. Je sais que même si on a pas toujours le temps, les moyens, tout ça, j'essaie d'accorder le maximum de ce que je peux faire au patient justement qui, a besoin de ce temps là, parce qu'après je ne pourrais plus donner tout ça, une fois qu'ils seront partis. Donc il faut, ... Chaque patient pour moi, quand je sais qu'il va décéder, un patient en soins palliatifs, si c'était un membre de ma famille, comment je voudrais qu'il soit pris en charge en fait. Je me vois pas passer dans la chambre et dire "ça va ? Bon bah je m'en vais".
- C'est plus approfondi du coup.
- Oui.
- Est-ce que tu penses que cette recherche est plutôt positive ou négative pour toi ?
- La recherche de la "bonne mort" ?
- Oui.
- Il faut accepter l'échec, le fait que ce ne soit pas toujours atteignable. Mais du coup, comme je te disais tout à l'heure, réajuster à la situation suivante. De se dire; "bon bah, là j'ai pas pu faire comme j'aurais voulu parce qu'il y a des imprévus, des choses qu'on maîtrise pas. Mais par contre dans une prochaine situation il va falloir que j'essaie de me donner les moyens, du moins davantage, pour essayer d'atteindre au maximum mon objectif au niveau de cette prise en charge.
L'échec fait partie de l'acquisition de l'expérience, moi je vois ça comme ça en tout cas.
- Ok.
Est-ce que tu penses que parfois tu as mis des choses en place, consciemment ou inconsciemment, pour t'aider à faire face à un décès ?
- Inconsciemment du coup je ne saurais pas te dire.
- C'est plus difficile à voir
- Ouai. Consciemment...
- Mettre de la distance avec le patient ? Ou autre chose ?
- Ouai non. La distance j'essaie d'avoir toujours la même avec chaque patient. Après c'est sûr qu'il y a toujours des patients avec qui tu seras toujours plus proche que d'autres, le contact se fait davantage tout ça. Mais euh, non je ne pense pas.
- Ok.
- Qu'est-ce que t'as apporté le fait d'avoir accompagné plusieurs décès ?
- Je pense que oui au fil de mon expérience, ma prise en charge de mon premier décès n'est pas la même que celle de mon dernier décès que j'ai pris en charge. Il y a

toujours eu un petit plus, “là c’était un peu bancal j’étais pas à l’aise”, les mots employés aussi, quand on parle à la famille, quand on appelle la famille et qu’il faut annoncer le décès, selon l’établissement où on se trouve souvent c’est pas le médecin qui appelle c’est l’infirmière, de nuit en tout cas ça nous arrive de devoir appelé la famille : “voilà il est 2h30 du matin, je vous appelle parce que ...”.

Ce sont des moments qui ne sont pas faciles, parce que déjà on est derrière un téléphone, on réveille les gens en pleine nuit, les gens prennent la voiture, il y a le risque d’accident parce que la personne est perturbée par cette annonce là parce que parfois le décès n’est pas attendu, et même quand le décès est attendu, ben on espère pas qu’il arrive à ce moment là. Ouai, c’est pas simple ces moments là.

- Tu penses que ce sont quels éléments que tu as pu le plus améliorer dans tes prises en charge palliative ?
- Mon relationnel, mon contact avec les gens, ma façon de leur dire les choses, ma façon d'amener les choses. Voilà, le choix des mots.

- Est-ce que quand tu vis un accompagnement qui te marque émotionnellement, celui-ci peut avoir un impact sur le prochain accompagnement ?
- Oui je pense. Oui, c’est comment dire euh... suivant bah... là par exemple le décès dont je te parlais tout à l’heure, qui m’avait marqué, qu’était pas attendu, et bah du coup, bah inconsciemment, à chaque fois que j’ouvrais une porte, j’étais dans cette appréhension là, et euh... comment dire... au niveau de ma prise en charge... est-ce que tu peux me redire ta question ? Je me suis perdu dans mes mots.
- C’était : est-ce qu’un accompagnement qui est marquant va avoir un impact sur le prochain ? Et dans quelles mesures du coup ?
- Et ben, justement, de ce décès là, et ben t’es toujours dans la crainte que la situation se répète en fait. Donc oui quand j’ouvrais chaque porte il y avait cette question là, et du coup t’essaies de réajuster, nous la nuit par exemple on passe 3 à 4 fois dans la nuit, donc c’est peu mais en même temps c’est beaucoup quand on est que deux pour 25 patients. Mais du coup il y a des moments où j’ai un petit pressentiment, et je me dis “je vais aller ouvrir la porte”.
- Aller au bout du pressentiment du coup.
- Oui voilà. Ouai.
- Ok.
- Du fait de la répétition des accompagnements dans tes différentes prises en charge, tu trouves que cela t’as rapproché ou plutôt éloigné des patients suivants.
- Rapprochée plus. Justement pour leur apporter un accompagnement de qualité, et pour me rapprocher justement de la “bonne mort” et qu’ils puissent partir dans des conditions correctes.
- Tu souhaites du coup être au plus proche du patient et de ses besoins ?
- Ouai.
- Ok.

- En quoi penses-tu que la confrontation à des décès répétés impacte l'accompagnement infirmier, auprès des familles endeuillées ?
- Après je pense que ça c'est proche à chaque professionnel. Je en fait. Moi je pense que je reste sur moi ce que je pense, c'est que moi l'impact il peut être oui négatif sur l'instant parce qu'on a cette notion d'échec, parce qu'on a pas réussi à faire ce que l'on aurait souhaité pour le patient. Mais dans un sens, c'est un impact positif car ça servira au patient suivant.
C'est prendre de la distance par rapport à la situation que l'on vit et en tirer tout ce qu'il en est sorti en fait et se dire "bon bah voilà ça je l'ai bien fait, je suis content de moi ça s'est bien passé, par contre là il y a des petites choses où ouai je suis pas trop content et je voudrais réajuster", enfin de se dire "là pour le prochain et ben je mettrais ça en place".
Après ça s'est aussi un souci professionnel. Il va y avoir le professionnel qui se remet en question continuellement, et le professionnel qui va foncer tête baissée et qui va faire les choses machinalement, un peu malheureusement comme à l'usine et il ne réfléchit plus. Ca c'est dommage.
- Le fait de changer de services régulièrement doit t'aider là dedans ?
- Ouai. En en discutant avec des cadres tout ça, il y a des études qui montrent qu'il est intéressant que le professionnel change de service assez fréquemment, on va dire sur une période de tous les 4 ou 5 ans pour justement éviter cette routine professionnelle de foncer tête baissée au boulot : t'arrives le matin, tu prends tes transmissions, tu fais tes soins, tu rentres chez toi et puis le lendemain tu recommences. Malheureusement ça arrive.
- Ok. Et bien c'est bon pour moi. Merci beaucoup c'était très intéressant.
- Si j'ai pu t'apporter des réponses à tes questions.
- Oui pas mal.
- Est-ce que tu vois des choses à rajouter ? Ou un thème important que je n'aurais pas abordé dans les prises en charge palliatives ?
- Non, je trouve que c'est assez complet dans les thèmes abordés.

Infirmière en soins palliatifs :

- Quand as-tu été diplômée ?
- En 2019.
- Je voulais savoir quel était ton parcours professionnel après ton diplôme.
- J'ai été principalement en soins palliatifs depuis le début, juste après mon DE, j'avais fait mon stage pré-pro là-bas et j'ai été prise là-bas par la suite. J'ai tourné aussi dans plusieurs services de l'établissement, c'était surtout de la gériatrie, de la médecine, SSR, HDJ, USLD.
- Toujours sur Chantepie ?
- Ouai. Toujours sur Chantepie. Mais sinon principalement j'étais en soins palliatifs.
- Est-ce que tu as eu l'occasion de faire des études en parallèle de ton exercice infirmier ?

- Non, j'ai pas encore fait d'études en parallèle, j'y réfléchis, beaucoup. Parce qu'on a dans l'équipe pas mal de personnes qui sont spécialisées; il y a une personne dans l'esthétisme (socio-esthéticienne), des personnes qui ont des DU soins palliatifs, des DU hypnoses, et bientôt des DU douleurs.
- C'est intéressant, ça permet de bien compléter la formation de base.
- Exactement. Ça fait pas mal de lien, donc on a la chance de s'enrichir auprès de ces personnes là.
Moi je réfléchissais peut-être autour de la sophrologie, ou quelque chose comme ça. Donc on va voir par la suite, ou hypnose, qui me plaît beaucoup.
- Et le pôle de Chantepie finance ces formations supplémentaires ?
- Euh c'est compliqué. Ils financent pas forcément et c'est pas forcément reconnu. Donc c'est plus personnellement qu'on le fait.
- C'est bien que vous soyez autant à en faire malgré cela.

- Donc on va rentrer plus dans le vif du sujet.
Pour toi, qu'est-ce qui rend un décès particulier ?
- Alors euh... j'ai envie de dire que tous les décès sont un peu particuliers. Mais c'est vrai que chaque accompagnement de fin de vie sera particulier à la personne qui décèdera par la suite, par son histoire, par sa vie, ce qu'il a vécu auparavant, par son entourage aussi, qui est important dans l'accompagnement de fin de vie. Parce qu'on va surtout s'occuper de la personne, mais parallèlement aussi de la famille énormément, ça fait vraiment moitié-moitié j'ai envie de dire.
Euh et du coup en fonction de cette personne, de son vécu, de son passé, de sa famille, l'accompagnement va se former autour et ça va être spécifique à chacun.
- Est-ce qu'il y a des particularités, dans un profil d'un patient qui va être amené à décéder, qui rend ton ressenti ou ton aisance à accepter le décès plus difficile ?
- Euh oui. Alors, en fonction des situations, si la personne par exemple va être très très douloureuse, et qu'on arrive pas forcément à gérer cette douleur, cette souffrance même j'ai envie de dire. Que ce soit physique, psychique ou même sociale car des fois elles sont toutes seules, et bien ça va être d'autant plus compliqué parce qu'il va falloir trouver les mots, il va falloir écouter, ce qu'on fait déjà de base mais c'est encore plus difficile de trouver les mots pour soigner tout ça. Et si la personne justement, surtout au niveau des douleurs physiques car on les voit plus, si on arrive pas à les soulager, en tout cas moi mon ressenti ça va être d'avoir moins bien accompagnée, mais, après on a plein de choses pour dire qu'on a quand même fait tout notre possible pour avoir accompagné au mieux la personne, mais c'est vrai que quand la personne souffre encore au moment du décès ça va être compliqué pour nous par la suite de se dire que l'on a bien accompagné.
Après il y a des situations, bah, où au début la personne est super douloureuse, on va faire tout un accompagnement de cette souffrance, la famille aussi c'est très compliqué de voir leur proche souffrir. Et bien si on a réussi à bien soulager toute cette douleur, toute cette souffrance du patient et de la famille avant le décès, ça va être plus, j'ai envie de dire... doux et plus acceptable que cette personne parte tranquillement, soulagé.
- Est-ce que tu as eu une expérience d'accompagnement antérieur, que ce soit privée ou professionnelle, qui a déjà pu impacter le vécu d'un nouvel accompagnement, ou l'acceptation d'un décès similaire ?

- Ouai. Bah en fait, j'ai envie de dire qu'on apprend à chaque décès, on a des staffs toutes les semaines.
- Pour chaque décès du coup ?
- On a des staffs tous les mardis pour évoquer tous les décès de la semaine passée, s'il y en a eu bien sûr. Et on va faire un point sur toute la situation, sur tout l'accompagnement qu'on a pu faire autour du patient et c'est là qu'on va pouvoir réfléchir à qu'est-ce qui a bien fonctionné, qu'est-ce qui a moins bien fonctionné, qu'est-ce qu'on peut changer dans nos pratiques pour la suite, et ce qu'on va pouvoir renouveler. Et du coup, c'est hyper important, je trouve en tout cas, cette analyse de pratique professionnelle, et c'est super important pour la suite pour se remettre en question, remettre en question nos pratiques et bah changer un petit nos comportements pour la suite ou au contraire justement les réitérer et les refaire.
- Oui ça permet que vous preniez un peu de recul dans ces temps d'échange.
- Oui c'est ça.
- C'est génial que vous ayez ces temps là.
- Oui. Il y a plusieurs temps qui sont possibles, il y a les staffs toutes les semaines qui parle des décès de la semaine passée, et il y a aussi des analyses de pratique professionnelle qu'il peut y avoir tous les mois. Et ça va être sur des situations plus particulières, pour lesquelles on a plus de difficultés, mais c'est des situations qui se passent en ce moment pour pouvoir justement se remettre en question sur le moment, et remettre en question nos pratiques et notre accompagnement. Pour changer un petit peu là dedans si on a le sentiment que ça pourrait se passer mieux.
- Ok, hyper intéressant.
- Et du coup, tu as pu avoir une expérience d'accompagnement qui t'as posé plus de difficultés pour te relancer dans une après ? Ou au contraire une expérience qui s'est très bien passée et qui va te motiver pour les suivantes ?
- Hum... alors...
- Ou alors pas du tout ?
- Si si si... il y en a eu plusieurs... Un accompagnement qui s'est de mon ressenti sur le moment pas bien passé, qui avait une SLA, donc une sclérose latérale amyotrophique et qui peut mener la personne à décéder soit d'une détresse respiratoire soit le coeur s'arrête doucement, mais le patient garde toute sa tête. Et en fait ce patient on l'a accompagné pendant plusieurs semaines, un samedi matin, j'étais jeune diplômée, un samedi après-midi car il n'y avait pas de médecin, on voyait qu'il allait un petit peu moins bien, il ne parlait plus mais il communiquait avec ses yeux et on arrivait à se comprendre en lui posant des questions fermées en fait, en répondant oui vers le haut, non vers le bas. Et on voyait qu'il commençait à s'angoisser un petit peu, et là il a commencé à partir en détresse respiratoire, et on a des prescriptions anticipées, pour justement pallier à ces détresses respiratoires et faire en sorte que le patient soit le plus confortable possible au moment du décès si ça se passe très vite. Et avant ça, j'ai essayé les thérapeutiques pour essayer de le soulager avant de faire la sédation. Et en fait ces thérapeutiques elles le soulageaient très peu, et euh, il y a un moment donné il nous a dit "je sais que je vais partir", et bah c'était soit j'allais prendre mon traitement pour ensuite l'amener et le faire partir tranquillement mais j'avais la possibilité qu'il meurt tout seul dans la chambre pendant que je prépare le traitement, soit on l'accompagnait avec ma collègue. Et il a décidé qu'on l'accompagne, et du coup on l'a accompagné jusqu'au bout. Mais après c'était super compliqué parce que c'est difficile de voir un patient comme ça, ça a été

très vite hein ça a pris quelques minutes. J'avais eu le temps de préparer mon traitement mais il ne voulait pas que je l'administre. On l'a accompagné au maximum mais c'est vrai que après j'avais la sensation de pas avoir bien fait mon travail. Et sauf qu'en reprenant ça au staff, j'avais suivi ce que le patient voulait et c'est le principal de notre métier, c'est pas faire en fonction de la médecine mais de ce que le patient veut. Donc au final j'ai réussi à me dire que par la suite si c'est le patient qui veut et ben on fait ce qu'il veut. Mais parfois c'est un peu compliqué de se dire ça.

- Du coup, cette prise en charge elle t'a peut être freiné dans un premier temps pour de nouvelles prises en charge ?
- Euh non, pas forcément. Elle m'a fait écouter encore plus le patient avant d'administrer des traitements. Mais, ça m'a pas forcément freiner.
- Surtout si tu as réussi à en tirer des conclusions positives après.
- Je vais revenir sur des points que tu as brièvement abordé, c'est : d'après toi, est-il préférable de conserver son ressenti pour toi ou de le partager aux autres ?
- Même si c'est difficile je pense qu'il faut le partager aux autres, à qui on fait confiance, à une équipe ou à qui on fait confiance, et qui est à l'écoute aussi, c'est super important. Et c'est important du coup aussi pour nous d'être à l'écoute pour ses collègues. Parce que, même si on a pas de réponse à leur donner, rien que d'écouter, c'est quelque chose que j'ai appris ça aussi en soins palliatifs, l'écoute, l'écoute active, et ben ça peut soulager parfois quelqu'un, et le faire réfléchir à soi-même. Rien que les silences aussi, je me disais à l'école "mais les silences ça va mettre un malaise pas possible".
- C'est vite abstrait les silences quand on est pas dans les situations.
- Les silences parfois ils sont très très bénéfiques parce que la personne réfléchit et apporte la réponse à elle-même plutôt qu'on lui apporte une réponse toute faite et relative à nous donc euh... je pense que c'est important d'en parler, mes collègues elles ont vécu plein d'autres situations aussi, donc elles peuvent apporter des éléments pour soi nous, essayer de nous aider à se remettre en question ou pour nous dire "si c'est bien ce qu'on a fait". Au final c'est plus nous même qui nous dénigrons que ce qu'on a fait réellement.
- On est souvent plus critique avec soi-même oui.
Est-ce que tu verrais quand même des avantages à intérioriser ce que tu ressens parfois ?
- Hum... des avantages à intérioriser... alors... Dans quelles situations particulières ?
A la suite d'un accompagnement qui a pu être difficile ou qui a pu être bien ?
- Oui, un accompagnement marquant, peu importe s'il est positif ou non.
- Euh... bah du coup intérioriser, j'ai envie de dire qu'on va garder tous les bons souvenirs qu'on a pu avoir, pour essayer de les remettre en oeuvre par la suite. Et ça c'est important de garder toutes les choses qui se sont bien passées, tous les petits mots doux aussi qu'on a pu avoir. Parce que mine de rien ça fait beaucoup de bien d'avoir des compliments parfois sur certaines prises en soin.
C'est plutôt intérioriser tout ça pour qu'on se sente mieux par la suite.
- Je vois.
On parle parfois d'une "bonne mort", qu'est-ce que ce serait pour toi une "bonne mort" ?
- Je pense que j'ai pu t'expliquer tout à l'heure, un décès qui se passe en absence de souffrance, un décès qui a pu être préparé, où il y a pu avoir un accompagnement pluridisciplinaire, c'est hyper important. Parce que je te l'ai pas dit non plus mais on a

toute une équipe qui va s'occuper de la prise en soin et du patient et de la famille, tout le monde travaille avec un médecin, une infirmière, une psychologue, des kinés, des ergothérapeute, une socio-esthéticienne, un pédicure-podologue, une orthophoniste. Et en fait parfois on a besoin de tout le monde parce que l'ergothérapeute va aider à ce que le patient soit le mieux installé, le kiné va veiller à ce que le patient soit le moins engourdi avec l'aide des mobilisations dans le lit, des membres inférieurs, des membres supérieurs, elle fait aussi des parafango, c'est de la paraffine avec de la boue, c'est en forme de gros cataplasme chaud qu'on peut mettre à tous les niveaux du corps et ça va permettre de décontracter, de faire du bien aux muscles et aux articulations. La diététicienne elle va permettre à ce que le patient s'il mange encore, mange ce qu'il lui plait et ce qui lui donne envie, avec la texture adapté, l'orthophoniste pareil, le pédicure-podologue va soigner les pieds. Donc vraiment si on arrive à faire une prise en soin avec tout le monde qu'il peut y avoir autour, accompagner le patient correctement, à ce qu'il ait pu dire s'il en avait l'envie et le besoin son ressenti sur l'instant et ce qu'il ressent, accompagner la famille pour qu'ils essaient d'accepter aussi et qu'ils se préparent en tout cas au décès de leur proche, on peut dire que c'est un accompagnement de fin de vie qui a pu être bien réalisé, mais c'est toujours compliqué.

- Est-ce que du coup c'est un objectif pour toi ?
- Que tout le monde essaie de se sentir au mieux, et le patient et la famille c'est ce que l'on recherche le plus oui. Parfois on a du mal, parfois c'est aussi la demande du patient de le laisser tranquille.
- Est-ce que tu penses que cette recherche de bonne mort elle est plutôt positive ou plutôt négative pour toi ?
- Je pense qu'elle est très idéaliste, il faut pas qu'elle soit trop présente non plus. Ça peut être négatif si on cherche à tout prix à ce que le patient soit bien alors qu'il le demande pas forcément et que c'est tout à son honneur en tout cas de réfléchir lui-même et de faire le point sur tout ce qu'il a vécu, sur tout ce qu'il a envie. Je pense qu'il ne faut pas qu'on soit trop intrusif dans sa vie avec lui et avec ses proches. Ça va être relatif à chaque situation je pense.
- C'est très dépendant du contexte du coup, de la possibilité d'atteindre cet objectif ?
- Ouai. On doit avoir en tout cas la capacité d'adaptation à chaque situation et à chaque personne différente.
- Ne pas chercher coûte que coûte cet objectif ?
- Non.

C'est comme les douleurs, il y a des personnes qui ont des souffrances physiques à qui on va proposer des antalgiques mais qu'ils ne les souhaitent pas, ça on va pas pouvoir faire autrement parce qu'il faut qu'on accepte que le patient souhaite vivre sa fin de vie telle qu'il le décide et pas telle que nous nous allons décider.

- C'est important que ce soit présent ça.
- Est-ce que tu penses que tu as mis parfois des choses en place, consciemment ou inconsciemment des choses en place pour faire face à un décès ?
- Au début je pense. A certains moments, surtout avec la famille, je pense par le manque d'expérience et la peur de ne pas savoir quoi dire, je pense que j'ai un peu fait comme un petit serpent, essayer d'échapper à la situation qui pouvait être émotionnellement très forte. Du coup euh, soit le téléphone qui sonne, ou des choses comme ça. Ça c'était vraiment surtout au début parce que je me suis rendu compte que c'était pas la bonne solution.

- C'est plus une distance que tu essayais de mettre ou autre chose ?
- Je pense que c'est plus une fuite de la situation qui se passait très forte émotionnellement, soit avec la famille soit avec le patient. Mais en fait, je me suis rendu compte que même si j'ai les larmes aux yeux, on est tous humains et qu'il fallait qu'on accepte la situation, et que nous aussi on a le droit de craquer. Ça ne m'est pour l'instant pas arrivé de craquer réellement devant une famille ou un patient, parce qu'on essaie de se mettre une barrière quand même tout le temps. Mais les larmes aux yeux, des choses comme ça, il y a des fois des situations très touchantes, c'est l'occasion aussi d'en parler après avec les collègues et de laisser ça au boulot aussi surtout, de ne pas ramener ça chez soi, parce que sinon bah, on ne vivrait plus hein. D'en parler oui de ces situations là c'est très important.
- Il y a des relais qui sont pris parfois par des collègues dans les moments difficiles ? S'ils sentent que tu es en difficulté ou inversement ?
- Après, s'ils sentent qu'on est en difficulté émotionnellement, ça arrive très rarement. Par contre si on est en difficulté avec des patients avec lesquels la communication est compliqué, s'il ne communique plus ou très peu, très difficilement, avec les yeux ou les mains, et qu'ils sont inconfortables, là on peut passer le relais parce que si on arrive pas à les comprendre ça peut être très compliqué, on reste parfois très longtemps avec eux pour essayer de trouver une position, pour essayer de trouver ce qui ne va pas. Et là il y a des fois où il faut avoir beaucoup de patience. Mais c'est aussi parfois très intéressant parce que la personne d'après peut parfois trouver ce qui n'allait pas en deux minutes alors que nous on a passé plus de trente minutes à chercher, c'est aussi pour ça que l'équipe est très importante.
- Qu'est-ce que t'as apporté le fait d'accompagner de nombreux décès ?
- De relativiser sur toutes les petites choses qui peut se passer au quotidien je pense. Surtout au début de quand j'ai commencé à faire ce métier, je me suis dit que des fois on prenait trop d'importance sur les petits tracassés du quotidien alors qu'il y a des choses 1000 fois plus importantes. C'est surtout une grande leçon que j'ai pris sur ma vie en tout cas, de vraiment être au maximum avec ses proches, de leur dire tout ce que l'on pense avant qu'il arrive quelque chose parce que des fois on accompagne des personnes qui n'ont pas eu le temps de dire à leur proche tout ce qu'ils ont envie de dire. De ne pas se tracasser pour des petites choses de la vie quotidienne qui sont très futiles. Et non il y a des fois où on prend des grandes leçons de vie, et c'est ce que je trouve très intéressant dans les soins palliatifs.
- Je partage ça. Est-ce que tu penses qu'il y a des compétences que tu as particulièrement développées au fur et à mesure de tes accompagnements et des décès ? Par rapport au début de ta carrière ?
- Bah justement l'adaptation à des situations différentes, quelles qu'elles soient. Que je développerai de toute façon toute ma carrière car toutes les situations sont différentes. J'ai aussi je pense développer une qualité relationnelle, parce que grâce à tous les accompagnements réalisés il y a plein de petites choses qu'on peut réutiliser par la suite.
- Ce que tu me disais tout à l'heure aussi, la gestion des silences tout ça.
- Ouai, exactement. Je pense ouai c'est les deux gros points l'adaptabilité et la communication, très importants dans ce domaine.
- Tu penses que ça a influencé ta capacité à gérer les décès aussi ou tu penses que ça n'a pas été vraiment influencé par rapport au départ ?

- Si je pense aussi que ça a augmenté ma capacité à gérer les décès, parce que je les gère autrement aujourd'hui que j'aurais pu les gérer à mes débuts en soins palliatifs. Donc si ça a enrichi énormément je pense en tout cas la qualité de ma gestion des décès.
- Tu penses que ce sont quels éléments qui ont le plus changé dans ta capacité à les gérer ? Sur quels points c'est plus facile maintenant ?
- Le point de laisser un peu tout au boulot, ne pas repenser à certaines situations à part quand on en reparle au boulot. Même si des fois je suis obligé de rentrer chez moi et d'en parler parce que ça a été très fort mais, je pense qu'il faut trouver les moyens de s'échapper aussi à l'extérieur et de se vider la tête sur les situations qui ont pu être compliquées. Je pense que j'ai aussi travaillé pour trouver moi des échappatoires à l'extérieur pour essayer d'oublier un peu toutes ces situations.
- Ok.
Est-ce que quand tu vis un accompagnement qui te marque émotionnellement, celui-ci a un impact sur le prochain ?
- Hum...
- Que ce soit positif ou négatif du coup.
- Alors... oui je pense que ça impacte toujours dans tous les cas, parce que comme je te disais on essaie de toujours remettre en cause ce qui a été bien fait et ce qui peut être amélioré. Donc je pense que oui on avance chaque jour pour essayer d'améliorer ce qu'on pourrait. J'ai pas d'exemple à te donner là tout de suite.
- Je vois. Et plus du côté émotionnel, plus que dans la pratique ? Ca peut avoir un impact émotionnel et du coup tu peux avoir un manque d'entrain pour la prochaine prise en charge ou au contraire une fin de vie qui s'est très bien passée tu es plus motivée pour les futurs accompagnements ?
- Bah je pars du principe qu'il faut être motivé tout le temps. Même si parfois c'est compliqué de sortir d'une chambre où le patient vient de décéder et d'aller dans une autre où c'est un moment de joie énorme entre le patient et sa famille. Encore une fois l'adaptation va être très importante, pour passer d'un moment très triste à un moment très joyeux.
En tout cas ça va impacter un petit peu tout le temps les prises en soin.
- La répétition des accompagnements, tu trouves que ça t'as plus rapproché ou éloigné des patients suivants sur tes 1 an et demi d'exercice ? Ou ça n'a pas eu d'influence ?
- Peut-être que parfois, au début, je m'impliquais un petit peu trop, ou je ne mettais pas assez de barrières, mais comme je t'ai dit tout à l'heure on est tous humains et peut être qu'avec l'expérience j'ai appris à mettre à temps en tout cas émotionnellement des barrières.
- C'est en s'approchant des limites qu'on s'est le mieux où elles sont après.
- Oui c'est ça. Et je pense que, si avec l'expérience on en sait un peu plus. Et je pense que quand on met un peu l'émotion de côté, que nous on peut avoir, on va pouvoir accompagner un peu mieux le patient et sa famille parce que bah, ils attendent pas d'un soignant qu'il pleure alors que c'est eux normalement qui sont touchés. Non je pense que de toute façon ça va être propre à chaque situation.
- Pour autant ça va être important pour toi, de ce que j'ai cru comprendre, de quand même avoir un temps pour gérer les émotions.
- Ouai. Avec soit, soit toute seule pour y réfléchir, soit l'équipe.

- Et en quoi penses-tu que la confrontation à des décès répétés impacte l'accompagnement infirmier auprès des familles endeuillées ?
- Comme on peut avoir plusieurs sortes d'accompagnement, on peut peut-être un peu mieux réagir en fonction des émotions qu'ils peuvent avoir. Il y a des familles qui vont être dans la colère, il y a des familles qui vont être dans la tristesse, dans la joie ça arrive très rarement, pas du tout même. Je pense qu'on peut comprendre un petit peu mieux le fait qu'ils soient dans la colère parce qu'il y a des fois où on va arrêter l'hydratation, on va arrêter l'alimentation, et ça ils vont difficilement le comprendre, et c'est pour ça que l'accompagnement pluridisciplinaire va être très important, le médecin va parfois avoir besoin de nous pour faire un entretien avec la famille pour expliquer un petit peu tout ça, ou même pour le patient. Et peut être qu'avec l'expérience on va avoir plus de choses, plus d'expérience à soulager leur peine et à les accompagner au mieux pour transformer leur colère petit à petit en tristesse et en acceptation.
- Ça permet de développer dans une certaine proportion une expertise du coup ? Le long des accompagnements ?
- Oui je pense, ça va être un deuil de toutes façons donc il va y avoir plusieurs étapes. Accepter que des fois ils nous crient dessus ou qu'ils rejettent leur colère parce qu'ils ne sont pas bien eux aussi, et le lendemain ils reviennent nous voir en disant "merci d'avoir bien pris ce qu'on vous a dit hier, on s'excuse mais c'est la situation qui fait qu'on est pas bien non plus". A ce moment là on va mieux accepter en tout cas si on sait un petit peu tout ce qu'ils ressentent et par quoi ils passent.
- Ça a surtout l'air positif les conséquences de la confrontation à de nombreux décès, tu développes une expertise etc, est-ce que tu penses qu'il y a eu des sortes de frein ou d'inconvénients à accompagner de nombreux décès ?
- Je pense qu'on sait à quoi s'attendre aussi quand on est en soins palliatifs donc je ne vois pas forcément de frein.
- C'est plus au sein de l'accompagnement infirmier où ma question est plus centrée.
- Euh... Donc un frein dans l'accompagnement infirmier suite à de nombreux décès ?
- Oui, un frein ou un inconvénient à un accompagnement infirmier optimal, du fait de cette confrontation ?
- Non, je ne vois pas trop de frein.
- C'est possible qu'il n'y en ait pas.
Mon avis personnel je pense que c'est plus au bout de plusieurs dizaines d'années de soins palliatifs que viennent plutôt se créer des inconvénients.
- Après oui c'est sûr que, parce je suis encore jeune, mais j'ai des collègues qui ont des enfants, des collègues qui vivent des deuils, enfin moi aussi je vis des deuils, mais parfois on fait une retranscription sur notre vie et notre métier, et ça peut être compliqué à ce moment là, "là le patient il a le même âge que nous", d'avoir des patients jeunes, on va avoir d'autant plus besoins d'être en cohésion avec l'équipe. Il y a pas longtemps par exemple, on a vécu le décès d'une personne jeune qui avait le même âge que mes collègues, et là ça peut être compliqué. Bon l'accompagnement c'est très bien passé, c'était une personne qui était déjà venu faire un séjour d'hospitalisation pour gérer les douleurs, et il savait qu'il pouvait revenir à tout moment à cause de sa pathologie, mais du coup il connaissait tout le personnel, il connaissait le lieu, on connaissait sa famille. C'est des choses qui peuvent être plus faciles pour nous à gérer et pour lui aussi dans cette situation très triste. Mais je pense qu'il faut éviter en tout cas à tout prix de faire une assimilation

entre sur la vie qu'on peut avoir et sur les patients qu'on peut avoir dans le service, ça peut être très difficile à gérer émotionnellement, je pense.

- C'est de la contamination émotionnelle quoi.
- Exactement.
- Merci beaucoup d'avoir pris ce temps pour réaliser cet entretien. Est-ce que tu vois des choses à rajouter ? Un thème que je n'ai pas abordé et qui te paraît important ? Ou quelque chose que tu veux compléter ?
- Hum... je ne vois pas forcément d'autre chose.

V - Analyses des entretiens :

Objectifs :	Idées de l'infirmière (pool)
Savoir ce qui rend, pour elle, un décès particulier.	Le contexte du décès, le fait qu'il soit attendu ou non, le lien tissé avec la famille et le patient. Le moment de venu dans la carrière.
Savoir ce qui peut rendre un décès plus difficilement acceptable qu'un autre.	La soudaineté et la brutalité (ex : patient retrouvé décédé après une chute). La souffrance lors du décès et le précédant.
Savoir si une expérience antérieure, d'accompagnement ou de gestion émotionnelle d'un décès, privée comme professionnelle, a déjà impacté le vécu d'un nouvel accompagnement ou de l'acceptation d'un décès similaire.	Suite au patient retrouvé décédé : crainte que cela se répète → appréhension lors de l'entrée dans les chambres. Les accompagnements antérieurs impactent son vécu des futurs accompagnements car elle tire des apprentissages des expériences passées, la faisant gagner en sérénité et en qualité dans ses prises en charge, augmentant le sentiment d'efficacité et de travail bien fait.
Savoir si intérioriser ses ressentis, ne pas en faire part à d'autres et échanger à propos peut conduire à un épuisement professionnel.	Importance d'extérioriser pour se "protéger". Pense qu'intérioriser peut avoir un impact sur nous et sur les prises en charge prodiguées. Cela peut aussi créer un ressassement de la situation, avec des conséquences négatives sur sa qualité de sommeil et de contact avec ses proches. Ne voit pas d'avantages à intérioriser.
Identifier si le soignant développe une expertise et les formes que celle-ci prend.	La soignante affine sa façon de prendre en charge au fur et à mesure des accompagnements réalisés, et par la discussion de ses prises en charge avec ses collègues. Cela se fait par des questionnements intrinsèques. A senti une amélioration de son relationnel, son

	contact avec les autres, dans le choix des mots auprès du patient et de la famille.
Savoir si le soignant cherche l'atteinte d'une bonne mort dans ses accompagnements palliatifs, comment il définit ce concept, et si cette recherche a un impact positif ou négatif sur ses émotions de par son atteignabilité.	La "bonne mort" serait pour elle une mort sans souffrance, avec un accompagnement de qualité, du patient et de la famille (incluant les proches du patient sans lien de sang), se faisant dans le respect des volontés du patient. L'infirmière recherche la "bonne mort" dans ses accompagnements, tout en ayant conscience des limites pouvant empêcher l'atteinte de cet objectif (elle évoque ici le manque de temps et de moyens). Sait que cette recherche peut se solder par un échec, qu'il faut "savoir accepter". Cette recherche ne lui paraît ainsi ni négative ni positive, l'essentiel étant pour elle de tirer des axes d'améliorations des situations étant à la genèse de ce sentiment d'échec.
Savoir les mécanismes de défenses mises en place par l'IDE et leur retentissement sur l'accompagnement prodigué.	Ne pense pas avoir mis en place consciemment ou inconsciemment des choses pour l'aider à faire face à un décès.
Savoir si le soignant a eu des difficultés ou des facilités à s'investir dans de nouvelles prises en charge suite à certains accompagnements (positifs comme négatifs).	Peut dans un premier temps avoir un sentiment négatif sur sa prise en charge, mais ce sentiment va devenir positif par la recherche des éléments à améliorer et à leur mise en application aux prochaines prises en charge. A des facilités à prendre du recul dans ses gestions de décès et lors de ses accompagnements de par le fait d'une limitation (par le temps) du développement de l'affect avec le patient ? Une implication trop importante, pouvant avoir des conséquences négatives sur sa qualité de vie et sur ses accompagnements infirmiers, serait limitée par un affect peu développé, dû au peu de temps passé dans le service ? La facilité à se remettre en question et à analyser les situations l'ayant mis en difficulté, d'après elle lié à son exercice sur le pool de remplacement, l'aiderait-elle à prendre du recul sur les situations et à "rebondir" davantage ?

<p>Savoir si la confrontation à des décès répétés a engendré le placement d'une distance importante entre le soignant et le patient ou non.</p>	<p>Essaie de garder toujours la même distance entre tous les patients, mais a conscience de l'impossibilité de tenir exactement la même distance entre chaque patient.</p> <p>A le sentiment de s'être davantage rapprochée du patient depuis le début de sa carrière, avec la volonté d'être "au plus proche du patient et de ses besoins", pour se rapprocher de cet idéal de "bonne mort".</p> <p>Le fait d'être dans le pool et d'être rarement plus d'une semaine dans le même service fait que l'affect avec le patient ne peut être développé à outre mesure, et facilite ainsi le contrôle de la distance avec le patient : "pour se protéger et protéger le patient".</p>
---	--

Objectifs :	Idées de l'infirmière (soins palliatifs)
<p>Savoir ce qui rend, pour elle, un décès particulier.</p> <p>Savoir ce qui peut rendre un décès plus difficilement acceptable qu'un autre.</p>	<p>Le vécu, l'histoire et l'âge du patient (âge jeune ou similaire à celui du soignant), mais également sa famille.</p> <p>La souffrance du patient (physique, psychique ou sociale) et la capacité de l'équipe à la gérer (trouver les mots, écouter, etc) → influence le ressenti de l'infirmière sur sa qualité de prise en charge, peut aller jusqu'à créer un sentiment d'échec. Mais également la souffrance de la famille et, encore une fois, la capacité de l'équipe à la gérer.</p>
<p>Savoir si une expérience antérieure, d'accompagnement ou de gestion émotionnelle d'un décès, privée comme professionnelle, a déjà impacté le vécu d'un nouvel accompagnement ou de l'acceptation d'un décès similaire.</p>	<p>A vécu des situations émotionnellement fortes, mais n'ont pas constitué des freins dans de futurs accompagnements : notamment grâce au fait du partage avec ses collègues, en informel et lors de staff sur ces situations.</p> <p>Éviter toute assimilation entre la vie ou une situation du patient à sa vie personnelle : a, d'après elle, des répercussions émotionnelles fortes.</p>

<p>Savoir si intérioriser ses ressentis, ne pas en faire part à d'autres et échanger à propos peut conduire à un épuisement professionnel.</p>	<p>Pense qu'il est préférable de le faire, malgré une potentielle difficulté à le faire. Extérioriser permet de "soulager" et de "faire réfléchir". De se décharger émotionnellement et de parvenir à ne pas ressasser ces situations en dehors du cadre hospitalier.</p> <p>Trouve qu'intérioriser, des souvenirs positifs, permettent de les ancrer plus profondément, et que ceux-ci aient un retentissement plus important.</p> <p>"Parler de ces situations est important".</p> <p>Petite parenthèse : elle juge important d'être présent et à l'écoute pour ses collègues, toujours dans cette optique d'extérioriser leurs ressentis, et d'avoir un avis sur leurs prises en charge.</p>
<p>Identifier si le soignant développe une expertise et les formes que celle-ci prend.</p>	<p>A su également identifier ses ressources pour faire face à des situations difficiles : ses collègues et les moments d'échange qu'elle pouvait avoir avec. L'IDE a pu identifier et remettre en question ses fuites de situations complexes à sa prise de poste, et fait désormais face à ses situations notamment grâce à sa capacité d'adaptation et de son aisance relationnelle acquises.</p> <p>Développement de compétences relationnelles : dans l'écoute active, la gestion des silences, et reconnaissance de l'importance de ces compétences.</p> <p>A augmenté sa capacité et sa qualité de gestion des décès : "laisser tout au boulot", identification et utilisation de moyens pour se décharger émotionnellement, se "vider la tête".</p> <p>Ajustement de la distance soignant/patient à ce qu'elle juge être la bonne.</p> <p>Ces décès répétés vont permettre une meilleure compréhension, acceptation et gestion des émotions de la famille. Une plus grande facilité à les soulager et à les guider dans le processus de deuil.</p> <p>Augmentation de sa capacité d'adaptation ; passe d'un moment profondément triste</p>

	<p>dans une chambre et arrive dans une chambre lors d'un moment intensément heureux → gestion des émotions et adaptation au milieu.</p> <p>Apprend à chaque décès. Cet apprentissage est facilité par la tenue de staffs avec les différents professionnel.le.s de l'unité, permettant de revenir sur des situations difficiles ou des prises en charge pouvant être amélioré. Permet une remise en question et une prise de recul qu'elle juge importantes.</p>
<p>Savoir si le soignant cherche l'atteinte d'une bonne mort dans ses accompagnements palliatifs, comment il définit ce concept, et si cette recherche a un impact positif ou négatif sur ses émotions de par son atteignabilité.</p>	<p>La bonne mort serait pour cette infirmière l'absence de souffrance, qui a pu être préparée, un accompagnement complet avec un large panel de professionnel.le.s (médecins, infirmières, aides-soignantes, diététicien, ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, pédicure-podologue, psychologue). C'est aussi un décès qui a pu être accepté par la famille. Cela passe par un accompagnement de celle-ci, afin que l'acceptation du décès soit la plus légère possible.</p> <p>Également être au plus près de ses besoins et volontés.</p> <p>L'infirmière recherche cela, mais veille à ne pas imposer cet objectif au patient si ses attentes ne tendent pas vers ce même idéal.</p>
<p>Savoir les mécanismes de défenses mises en place par l'IDE et leur retentissement sur l'accompagnement prodigué.</p>	<p>Au début de sa prise de poste, l'IDE essayait inconsciemment de fuir certaines situations émotionnellement fortes.</p>
<p>Savoir si le soignant a eu des difficultés ou des facilités à s'investir dans de nouvelles prises en charge suite à certains accompagnements (positifs comme négatifs).</p>	<p>A mis en place des barrières qu'elle n'avait pas au début de sa carrière, car trouvait son implication parfois trop importante.</p>

<p>Savoir si la confrontation à des décès répétés a engendré le placement d'une distance importante entre le soignant et le patient ou non.</p>	<p>Essaie de conserver une barrière constamment ("mettre un peu l'émotion de côté va permettre de prendre un peu mieux en charge le patient"), mais a conscience qu'elle peut avoir les larmes aux yeux et ne cherche pas à fuir cela.</p>
---	--

Importance de suivre les volontés du patient, que ce soit sur sa vision de sa fin de vie comme pour l'administration de thérapeutiques.

Importance de l'équipe pour les prises de relais lorsque la communication avec le patient est difficile.

L'exercice en soins palliatifs et la confrontation à des décès répétés l'aide à relativiser dans sa vie personnelle, à se rapprocher de "l'essentiel", et de dire ce qu'elle pense à ses proches.

Abstract :

GUILLARD
Maxime

The theme of this thesis is to study how frequent death can influence nursing support. During my internships, I have seen patients at the end of their lives and health workers with all sorts of reactions.

In this painful moments, nurse support may have a heavy influence for the family. Because of some internship situations, I asked myself if having assisted many patient deaths has an influence on the nurse support. Thus, we can wonder : to what extent has the confrontation of numerous deaths influence nurse support for the family ?.

The aim of this essay is to ask of the importance of the distance between caregiver and caretaker, while interesting about defense mechanisms and their consequences on the relationship, and to look into the nursing expertise in palliative care. In order to carry out this research, I met two healthcare professionals, one working in the replacement unit and the other one in palliative care.

This work, by the evidence collected, contributes to build my nurse identity and teaches me a lot, but it also raises questions, especially about the place of nurse support in the grieving process of closest ones of the deceased.

Mon travail de fin d'études porte sur l'influence de la confrontation à des décès répétés sur l'accompagnement infirmier. Lors de mes stages, j'ai vu des patients en fin de vie et des professionnels avec des réactions toutes différentes.

L'accompagnement infirmier dans ces moments difficiles peut être déterminant pour le vécu du deuil par la famille et du patient de son propre deuil. Certaines situations de stage m'ont amené à me demander si avoir accompagné de multiples décès avait une influence sur la prise en charge réalisée. C'est ainsi que j'ai formulé cette question : "en quoi la confrontation à des décès répétés impacte l'accompagnement infirmier auprès des familles endeuillées ?".

L'intérêt est de se questionner sur l'importance de la distance soignant-patient, en se penchant sur les mécanismes de défense soignant et leurs conséquences sur la relation, et de se pencher sur l'expertise soignante en soins palliatifs. Dans le but de comparer les avis de théoriciens à ceux de professionnels de terrain, j'ai réalisé deux entretiens : avec une infirmière d'un pool de remplacement et une seconde exerçant en soins palliatifs.

Ce travail a été profondément porteur et m'a beaucoup appris mais a également soulevé de nouvelles interrogations, notamment quant à la place de l'accompagnement infirmier dans le processus de deuil des proches du défunt.

Key words : nurse support / palliative / caregiver-caretaker relationship / family / distance

Mots clés : accompagnement infirmier / palliatifs / relation soignant-soigné / famille / distance

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS PONTCHAILLOU
2 Rue Henri Le Guilloux, 35033 RENNES Cedex 9.
Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers - 2021

