



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

### Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La place du processus de deuil pour le soignant, dans la fin d'une prise en soin à domicile



Formateur référent mémoire : SORTELLE Claudine

COTTEREAU Marion  
Formation infirmière  
Promotion 2019-2022



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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'Infirmière Travaux de fin d'études :**

### **La place du processus de deuil pour le soignant, dans la fin d'une prise en soin à domicile**

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 dimanche 1 mai 2022**

**Identité et signature de l'étudiant : COTTEREAU Marion**

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<sup>er</sup> : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

## Remerciements

Dans un premier temps, je souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à ce travail de fin d'études.

Il m'est nécessaire de remercier Catherine DIEU, ma référente pédagogique, qui m'a soutenu depuis ma deuxième année, et qui s'est toujours rendue disponible. Elle a été un pilier dans mon cursus, de par la confiance que j'ai pu lui accorder. Vous avez été à l'écoute et présente en permanence à mon égard et je vous en remercie.

Un grand merci à Claudine SORTELLE, ma référente mémoire, sans qui je n'aurais pas pu réaliser ce travail. Je vous remercie pour votre réactivité, vos conseils et votre attention envers mon travail et moi-même. Vous m'avez porté vers la réussite et encouragé pour mettre en exergue ce travail finalisant ma formation. Vous avez été pour moi un repère pour cette dernière année de licence et je vous en remercie.

Évidemment, je remercie l'ensemble des formateurs de l'IFSI qui ont su partager leurs connaissances et expériences pour faire de nous de futurs professionnels.

Je tiens à remercier mes sœurs qui m'ont toujours encouragé, mené vers le haut, pour faire de moi une future infirmière de qualité.

Un grand merci à mes amis rencontrés dans cet institut, pour leurs conseils, encouragements. L'entraide quotidienne, les moments de joies, de soutiens, de bonne humeur, qui ne cesseront d'exister.

Merci à Ariane d'avoir pris le temps de m'avoir aidé dans la rédaction de mon abstract en anglais.

Un immense merci à ma camarade de promotion et grande amie Mathilde d'avoir été présente à chaque instant.

# Sommaire

|   |           |
|---|-----------|
| <b>I. Introduction</b>                            | <b>1</b>  |
| <b>II. Cheminement vers la question de départ</b> | <b>1</b>  |
| 2.1 Situation d'appel                             | 1         |
| 2.2 Questionnements                               | 3         |
| 2.3 Mon cheminement                               | 3         |
| <b>III. Cadre conceptuel</b>                      | <b>4</b>  |
| Prise en soin longue                              | 4         |
| 1.1 Définition                                    | 4         |
| 1.2 Les distances thérapeutiques dans la relation | 6         |
| 1.3 L'Attachement et les émotions du soignant     | 8         |
| Le processus de deuil                             | 10        |
| 2.1 Définition                                    | 10        |
| 2.2 Le deuil dans la relation soignant, soigné    | 11        |
| 2.3 L'inéluctable équilibre psychique             | 12        |
| 2.4 Différentes perceptions du soignant           | 13        |
| <b>IV. Méthodologie du recueil de données :</b>   | <b>14</b> |
| <b>V. Analyse descriptive des entretiens :</b>    | <b>15</b> |
| <b>VI: Discussion</b>                             | <b>21</b> |
| <b>VII: Conclusion</b>                            | <b>26</b> |
| <b>VIII: Bibliographie</b>                        | <b>28</b> |
| <b>IX: Annexes</b>                                | <b>30</b> |

**CITATION:**

*C'est toi qui perds la tête et c'est moi qui ai mille ans  
Et dire que tous les vieux ont eu un jour vingt ans  
Ces muets qui entendent rien, dire qu'ils chantaient avant*

*Damien Saez*

## I. Introduction

Dans le cadre de ma formation qui mène au Diplôme d'Etat d'infirmier, il m'est demandé d'effectuer un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers. Ce dernier doit s'inspirer de situations d'appels qui m'exhortent à me questionner sur la vision de mon futur statut d'infirmière.

De ce fait, dans le courant de ma formation, j'ai acquis maints savoirs faire et savoirs êtres grâce à l'ensemble des formateurs mais aussi par mes recherches personnelles. Mon entrée en Institut de Formation en Soins Infirmiers m'a apporté de multiples questionnements sur la relation interhumaine. Qui plus est, celle entretenue entre le soignant et le soigné. En effet, mon passif professionnel en tant qu'auxiliaire de vie à domicile, m'a lui aussi controversé, tout comme les différents stages durant mon cursus. Ces situations m'ont mené à une réflexion approfondie sur l'inéluctable lien qui uni ces individus.

De surcroît, au cours de mes trois années de formation, j'ai porté mon attention sur la fin de ces relations à domicile. Le domicile, de part mon premier stage en association de soin à domicile. Je me suis alors interrogée sur l'impact qu'engendre la fin d'une prise en soin longue à domicile, sur le soignant. De cette façon, j'ai décidé d'explorer, au cours de ma recherche, la perception du soignant face à l'arrêt de cette prise en soin. Le but majeur étant d'analyser si un processus de deuil peut être entamé à la suite de cette séparation.

Je vais commencer par présenter mon cheminement abordé à l'issue de ma situation d'appel. Celle-ci me permettant d'étayer des questionnements, afin de faire éclore ma question de départ.

## II. Cheminement vers la question de départ

### 2.1 Situation d'appel

En tant qu'auxiliaire de vie à domicile, j'ai pu faire de multiples rencontres d'un point de vue professionnel. Ces rencontres étaient avec des personnes âgées vivant à leurs domiciles. En effet, j'ai exercé durant quatre mois et demi dans ce domaine, à Nantes. J'ai exercé ce métier à la suite de ma prépa infirmière. C'était mon premier travail d'été dans le soin et le social. Ce fut pour moi une grande part de responsabilité et d'autonomie qui m'ont beaucoup appris sur moi-même, et m'ont permis d'appréhender d'une certaine manière, les stages qui ont pu suivre mon parcours d'étude d'infirmière.

A travers ce travail j'ai rencontré diverses personnes et personnalités avec lesquelles j'ai noué des liens. Ces liens étaient tout d'abord différents selon chaque usagers. En effet, des affinités se sont créées au fil des mois. Je me rendais quotidiennement chez une personne âgée, tous les soirs à la même heure. C'était devenu un rituel dans mes journées car mon planning était organisé de cette sorte.

De ce fait, Mme L m'attendait chaque soir après son repas pour aller se coucher avec mon aide. J'étais ainsi la dernière personne qu'elle voyait, à qui elle parlait avant de dormir. Cela lui permettait de discuter de sa journée, elle s'intéressait également à la mienne. Ces échanges nous ont permis au fil du temps de se découvrir. Nous avons pu nous connaître, évoquer le sujet de nos familles, nos centres d'intérêts, tout en envisageant de se revoir le lendemain. J'étais amenée à aller chez elle le matin, en plus des soirs lors de mes passages les week-ends. Le dimanche matin nous avons pris l'habitude de boire un thé après la toilette. Ces instants-là nous permettaient de discuter plus longuement de la vie en général. C'était une des rares patientes avec qui, je partageais un moment convivial en dehors des soins demandés sur ma planification.

Ainsi, lorsque j'ai terminé mon contrat saisonnier, nous nous étions promis de garder contact l'une et l'autre. Le dernier soir, nous étions émues de devoir se dire au revoir une dernière fois, nous avons échangé une embrassade pour la première fois. C'était un instant unique durant mon été, j'ai été touché par ce moment. Nous avons toujours gardé une distance professionnelle, en nous vouvoyant, mais également par la posture de soignant que je possédais, de part ma blouse blanche.

Je possède vers moi le numéro de téléphone de Mme L grâce à ma fiche synthèse que je détenais dans son dossier. Mme L possédait aussi le mien depuis plusieurs mois afin d'être avertie par un retard ou autre, pendant ma tournée. Ainsi, nous avons conclu de nous rappeler dans les mois à

suivre, chose qui s'est faite. Effectivement, je l'avais rappelé pour ma rentrée à l'ifsi afin de lui donner des nouvelles de mon parcours de formation, et de prendre des nouvelles. Il en a été de même pour se souhaiter une bonne année. Il était prévu de se revoir lorsque j'aurai pu me rendre sur Nantes, or le confinement ne me l'a pas permis. Puis, les mois ont passé et nous avons perdu contact avec le temps, à défaut d'obtenir une réponse à un appel pendant ce confinement, je n'ai pas pu garder de liens avec Mme L actuellement.

## **2.2 Questionnements**

- Suis-je la seule à percevoir des sentiments de cette sorte ?
- Quelles sont les visions des infirmières diplômées qui rencontrent ce genre de situation ?
- Quelle serait la bonne réaction vis-à-vis de ces liens rompus par la fin d'un travail quotidien avec ces patients ?
- La tenue en blouse blanche empêche-t-elle la création de ce lien ? Est-elle un frein ?
- Ces relations sont-elles malsaines pour le soignant comme pour le soigné au vu du statut d'infirmier ? Jusqu'où doit-elle aller ?
- Quelles sont les limites de la relation soignant soigné à domicile ? Doit-elle s'achever après le temps de travail ?
- L'entrée dans l'espace privé du patient, qu'est le domicile favorise-t-il un lien plus fort entre le soignant et le soigné ?

## **2.3 Mon cheminement**

Ma démarche de réflexion vise à analyser plusieurs modes de pensées perçues par les soignants lorsqu'une relation avec un patient s'achève, à l'issue de la fin de sa prise en soin à domicile. Mon objectif étant de confronter divers comportements adoptés par plusieurs soignants. De comparer ceux qui sont pour la continuité d'une relation en dehors du contexte de prise en soin face à ceux qui sont contre, et refusent la prolongation de la relation. De plus, ma réflexion se base plus précisément sur les prises en soins au domicile du patient, et amène à se questionner sur la distance établie lors de l'entrée du soignant dans la sphère privée/intime du patient, qu'est leur domicile.

Par ma situation d'appel, de mes questionnements ainsi que par mon cheminement, une question de départ en a émergé :

**En quoi la fin d'une prise en soin longue au domicile peut-elle mener à un processus de deuil pour le soignant ?**

Premièrement, je vais explorer les écrits de différents auteurs qui regroupent le thème de la prise en soins longue, puis celui du processus de deuil. Par la suite, je vais renseigner ma méthodologie utilisée pour le recueil de données, et va poursuivre l'analyse. Pour clôturer, la discussion tentera de répondre à ma question de départ.

### **III. Cadre conceptuel**

#### **1. Prise en soin longue**

##### **1.1 Définition**

Selon le dictionnaire Le Robert (2014), les soins correspondent à des "actions par lesquelles on conserve ou rétablit la santé" (p.670). Ils peuvent également se définir, dans un cadre médical, comme étant des "actes de thérapeutiques qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps" (dictionnaire en ligne Larousse). Ces derniers ont alors une importance majeure pour la santé de chaque individu, quand celui-ci en a besoin.

En s'attardant sur le soin prodigué particulièrement par l'infirmier, selon l'art. R.4311-2 du code de la santé publique "les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade" (Formation des professions de santé. Profession Infirmier. 2019 p.189). Enfin, les définitions institutionnelles exprimées par l'organisation mondiale de la santé montre que "la mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict" (Laure Roduit, 2008, p.29). L'infirmier doit alors prendre l'individu dans son intégralité afin d'optimiser au mieux les soins qu'il lui apporte.

De plus, pour Emmanuel Kant, philosophe : “ l’action de soigner est morale non pas parce que je dois guérir le patient, ni à cause de son but, mais parce qu’elle est conforme à la maxime qui me pousse à mettre tout en oeuvre pour le traiter au mieux, là est mon devoir” (Pierre Corbaz, 2015, p.49). De ce fait, l’infirmier apporte à l’individu soigné tous ses savoirs faire et savoirs être qu’il possède pour le soigner au mieux. Il est essentiel pour le soignant d’atteindre la guérison de son patient, ou de le soulager, pour cela il va exploiter au maximum ses connaissances et ses pratiques dans son quotidien.

De son côté, le domicile se caractérise selon Barthelemi Edwige (2012) comme “un lieu de repos avec soi-même ... qui offre la possibilité à un individu de s’y déposer et de préserver toute sa singularité, d’être intime à lui-même” (p.6) . Semblablement, le domicile est un lieu intime et cher à chacun. Une grande partie de la vie de tout humain s’y trouve, et y est conservée avec affection. Ainsi, quand ce lieu est partagé à d’autre individu, une partie de soi est dévoilée à ce dernier, et fait germer une relation plus profonde. De surcroît, le soignant doit prendre en compte l’intégralité de la sphère privée du patient lorsqu’il se rend chez ce dernier.

Florence Nightingale, infirmière britannique fait promettre dans son serment “Je m’abstiendrai de toute pratique délictueuse ou malfaisante .... Je me dévouerai au bien-être de ceux qui sont laissés en ma garde”(Pierre Corbaz, 2015, p.39). Le serment d’Hippocrate, quant à lui, fait jurer au professionnels de santé “dans quelque maison que je rentre, j’y entrerais pour l’utilité des malades” (Pierre Corbaz, 2015, p.39). Les soignants ont connaissance de la particularité du domicile. Ils doivent avoir un respect envers l’accueil qui leur est offert par les patients, dans ce lieu si personnel. De surplus, ils gardent en tête l’aspect professionnel de leur passage, et maintiennent leur loyauté envers leurs patients.

La dimension de la prise en soin apparaît de ce fait différente vis-à-vis d’une structure hospitalière. A contrario, une institution hospitalière, n’appréhende pas l’aspect de la sphère privée de la même manière. En outre, chaque acteur, que ce soit le patient ou le soignant à « un rôle et une place ... une scène construite pour dispenser un service particulier ... soignants et patients s’y rendent chacun en masquant une partie de leur réalité privée » (BARTHELEMI Edwige, 2012, p.62). L’hospitalier se distingue du domicile par les locaux et les déplacements. En effet, ce sont les patients qui viennent dans les lieux où se déroulent les soins, alors qu’au domicile ce sont les soignants qui se déplacent directement dans l’habitation des patients, pour y pratiquer les soins nécessaires. Par conséquent, la place accordée à chacun dans l’environnement où ces différents acteurs se trouvent varie en fonction de ces lieux, de ces locaux.

Ces rencontres dans ces lieux privés font naître par la suite, des affinités distinctes de part le côté plus intime et personnel que représente le domicile. Raymond Chappuis disait que “le lieu et le moment où se déroule le face-à-face influencent aussi le comportement des partenaires” (1986, p.29). Quant à Delaunay (2012), il explique que « recevoir chez soi signifie livrer un peu de soi et de sa façon de vivre, s’exposer au regard de l’autre et à la peur du jugement.” (p.53). Ainsi, le respect de ces lieux chers aux yeux des patients se rapproche de l’article 8 de la Convention Européenne des Droits de l’Homme (CDEH) (1953) qui stipule que “toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance”.

L’infirmier est dans le devoir d’obéir à cette convention afin de respecter le patient et son environnement. Ce respect permet d’exercer ses soins dans de bonnes conditions et favorise une qualité de travail. Ce même respect se retrouve du côté du patient qui accepte d’intégrer le soignant dans son intimité, et de faire en sorte que ce dernier puisse s’exercer dans de bonnes dispositions. “Sans le respect de la personne, autrui est incapable d’accéder à sa liberté et, réciproquement ma liberté dépend d’autrui” (Raymond Chappuis, 1986, p.23). Ainsi, chaque acteur présent au domicile instaure une considération mutuelle.

## **1.2 Les distances thérapeutiques dans la relation**

Au préalable de l’introduction de la distance thérapeutique, il me paraît essentiel d’aborder la relation en elle-même, qui prime tout autre thème sur le lien interhumain. La relation humaine englobe plusieurs catégories de faits humains. En effet, “le discours, comme l’attitude, engage les partenaires dans un champ signifiant à l’intérieur duquel affectivité et raison sont intimement imbriqués” (Raymond Chappuis, 1986, p.5). Cette dernière laisse place aux interactions, qui amènent à la sensibilité et à la dimension humaine d’une relation.

On peut rencontrer ce genre de lien dans la relation cette fois-ci à autrui, qui correspond à un processus de développement, de découverte de soi et des autres. “Être en relation avec une personne c’est “vivre” cette personne d’une certaine façon” (Damien Fouques, Antoine Bioy, 2002, p.156). L’interrelation se structure alors dans l’importance des intentions des deux personnes. De ce fait, les projets se complètent ou s’opposent. Ainsi, pour éclore, la relation doit mettre en contact deux individus qui vont se découvrir mutuellement au fil du temps qu’ils se consacrent. Cette relation est mobile, elle offre un lien unique qui se crée entre les deux protagonistes, en dehors de toute conformité.

La relation d'aide est une relation particulière, au cœur de celle entretenue par un soignant et un soigné. Elle se met en valeur par "la présence dans le face à face, d'une personne momentanément vulnérable qui cherche auprès d'une autre personne, reconnue comme capable de l'aider, un soutien affectif ou une solution à ses traumatismes psychiques" (Raymond Chappuis, 1986, p.57). Ce genre de relation est propre à celles entretenues dans le quotidien des infirmiers. Malgré ces ressemblances des rôles vécus par les soignants et les soignés, chaque relation reste unique, singulière. N'importe quels soutiens affectif, physique, etc, apportés par le soignant au soigné reste purement individuel et adapté, face à chaque situation.

Émerge ainsi, la place de la distance thérapeutique dans ces relations humaines, qui plus est dans l'approche d'un patient et d'un soignant. La distance thérapeutique évoque la place occupée par chaque individu dans la relation soignant-soigné. Lorsqu'est employé le terme "distance", une connotation négative intervient régulièrement dans l'esprit des personnes. S'ajoute une idée de rupture, d'éloignement entre les individus. "La distance a certes une dimension temporelle et spatiale, elle fait également partie de la relation engagée entre deux personnes" (Roland Narfin, 2012, p.9).

Dans le cadre professionnel, cette distance existe tant du côté du soignant que du côté du soigné. Elle est primordiale dans la relation de soin, "elle permet d'éviter tous risques d'activation de processus transférentiels et contre-transférentiels négatifs, susceptibles d'entraver la relation soignant-soigné"(Roland Narfin, 2012, p.9). Cette distance s'écarte de la relation sociale ordinaire entre deux personnes, n'empêchant nullement la création d'un lien.

Ainsi l'infirmier tisse un lien unique avec le patient au fur et à mesure de leurs échanges, pouvant mener à une relation basée sur la confiance accordée mutuellement. « Cette confiance n'est pas donnée, elle doit être construite dans et par le processus de l'échange » (Formarier, 2007, p.37).

Enfin, pour le statut du soignant, il est nécessaire de trouver un juste milieu dans ces situations où l'aspect professionnel et personnel sont mis en corrélation. Ainsi selon PRAYEZ Pascal (2003) « le soignant peut se sentir basculer vers un univers qui n'est pas le sien ... ce glissement de fonction vers une place de pseudo-famille expose le soignant dans une relation plus personnalisée » (p.105). De telles manières, deux positions peuvent se confronter afin de trouver la juste distance, ce qui peut se révéler laborieux.

Le soignant réduit son rôle en ne privilégiant uniquement la pathologie et l'aspect médical du patient, ne laissant nulle place à une relation obligeant une distance thérapeutique. "Le soignant

risque alors d'agir de façon "standard" et froide au détriment du patient qui pourrait se sentir réduit à un simple dossier" (Roland Narfin, 2012, p.9). D'autre part, il peut ne valoriser seulement la relation obtenue avec le patient, en oubliant complètement l'aspect professionnel et médical de celle-ci. "Il privilégie sa relation au patient au risque d'engager sa propre personnalité et de perdre sa crédibilité de professionnel" (Roland Narfin, 2012, p.9). Il est donc primordial d'adopter une posture adéquate à la situation, permettant une bonne relation humaine ainsi qu'un professionnalisme nécessaire à la réussite du soin.

C'est pourquoi le soignant doit garder en mémoire son rôle important dans la prise en soin de son patient, qui est au cœur de leur relation initiale. "Dans la relation d'aide, le système d'interactions fonctionne au profit de la guérison du malade ... le malade et sa souffrance sont au centre du système" (Raymond Chappuis, 1986, p.73-74). Pour construire une relation saine et sereine, la réciprocité du respect doit donc y avoir sa place, car ce dernier est inscrit dans un système de valeurs, dont il est le principal.

Enfin, on constate que chaque relation est unique et propre aux deux individus qui se côtoient. Elle se construit au cours du temps. "Toute l'évolution d'une relation est gardée dans la mémoire sous forme de symboles qui deviennent une sorte d'image intérieure de la relation ... associés à des sentiments, des émotions et ces images vont influencer les interactions, les perceptions qu'à la personne de sa relation à l'autre" (Rosette Poletti et Barbara Dobbs, 2009, p.14). Chaque relation est rendue exclusive et individuelle grâce à nos mémoires.

### **1.3 L'Attachement et les émotions du soignant**

Le dictionnaire Larousse aborde le mot émotion comme étant une "réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement". Ainsi, on peut prendre en compte l'importance du cadre présent autour du professionnel de santé. Les émotions qui peuvent le traverser risquent alors d'être influencées par l'intimité que représente le domicile du patient. La place des émotions dans la vie d'autrui est d'une grande envergure dans son quotidien.

Selon Miguel Benasayag (2021) "nous devons faire ce que nous pensons être légitime lorsque nous sommes traversés par une situation. Que ce soit légal ou pas ce n'est pas la question, ce n'est pas ce qui nous pousse à agir"(p.15). Il paraît invraisemblable de ne pas faire naître ses émotions dans une prise en soin pour un soignant. Ainsi, même dans la vie professionnelle, les

émotions s'imposent naturellement dans la relation. Armel Rivallan (2021) explique que "cette gestion délicate des émotions doit être acceptée et intégrée afin de pouvoir penser la clinique. Des outils existent, qui ne sont pas forcément enseignés, mais qu'il faut saisir pour se construire. On ne triche pas dans la relation, au cœur du lien thérapeutique" (p.11).

Quant à lui, l'attachement selon le dictionnaire le robert est décrit comme un "sentiment d'affection durable qui unit aux personnes ou aux choses" (p.49). L'attachement ressort comme durable dans le temps, c'est un lien unique entre deux individus. On retrouve le fondateur de la théorie de l'attachement : John Bowlby (1969), comme figure emblématique de ce sentiment. Selon lui "la recherche de proximité ... et la demande d'aide sont des motivations humaines primaires et elles sont, en premier lieu, dirigées vers une figure d'attachement" (p.120).

Une notion s'érige dans l'attachement : caregiving, celle-ci joue un rôle majeur. En effet, "le terme de caregiving peut être traduit par celui de "donneur de soins". Il représente la capacité à prodiguer des soins ... aussi bien de pourvoir à ses besoins physiologiques que ses besoins affectifs" (Romain Dugravier, 2015, p.21). Cette notion fait référence au rôle primaire que constitue la mère vis-à-vis de son enfant. On peut ainsi l'a retrouver dans le statut du soignant lorsqu'il soigne ses patients.

On retrouve selon Sperling et Berman (1994), une définition de l'attachement adulte: "la tendance stable d'un individu à faire des efforts substantiels pour rechercher et maintenir la proximité et le contact avec un ou plusieurs individus ... régulée par les modèles internes d'attachement"(p.196). Le but étant d'apporter une potentielle sécurité d'un point de vue physique comme psychologique à l'individu par cette figure d'attachement auquel il tient.

De plus, les représentations d'attachement sont propres à chacun "lorsqu'une personne entre dans une relation affective, elle part avec une série d'a priori sur elle-même, sur l'autre et sur le fonctionnement même de la relation" (Raphaële Miljkovitch, 2001, p.214). Ce système d'attachement reste actif au cours de la vie, que ce soit dans la vie privée ou professionnelle. Les soignants rencontrent un fossé entre la technique du savoir professionnel acquis qu'ils doivent confronter à leur humanité face aux patients. Selon Paul Fustier (2013) "Si les soignants ne restaient que dans cette dimension de la professionnalité, elle viendrait annuler, les émotions, les affects, les processus d'humanisation, de transfert et de contre transfert" (Stéphane Trégouet, 2021, p.332). De ce fait, l'ampleur des comportements professionnels doit prendre en considération l'aspect humain de la relation entreprise avec le soigné.

Le positionnement relationnel se caractérise par une manière d'être, tout en ayant conscience des enjeux relationnels qu'engendre notre comportement, attitude face aux patients. De ce fait, le positionnement d'un soignant doit en permanence être ajusté. Selon Wilfred R. Bion, le fait d'accorder une importance excessive au savoir faire de la pratique, peut induire un creux dans la relation, dû au manque d'humanité, d'intérêt porté au patient en lui-même, dans le soin. "On voudrait appliquer le plus scrupuleusement possible au nom d'une pratique plus efficace, pour effet ... d'introduire dans l'expérience de la rencontre une distance, un éloignement du patient" (Nicolas Duruz, 2021, p.18)

De ce fait, il est impossible d'imaginer une relation humaine dépouillée de toute charge affective "la relation humaine constitue le fondement sur lequel reposent le processus de développement de la personne, la découverte de soi et des autres. Relation humaine et communication constituent une seule même réalité à deux faces" (Raymond Chappuis, 1986, p.6). Il s'agit dans cette relation, d'avoir conscience de l'existence des deux personnes, de leur entièreté à elles seules. D'un autre point de vue "la relation humaine suppose l'altérité ... essentielle entre les partenaires du face-à-face pour exister en tant que personnes séparées et différentes. Elle conditionne la prise de conscience de soi et celle d'autrui" (Raymond Chappuis, 1986, p.7).

L'harmonie est le point culminant de la relation à autrui. Elle assimile l'implication personnelle des deux acteurs. L'échange apparaît plus homogène et respectueux entre humains lorsque celle-ci s'introduit. De plus, il arrive que des limites se dessinent pour le soignant, qui doit gérer ses émotions, affects en plus de ceux perçus par le patient. Le soignant cherche alors à trouver un parallèle entre tous ces ressentis, qui parfois l'amène à prendre du recul sur certaines situations "le gel des affects traduit une sorte d'économie de survie, lorsque la souffrance des patients, leurs difformités, leurs pathologies deviennent trop difficiles à supporter" (Ciccione, 2014, p.20 de Stéphane Trégouet, 2021). Il est important que les émotions soient gérées au mieux par le soignant pour pouvoir maintenir des investissements suffisants et adaptés pour le soigné.

## 2. Le processus de deuil

### 2.1 Définition

Plusieurs positions existent face à la perception du mot deuil. Nous rencontrons, celui de Freud (1917), "le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc" (Gabrielle Rubin,1998,p.8). D'un autre point de vue, nous avons celui de Daniel Kipman (2013) "deuil, oubli et remémoration sont intimement liés" (p.151), pour lui "c'est l'oubli qui guide l'évolution du deuil. Car le deuil n'est pas un moment, c'est une évolution lente des sentiments. Le deuil n'évolue pas de façon univoque, on devrait plutôt parler du travail de deuil" (p.151-152). Le deuil est à la fois une réaction purement humaine et un exercice que seul l'humain peut contrôler à son rythme.

Le deuil peut se catégoriser en plusieurs catégories : il peut d'abord être normal ou pathologique, "deuil retardé, deuil maniaque, deuil silencieux (...) deuil anticipé" (Simon Daniel Kipman, 2013, p.152).

Par ce premier abord du deuil, il me paraît essentiel de l'associer à l'oubli, en effet "la réflexion sur l'oubli nous permet de mieux en comprendre le mécanisme à plusieurs niveaux : tout deuil est oubli, partiel, car tout deuil mobilise des mécanismes intrapsychiques destinés à calmer la peine, la sensation de perte de quelqu'un d'essentiel." (Daniel Kipman, 2013, p.152). Comme évoqué précédemment, le deuil est un processus long, parfois même interminable. Son évolution se fait par étape, qui ne trouve jamais de fin réelle. Le deuil oblige à avancer vers le futur, selon Simon Daniel Kipman (2013) "découvrir n'est pas comprendre : il faut faire bien attention à ne pas confondre les deux dimensions. Se souvenir pour élaborer et transmettre ; oublier pour découvrir et se reconstruire un monde" (p.163). L'optimisation d'un deuil se fait dans l'espoir d'avancer avec cet état affectif.

Étant donné l'abord du processus du deuil, il m'est important d'en décrire les différentes étapes, selon Rosette Poletti et Barbara Dobbs (2014). Leur carte du processus de deuil regroupe le choc, le déni émotionnel, la protestation, la tristesse, le chagrin, l'acceptation intellectuelle, globale, nouveaux attachements ainsi que la possibilité de croître grâce à la recherche de signification. (p.26) Réactions totalement subjectives d'un sujet à l'autre, puisqu'elles ne sont pas ressenties systématiquement par un individu en deuil.

## 2.2 Le deuil dans la relation soignant, soigné

Le deuil dans la relation soignant, soigné peut s'effectuer par un travail intime, nécessaire pour donner une issue à la souffrance du sujet, que cette souffrance ait été causée par l'une ou par l'autre perte.

De ce fait, l'attachement est le cœur même du tout travail de deuil. Plusieurs recherches ont été menées par Feeney et Noller (1992), ou encore Fraley et Shaver (1997). Ces travaux ont permis de mettre en avant les réactions des individus face à la séparation d'un adulte à un autre :

“Les personnes sécures expriment plus clairement leur attachement à leur partenaire (...) les personnes insécures ; elles perçoivent les événements de manière plus constructive et en conséquence, gèrent mieux l'éloignement. Les personnes évitantes se coupent de la relation et souffrent alors peu de l'absence de l'autre, à l'inverse des personnes ambivalentes sombrent dans la tristesse. Ainsi, les expériences vécues dans le passé et la manière dont elles ont été assimilées conditionnent encore l'individu dans ses relations adultes.” (Raphaële Miljkovitch, 2001, p.214).

A travers cette étude, on constate que chaque comportement dépend uniquement du caractère et de la conviction de l'individu en lui-même. Il va de soi, qu'un individu sera touché de manière distincte, exclusivement par les limites qu'il se sera posées dans la relation qu'il entreprend à autrui, mais aussi par son passif relationnel et émotionnel.

Ainsi, c'est ce que décrivent Rosette Poletti et Barbara Dobbs, (2014) “au moment de la séparation, ce sont toutes ces images, tous ces symboles qui vont devenir importants. Dans le phénomène du deuil, de la rupture d'un attachement, on ne pleure pas que le présent, la réalité, mais bien tout ce qui a existé” (p.14)

L'attachement ne se mesure pas en fonction de la durée de la relation, tout dépend de l'intensité de celle-ci. “Tout attachement dans cette vie se termine par une séparation. Que cet attachement date de deux semaines ou de soixante-dix ans, il est par nature appelé à se terminer. Ce peut être par la mort, par la séparation, par l'éloignement, à quelque chose que cela soit dû, tout attachement à une fin” (Rosette Poletti et Barbara Dobbs, 2014, p.23). Enfin, celui-ci ne se révèle pas uniquement par la mort du proche, comme souvent inscrite dans les pensées des individus.

### **2.3 L'inéluctable équilibre psychique**

On ne peut imaginer une infirmière sans émotion. Mais pour garder un statut qualitatif, il va de soi, que chaque soignant doit parvenir à connaître ses propres limites émotionnelles, pour maintenir un bien être professionnel et personnel. C'est ce que confirme Marie Alderson (2005) "la relation d'aide et d'accompagnement est au coeur de l'équilibre psychique des infirmières; elle ouvre sur un sens et un plaisir au travail" (p.83)

Le soignant peut adopter des mécanismes de défense face aux deuils auxquelles il peut faire face. Le but étant de conserver une distance affective protectrice, tout en incluant l'écoute et la compréhension apportée au patient. La visée n'a pour unique objectif de ne pas risquer d'être trop affectée par ce qui arrive au patient. Certains vont vouloir développer une forme de neutralité, comme l'indique Margot Phaneuf (2014) "afin de mettre leurs émotions à distance et même de se former une carapace pour tenir le coup sans flancher" (p.9). Ce phénomène se nomme "le syndrome de la femme forte". D'un autre côté, "vivre et reconnaître leurs émotions pourrait les aider à éviter l'épuisement professionnel et rendre la relation de soin plus humaine et plus chaleureuse" (Margot Phaneuf, 2014, p.9)

### **2.4 Différentes perceptions du soignant**

Le soignant peut percevoir certains sentiments à la suite d'un processus de deuil, entamé à la fin d'une prise en soin longue. Bowlby (1980) a alors décrit le travail de deuil avec différentes phases. Le soignant peut alors percevoir la phase de protestation "ressasser des pensées relatives à la personne disparue, qui sont d'autant plus présentes que des indices anodins qui font partie du quotidien continuent à lui rappeler d'anciens souvenirs liés à elle" (Raphaële Miljkovitch, 2001,p.232) Le deuil peut être alors vu comme une rupture d'un lien d'attachement initialement imbriqué chez l'endeuillé.

Le deuil peut avoir sa place dans le ressenti du soignant. C'est ce dont est persuadée Margot Phaneuf (2014) "au delà de l'attachement qu'elle a pu développer pour une personne soignée ... elle vit l'amertume de voir cette vie se dissoudre et la tristesse inéluctable de l'échec de ce qui est sa mission principale, c'est-à-dire le prendre soin" (p.1). Le lien d'attachement paraît parfois inévitable et rejoindrait la normalité de l'union entre soignant et soigné.

Le temps passé avec le soigné importe assez dans le deuil entrepris “ces sentiments se révèlent possiblement plus profonds envers certaines personnes que la soignante a plus longtemps côtoyées ce qui ont plus intensément sollicité sa compassion” (Margot Phaneuf, 2014, p.2). Ainsi, les liens intimes qui se créent peuvent parfois engendrer une coupure difficile, de par les moments privilégiés d’échange et de soutien, peuvent eux aussi amplifier le bouleversement rencontré par la soignante lors de l’arrêt de la prise en soin. L’infirmière reste avant tout un humain qui perçoit des sensations, émotions, sentiments qui eux aussi sont décrits comme étant humains. C’est pour cela, que la notion de deuil peut faire surface dans le quotidien des soignants.

#### **IV. Méthodologie du recueil de données :**

Dans l’optique d’enrichir mon cadre conceptuel, j’ai effectué deux entretiens auprès de deux infirmier(e)s diplômé(e)s d’État. Ces entretiens ont été réalisés sous forme semi-directive. Effectivement, ce choix m’a paru essentiel afin de favoriser un échange émancipé, tout en gardant le fil conducteur que représentait le guide d’entretien. Grâce à la présence de ce dernier, l’entretien apparaît plus structuré, il évite un écart trop conséquent avec le sujet. L’interlocuteur acquiert tout de même une certaine liberté de réflexion lorsqu’il s’exprime, ce qui enrichit le recueil de données. Enfin, cette décision est en corrélation avec le type d’entretien proposé par l’IFSI.

L’articulation de mon guide d’entretien s’est déroulée en suivant différents objectifs. Ces derniers sont énoncés ci-dessous :

- Comprendre les caractéristiques du domicile
- Quantifier la durée d’une prise en charge longue à domicile
- Discerner l’incidence d’une prise en soin longue, d’une prise en soin brève à domicile dans le quotidien du soignant.
- Appréhender le positionnement IDE lors de l’arrêt d’une prise en soin longue à domicile
- Se questionner sur un processus de deuil qui peut être entamé ou non par le soignant

Ainsi, l’objectif commun est de cueillir les différentes visions de ces deux soignants, face à la fin d’une prise en soin longue à domicile.

Pour mettre en œuvre ces entretiens, j'ai décidé d'interviewer deux infirmiers ayant un poste actuel en tant que soignant à domicile. Ceci m'était indispensable pour construire mon recueil de données basé sur le soin à domicile. Pour ce faire, mes recherches de professionnels se sont appuyées sur mes collègues de promotion. L'un a proposé à une infirmière (IDE 1) avec qui il était en stage dans une association de soins à domicile, l'autre à son père qui est infirmier libéral (IDE 2). Ainsi, le déroulement de mes entretiens a pu se mettre en place rapidement et aisément. Le premier contact avec ces deux infirmiers s'est fait en amont du rendez-vous, par message. En effet, l'échange de nos coordonnées s'est opéré dans un premier temps grâce à mes collègues de promotion. Puis pour mes deux entretiens, nous avons convenu de la date et d'un horaire promptement. Avec l'IDE 1, l'entretien s'est déroulé par visioconférence, à la différence de l'IDE 2, par appel téléphonique.

Mon guide d'entretien était un acteur prédominant au bon agencement du recueil de données. J'ai pu y retranscrire l'ensemble en annexe, grâce à un enregistrement effectué avec mon téléphone. Pour y parvenir, ces entretiens furent enregistrés avec l'accord de mes deux destinataires.

Il m'est nécessaire de faire une brève présentation de mes deux interlocuteurs. Premièrement, l'IDE 1 est une femme diplômée depuis quatre ans, qui plus est depuis trois ans dans un centre de santé infirmier à domicile. Quant à l'IDE 2, un homme diplômé depuis vingt-huit ans détient pour sa part, le statut d'infirmier libéral depuis vingt-et-une années.

La divergence de leur profil a été pour moi un plus au départ, que ce soit par leur différence de sexe, mais aussi par leur ancienneté dans le métier. Or, l'hypothèse d'un ressenti opposé face à mes questions n'a pas émergé dans l'analyse de mes deux entretiens. De surplus, l'appréhension de la fin d'une prise en soin longue à domicile, n'a nullement été impactée par ces deux durées d'expériences éloignées, idée que je m'étais mise en tête.

## V. Analyse descriptive des entretiens :

### ➤ Comprendre les caractéristiques du domicile en y déterminant la relation soignant, soigné

La connaissance de l'environnement global du patient prédomine dans les caractéristiques spécifiques de la prise en soin à domicile. Comme le résume l'IDE 1 *"on connaît leur famille, les habitudes de vie"*

En effet, les infirmiers se rendent au domicile même de leurs patients, pour effectuer leurs soins. L'introduction dans la sphère privée prime dans les propriétés du soin à domicile. Comme a été partagé les propos de l'IDE 1 *"on rentre dans l'intimité des personnes", "plus proche d'eux ils acceptent de nous ouvrir la porte"*, puis l'IDE 2 *"le patient qui fait appel à vous", "vous accueille chez lui"*.

Les soignants sont alors accueillis au plus près des patients, mais également de leur famille. Avec certitude, la rencontre avec l'entourage est l'incontournable du domicile. Celle-ci apparaît comme une ressource majeure dans la prise en soin globale du patient *"on va bien connaître la famille"* (IDE 1). Elle a également un rôle tout aussi important dans la prise en soin, selon l'IDE 2 *"le patient et sa famille, son entourage à la main sur la prise en charge"*.

De surplus, la connaissance des habitudes de vie des patients s'acquiert au fur-et-à-mesure du temps, et du contact établi entre le soignant et le soigné. Cette dernière permet de bien gérer la prise en soin et repérer des signes inhabituels. Pour l'IDE 1 *"on va pouvoir le repérer assez facilement"*.

Cette liaison entre soignant, soigné amène à une certaine fidélisation. Dans cette relation éclore une réciprocité vis-à-vis du respect. Ce dernier est mutuel. Les infirmiers perçoivent une proxémie de part le domicile, l'IDE 1 dit rentrer *"dans l'intimité des personnes"* mais aussi une relation qu'elle décrit comme *"plus proche"* avec le patient. Ils parlent ainsi d'adaptabilité *"il faut s'adapter à eux", "ils s'adaptent à nous"* selon l'IDE 1, *"l'équilibre se rétablit tout de suite"* pour l'IDE 2.

Enfin, de son côté, l'IDE 2 a souligné davantage l'importance de prendre en considération les décisions du patient, tout en s'adaptant à ce dernier *"c'est lui qui décide si on continue ou pas"*. Le tout faisant naître un équilibre entre soignant et soigné *"un peu donnant donnant", "nous donner en retour"* (IDE 2).

➤ **Quantifier la durée d'une prise en charge longue et ses aboutissants.**

La notion de prise en charge longue à domicile reste subjective aux yeux des différents infirmiers. Pour l'IDE 1, elle débute au bout de 6 mois, pour l'IDE 2 à partir de 3 mois. Ces prises en soins concernent souvent des *"patients chroniques"* (IDE 1). En outre, on peut évoquer le terme de chronicité des rencontres à domicile.

En effet, certains patients adhèrent au service de soins depuis de nombreuses années. Ainsi, les soignants les connaissent dès leur prise de poste, soit 10 ans pour l'IDE 2 *"il y a des patients que je suis depuis que je suis arrivé"* et 5 ans pour l'IDE 1. Somme toute, la prise en charge longue reste *"totalement indéterminée"* selon l'IDE 2.

A contrario, est évoquée la prise en charge courte. Celle-ci est vue comme des *"soins ponctuels, voire uniques pendant 2-3 jours"* (IDE 2). Mais elle peut aussi, selon l'IDE 1, *"être d'une durée de 15 jours"*. Face aux discours de ces deux infirmiers, la prise en charge courte est plus limpide à quantifier que celle longue.

Dernièrement, la notion de prise en soin longue renvoie aux soignants l'idée de fidélisation, de confiance, l'IDE 1 dit *"on prend en soin souvent toute la famille"*. En cas d'un besoin d'une nouvelle prise en charge, les patients ou leur famille retournent vers le même centre de soin, ou infirmier libéral. Ceci facilite la prise en charge pour le soignant et le soigné *"on les connaît déjà comme on est déjà venue"* (IDE 1), et peut être perçu comme une prise en charge longue, mais sous forme de plusieurs périodes éloignées.

➤ **Discerner l'incidence d'une prise en soin longue, d'une prise en soin brève à domicile dans le quotidien du soignant.**

La prise en charge longue permet, au regard des ressentis exprimés par les infirmiers, la construction sur le long terme d'une relation. En effet, le temps laisse la possibilité d'agrémenter le rapport entre le soignant et le soigné. En outre, ce temps permet une *"meilleure réactivité"* selon l'IDE 2. Pour l'IDE 1, *"l'avantage de bien les connaître, que ce soit des prises en charge longues, on va savoir que ça ne va pas"*.

Ces prises en soins longues sont perçues, pour l'IDE 2, comme *"un gros avantage c'est une bonne connaissance du patient"*. Elles offrent la création d'un assemblage durable entre soignant et

soigné à force de discussions, d'échanges, comme l'indique l'IDE 1 *"on apprend tout ça à force de les voir, de les connaître et de discuter avec eux aussi"*.

De plus, les habitudes peuvent s'installer à force du temps qui passe, celles-ci sont appréhendées différemment. Effectivement, pour l'IDE 2 la prise d'habitude peut nuire au soin, il l'a décrit comme *"le premier risque"*. A contrario, pour l'IDE 1 *"les habitudes de vie font que tes soins vont mieux se passer"*, elles seraient parfois exploitées en atouts dans les soins. Les connaissances que détient le soignant sur son patient représentent un avantage supplémentaire à la prise en soin. Les soins se déroulent dans des *"ambiances plus détendues"* (IDE 1).

Pour conclure, les bénéfices tirés par une prise en soin longue varient selon le soignant. En effet, l'IDE 2 a insisté sur le réseau pluriprofessionnel qui s'instaure autour du patient *"se créer un réseau formel et informel de soignants"*. Pour lui, la communication entre acteurs de soins est plus évidente et permet l'acquisition *"d'infos fiables, crédibles"*.

De son côté, l'IDE 2 a accentué ses propos sur l'importance des ressources familiales dans la prise en soin longue. Par le fait de savoir si *"la famille c'est oui ou non des ressources"*. Ainsi, elle ajoute que *"plus on va les connaître, plus on va savoir comment est la famille"*. De ce fait, la confiance s'instaure avec la durée que ce soit avec le patient, mais aussi avec les familles et les acteurs médicaux.

### ➤ **Appréhender le positionnement IDE lors de l'arrêt d'une prise en soins longue à domicile**

Tout d'abord le positionnement des IDE à la fin d'une prise en soin longue se distingue en deux axes. D'une part l'arrêt, de l'autre la continuité de la relation.

Le premier qui émane est l'arrêt de la relation. Le ressenti des deux infirmiers s'apparente. En effet, l'IDE 1 émet *"quand c'est fini c'est fini on peut pas garder contact avec tout le monde"*, lorsque l'IDE 2 raconte *"un patient en chasse un autre"*. Ces visions de l'après soin, partagées par ces deux soignants, s'appuient sur les besoins de protection et de distance. L'IDE 2 confirme *"inconsciemment on se protège"*, il ajoute qu'il faut *"garder une distance professionnelle"*. Ce dernier s'est exprimé davantage sur ses émotions. Il parle de *"pincement au coeur"* suite à un décès ou à l'arrêt d'une prise en soin de certains patients, où le lien était plus fort *"un patient pour lequel j'avais beaucoup d'empathie"*.

Ce sentiment peut nous amener vers le deuxième axe correspondant à la continuité de la relation hors des soins. En outre, les soignants sont souvent susceptibles de croiser de nouveau leur patient. Ces rencontres sont plutôt fortuites. L'IDE 1 explique ce phénomène par le fait de travailler dans des quartiers regroupant plusieurs patients. Elle dit *“les recroiser dans la rue, dans l'ascenseur”* ou encore *“la voisine qui va passer le bonjour de leur part, donner des nouvelles”*.

Selon L'IDE 2 *“ce sont plutôt les patients qui reviennent vers nous”*. En effet, on constate que les patients sont plus demandeurs que les soignants, pour de potentiels liens futurs. Cette hypothèse est confirmée par l'IDE 1 lorsqu'elle explique qu'une ancienne patiente lui a demandé de venir la voir en Ehpad. Parfois, l'IDE 1 accepte et se projette *“j'irai lui faire un coucou”*, elle prend alors des nouvelles de temps en temps. A contrario, l'IDE 2 apparaît légèrement plus stoïque. Il décrit son comportement comme étant *“pragmatique et rationnel”* et *“il ne faut pas tomber dans le sentimentalisme”*. Malgré cette distinction, l'IDE 1 partage cette idée en disant *“on peut pas faire ça avec tout le monde”*.

Enfin, un vécu similaire s'est érigé au cours de ces deux entretiens. De fait, on remarque que la famille des patients apporte régulièrement et naturellement, une marque de considération envers leurs soignants durant les périodes de fêtes, *“enfants, conjoints qui nous envoient souvent une carte”* (IDE1), *“petit SMS pour les meilleurs voeux”* (IDE 2).

### ➤ **Se questionner sur le processus de deuil qui peut être entamé ou non par le soignant**

Pour ces deux infirmiers, le processus de deuil n'en demeure pas présent, à la fin d'une prise en soin longue. L'IDE 1 dit *“je ne dirai pas que c'est du deuil”*, quand l'IDE 2 déclare qu'il faut être *“pragmatique quelque soit la fin”*. Il est alors catégorique sur sa non perception de processus de deuil *“clairement non, je me l'interdit”*.

Au contraire, un sentiment de plénitude fait surface dans l'esprit de ces infirmiers. Effectivement, lorsque leurs patients n'ont plus recours à leurs soins, l'IDE 1 *“ressens de la satisfaction”*. Pour l'IDE 2, un *“sentiment du travail accompli”*.

De plus, dans les situations où ils savent le devenir du patient, l'IDE 1 a une connaissance pouvant être rassurante de la suite de la prise en soin, *“on sait qu'ils vont bien être pris en soin ailleurs”*, tel un soulagement. Sentiment ressenti clairement par l'IDE 2 *“quand l'évolution est positive, un grand soulagement”*. Ce soulagement est également existant à l'issue de situations plus complexes, difficiles physiquement et psychologiquement pour le soignant. Ce dernier s'exprimait en disant que cela *“peut être un soulagement, quand trop anxieux, très lourd”*. Dans la majorité des

cas, l'IDE 2 explique que la séparation avec le patient se passe de *"manière plus sereine"*, lorsqu'elle est favorable à ce dernier.

Pour continuer, la fin d'une prise en soin longue a parfois été perçue par le décès du patient. Ces deux infirmiers en ont fait allusion en disant *"on a fait du mieux qu'on peut"* et *"accompagné jusqu'au bout"* (IDE 1) ou encore *"la mort, il faut l'intégrer"* (IDE 2). De par ces propos, ils visualisent la fin de la relation, par la fin de la vie du patient.

Souvent, ce processus de deuil est absent notamment par la possibilité de retrouvailles avec le patient. C'est ce que songe l'IDE 1 *"on sait qu'on va les revoir plus tard"*, elle expliquait que la probabilité de se retrouver une nouvelle fois en soins chez un patient, est plus important qu'un arrêt définitif *"y en a plus souvent qu'on revoit"*.

Pour finir, l'IDE 2 de son côté, pense en priorité à son devenir de soignant à l'aboutissement d'une prise en soin longue. Il affirme le besoin inéluctable *"qu'il faut savoir se protéger"* face à ces fins de relations. Pour lui, le futur prime pour ses patients à venir *"d'autres patients ont besoin de nous"*. Enfin, il insiste sur le fait de *"rebondir sur le quotidien"*, pour le bien de ses patients et de lui-même.

On peut conclure en affirmant que ces deux infirmiers ne cessent d'envisager un futur encore plus riche, sans oublier le passé vécu auprès d'anciens patients.

#### ➤ Observer si le processus de deuil a une place dans le ressenti soignant

Pour débiter, les soignants voient dans le processus de deuil, le décès du patient. L'arrêt d'une prise en soin longue à domicile ne leur évoque pas un deuil, pour l'IDE 1 *"c'est pas la même chose"*. Depuis le début de sa carrière à domicile, elle dit *"je n'ai jamais ressenti ça"*. A contrario, de son passif en cancéro, durant lequel *"ça a été plus difficile"* de faire face au décès. C'est uniquement à cette période-là, qu'elle a pu ressentir un sentiment de deuil *"le deuil des personnes qu'on a accompagné jusqu'au bout avec celui des familles"*.

De son côté, l'IDE 2 reformule le processus de deuil par le questionnement suivant *"est ce tourner la page avec philosophie ?"*. De ce fait, la perception du mot deuil évoque pour l'IDE 2 une *"connotation cérémoniale"*, c'est *"une grande démarche"*, enfin pour lui *"c'est grandiloquent le deuil"*.

On remarque que ce ressenti dépend entièrement des situations. En outre, l'IDE 2 explique *"qu'il se tisse une relation particulière"* lorsque *"qu'on était le seul lien social"*. De part ces relations

plus marquées, la séparation peut alors l'être autant. Ce phénomène mène à des *"décès qui nous marquent plus ou moins"* (IDE 1).

Par cette même occasion, on est portés à prendre en compte les pensées de ces infirmiers. En outre, la notion de pincement au cœur revient à de multiples reprises, *"un grand pincement au cœur"* (IDE 2), tout comme l'IDE 1, qui elle aussi ressent un *"petit pincement"*. L'impact de la fidélité, nouée au cours du temps, s'inscrit dans les mémoires de ces soignants. L'IDE 2 dévoile *"je garde une pensée émue de certains de patients"*, quant à l'IDE 1, elle disait *"on ramène un peu le travail à la maison"*.

Pour conclure, ces deux infirmiers accordent une importance à distinguer la vie privée de la vie professionnelle. Le but étant d'accepter la finalité de certaines relations, pour ne pas être trop impactés par cette dernière. Selon l'IDE 2 *"on arrive à passer quand même au-dessus"*, *"prendre du recul"* pour l'IDE 1. De surplus, l'IDE 2 indique *"on a pas le temps de s'appesantir"*, *"le quotidien est là"*. Enfin, l'IDE 1 insiste sur le fait de *"réussir à souffler"*.

On déduit que les deux infirmiers gardent une place significative à leurs futurs patients, qui ont besoin d'un soignant disponible et détachés du passé.

## **VI: Discussion**

Dans cette dernière séquence de mon mémoire, je vais mettre en corrélation les données recueillies au sein du cadre conceptuel avec celles de l'analyse des entretiens. De ce fait, cela me permettra d'y ajouter ma posture de future professionnelle de santé, qui plus est d'infirmière. Le but est de clarifier ma question initiale : En quoi la fin d'une prise en soin longue au domicile peut-elle mener à un processus de deuil pour le soignant ?

Dans un premier temps, la notion du domicile est spécifique dans les prises en soins. Effectivement, le domicile représente immanquablement l'intimité d'un individu. Pour Barthelemy Edwige (2012), le domicile est *"un lieu de repos avec soi-même...qui offre la possibilité à un individu...d'être intime à lui-même"* (p.6). C'est ainsi, un lieu privé dans lequel les soignants exercent leurs soins. Par conséquent, il est inévitable pour eux, d'entrer dans cette sphère privée. C'est ce qu'a

précisé l'IDE 1 "on rentre dans l'intimité des personnes", elle y a également ajouté la notion d'adaptabilité "on rentre chez eux donc il faut s'adapter à eux finalement".

Avec la même conviction, il me paraît important de s'adapter à ces lieux si personnels lors de nos passages en tant que soignant. A cette adaptation s'ajoute un respect primordial dans la prise en soin à domicile. Raymond Chappuis (1986) voit ce respect sous une forme de réciprocité "Sans le respect de la personne, autrui est incapable d'accéder à sa liberté et, réciproquement ma liberté dépend d'autrui" (p.23). Cette considération à l'égard d'autrui est partagée par l'IDE 1 "relation, je pense un peu donnant, donnant". L'IDE 2 quant à lui, illustre cette relation respectueuse par un "équilibre" qui s'établit immédiatement entre les deux acteurs au domicile. On constate alors une sorte d'alliance entre intimité et respect qui s'illustre nettement dans les soins à domicile.

De surcroît, la relation s'établit tout en prenant en considération l'entourage du patient. Les deux infirmiers interrogés accordent une place importante aux proches de leurs patients. En effet, pour l'IDE 2 "le patient et sa famille, son entourage à la main sur la prise en charge". C'est pourquoi, il me paraît essentiel d'ouvrir un lien avec ces derniers, ce qui peut permettre ultérieurement de les considérer comme une ressource pour la prise en soin. Il va de soi, que l'infirmier joue un rôle pour le soigné et est lui aussi une ressource. Raymond Chappuis (1986) évoque "la présence dans le face à face, d'une personne momentanément vulnérable qui cherche auprès d'une autre personne, reconnue comme capable de l'aider, un soutien affectif ou une solution à ses traumatismes psychiques" (p.57). Dans cette recherche de soutien, j'ajouterai que le patient englobe le soignant et très souvent sa famille. Ainsi, l'IDE 1 donne aussi beaucoup d'importance à la famille, en disant "on connaît leur famille". Perception que je partage par ce que j'ai pu vivre lors de mon stage à domicile.

En effet, j'ai pu remarquer la place prééminente de l'entourage au sein du lieu de vie qui devient également lieu de soins. Ainsi, j'ai constaté que mon cadre conceptuel ne présente pas de partie qui s'attarde sur l'entourage, chose qui est revenue à plusieurs reprises lors des deux entretiens. J'ai ainsi compris qu'il était un facteur très influent dans la prise en soin à domicile.

Pour continuer cette discussion, j'ai voulu définir ce qu'était une prise en soin dite longue, à domicile. Dès lors, j'ai cherché diverses définitions du soin exercé par un infirmier, dont la suivante issue de l'organisation mondiale de la santé: "la mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict"(Laure Roduit, 2008, p.29). Je l'ai trouvé en totale corrélation avec mon sujet, car elle regroupe différents aspects, tels que la famille ou

l'environnement de vie. Or, je n'ai pas trouvé d'écrits qui quantifient la durée approximative d'une prise en soin longue à domicile. C'est pourquoi, je me suis tournée vers les deux infirmiers que j'ai entretenus pour avoir un ordre d'idée. En ressort, des durées différentes telles qu'à partir de 6 mois pour l'IDE 1 face à 3 mois pour l'IDE 2. Ces durées restent tout de même très peu éloignées en termes de mois. De plus, lorsque l'IDE 2 évoque ce temps comme étant "très subjectif", j'en suis en total accord avec lui. En effet, mon objectif de déterminer une durée se présentait sous une forme assez laxiste car je ne m'attendais pas à un nombre précis. Pour ma part, j'imaginai une prise en soin longue lorsqu'elle dure depuis minimum 6 mois, durée qui a été également attribuée par l'IDE 1.

Enfin, une fois de plus, la place de la famille est revenue avec l'IDE 1 qui indiquait qu'elle prenait souvent en soin la famille dans son entièreté mais à différents moments. Cette vision lui a fait écho à une prise en soin longue, point de vu que je n'avais pas envisagé mais qui peut être perçue comme une continuité de soin, pouvant être longue. En effet, la prise en soin longue peut-elle comprendre plusieurs membres d'une même famille, même lieu de vie, à différents moments ?

Je vais maintenant m'intéresser aux émotions, j'ai donc pris la décision de m'intéresser aux soignants vis-à-vis d'une fin de prise en soin longue à domicile. Paul Fustier (2013) disait "Si les soignants ne restaient que dans cette dimension de la professionnalité, elle viendrait annuler, les émotions, les affects, les processus d'humanisation, de transfert et de contre transfert"(Stéphane Trégouet, 2021, p.332). Ceci appuie l'importance que je dédie aux émotions dans le rôle de soignant.

Effectivement, au travers divers stages et expériences professionnelles passées, j'ai pu me rendre à l'évidence que les émotions sont au cœur d'une relation, tout en sachant qu'est considérée comme étant professionnelle. Il en est ressorti de même à l'issue des entretiens avec les infirmiers. En outre, l'IDE 2 parle de "*pincement au cœur*", l'IDE 1 quant à elle, n'a pas beaucoup développé ces sentiments, en ne parlant également que de "*petit pincement*". Ceux-ci ont été plus difficiles à récolter de manière globale, je ne saurai dire si la pudeur en est la cause ou l'aspect personnel que reflète une émotion. Je n'ai pas relancé la question pour ces deux infirmiers car j'ai considéré que chaque émotion varie en fonction des situations, et qu'elles seront automatiquement dissemblables de par l'identité unique de chaque soignant. Ceci a été confirmé dans mes lectures avec Raymond Chappuis (1986) "la relation humaine suppose l'altérité ... essentielle entre les partenaires du face-à-face pour exister en tant que personnes séparées et différentes. Elle conditionne la prise de conscience de soi et celle d'autrui" (p.7), l'important étant de bien distinguer chaque individu.

Je me suis tout de même attardée sur l'attachement dans mon cadre théorique. Pourquoi l'attachement, parce que la fin d'une prise en soin longue à domicile m'a fait éclore ce sentiment. Sentiment que j'ai perçu à travers ma situation d'appel. J'ai ainsi voulu visualiser avec plus de précision ce terme, étant assez général sur les ressentis que j'ai pu avoir dans certains cas. De ce fait, lors de mes recherches, je me suis arrêtée sur John Bowlby (1969), qui explique que "la recherche de proximité ... et la demande d'aide sont des motivations humaines primaires et elles sont, en premier lieu, dirigées vers une figure d'attachement" (p.120). Ainsi, la proximité est plus précieuse entre le soignant et le soigné, elle en est de mise par la caractéristique particulière du domicile. Ce sentiment d'attachement n'a pas été perçu de la même manière par l'IDE 2 qui dit plutôt "faire preuve d'empathie, etc mais pas d'attachement, c'est délicat".

Avec du recul, je constate que le terme d'attachement n'est pas compatible, car il ramène pour moi à une sphère trop intime, profonde. Il pourrait entacher le professionnalisme de l'infirmier, qui développerait trop d'affection et de ce fait pourrait se déstabiliser dans la continuité des soins prodigués à d'autres patients.

J'ai pu développer cette vision de part les dires des infirmiers. En effet, ces derniers ont insisté sur le fait d'être "*pragmatique et rationnel*" et qu"*il ne faut pas tomber dans le sentimentalisme*" selon l'IDE 2. De son côté, l'IDE 1 disait "*il faut se protéger*". Ces visions très protectrices face aux relations entretenues, n'ont pas été abordées de la même manière dans les écrits. En effet, j'ai pu lire ce qui serait la conséquence d'un soignant qui ne garderait pas cette protection constante dans son quotidien, "le gel des affects traduit une sorte d'économie de survie, lorsque la souffrance des patients, leurs difformités, leurs pathologies deviennent trop difficiles à supporter" (Ciccone, 2014, p.20 de Stéphane Tréguet, 2021). Ainsi, en tant que future professionnelle de santé, il me paraît important de prendre conscience du risque potentiel d'un attachement trop important envers un patient lorsque nos soins sont terminés. Le tout est alors de savoir prendre des distances tout en restant dans l'authenticité et l'empathie, qualités réunies d'une infirmière. Authentique comme le sont les patients et leur famille.

En effet, la relation soignant et soigné reste avant tout une relation humaine, et offre des moments de partage et d'attention. Ce qu'on pu décrire les infirmiers surtout au moment des fêtes de fin d'années. En effet, l'IDE 1 dit recevoir des cartes pendant ces périodes, tout comme l'IDE 2 qui reçoit des SMS de meilleurs vœux. J'ai confronté ces moments vécus avec mon parcours en tant qu'auxiliaire de vie à domicile, car j'ai également remarqué des attentions particulières de la part de

patients, avec des petits plaisirs tels que des chocolats, que j'ai accepté gentilement. Ce sont des moments importants dans la relation, basés sur de la simplicité et de bonnes intentions.

Ces dernières peuvent ainsi avoir un impact sur la confiance établie dans la relation. "la relation humaine constitue le fondement sur lequel reposent le processus de développement de la personne, la découverte de soi et des autres. Relation humaine et communication constituent une seule même réalité à deux faces" (Raymond Chappuis, 1986, p.6).

Dans un deuxième temps, je me suis focalisée sur le processus de deuil, processus pouvant ou pas être entamé à la fin d'une prise en soin longue à domicile. Pour une première approche, je me suis dirigée vers plusieurs définitions de ce que serait un deuil. Celle qui m'a interpellé le plus est la suivante "c'est l'oubli qui guide l'évolution du deuil. Car le deuil n'est pas un moment, c'est une évolution lente des sentiments. Le deuil n'évolue pas de façon univoque, on devrait plutôt parler du travail de deuil" (Daniel Kipman, 2013, p.151-152). En effet, le deuil résulte d'un travail à part entière.

A travers ce terme fort, que représente le deuil, j'ai voulu l'associer aux étapes qu'il regroupe telles que "le choc, le déni émotionnel, la protestation, la tristesse, le chagrin, l'acceptation intellectuelle, globale, nouveaux attachements"(Rosette Poletti et Barbara Dobbs, 2014, p.26).

Ma première pensée était d'inscrire à la fin d'une prise en soin longue à domicile certains sentiments présents dans ces étapes. La finalité n'était pas celle du décès du patient, mais un changement de poste, un arrêt de soins pour cause de patient guéri. "Tout attachement dans cette vie se termine par une séparation. Que cet attachement date de deux semaines ou de soixante-dix ans, il est par nature appelé à se terminer. Ce peut être par la mort, par la séparation, par l'éloignement, à quelque chose que cela soit dû, tout attachement à une fin" (Rosette Poletti et Barbara Dobbs, 2014, p.23). Or, ce terme a été une difficulté majeure dans mon travail, car le deuil fait automatiquement référence au décès. J'ai pu le constater rapidement lorsque l'IDE 2 m'a évoqué "*la mort, il faut l'intégrer*" ou encore l'IDE 1 "*décès qui nous marquent plus ou moins*" et "*accompagné jusqu'au bout*". Je me suis alors permise de rebondir, pour se focaliser sur la fin d'une prise en soin en dehors de la cause de la mort.

A partir de ce moment-là, les réponses ont rapidement basculé sur l'inexistence de deuil, de part la proportionnalité assez importante de rencontrer de nouveau ces patients. Effectivement, l'IDE 1 dit "*on sait qu'on va les revoir plus tard*". Même lorsque la rencontre ne se reproduira définitivement

plus, la finalité en demeure positive pour ces deux infirmiers, l'IDE 1 "*ressens de la satisfaction*". Pour l'IDE 2, un "*sentiment du travail accompli*". Coïncidence présente dans mes recherches avec Marie Alderson (2005) "la relation d'aide et d'accompagnement est au cœur de l'équilibre psychique des infirmières; elle ouvre sur un sens et un plaisir au travail" (p.83). Ce relativisme se dessine grâce à un positionnement adapté du soignant, et une eurythmie entre professionnalisme et authenticité. Il m'est alors indispensable de trouver son propre équilibre psychique en devenant infirmier. L'objectif étant d'évoluer en permanence grâce aux rencontres et expériences passées.

Pour terminer cette discussion, je voulais revenir sur les propos de (Margot Phaneuf, 2014) "ces sentiments se révèlent possiblement plus profonds envers certaines personnes que la soignante a plus longtemps côtoyées ce qui ont plus intensément sollicité sa compassion, (p.2). Je ne partage pas ce ressenti, du moins j'accroche les termes "possiblement" et "certaines personnes". En effet, on ne peut pas globaliser le temps comme facteur systématique d'une relation plus forte. Ce qui peut jouer sur ces relations serait pour moi, l'authenticité qu'elle représente. La possibilité entrevue de sentiments plus forts de par une durée plus longue, n'ont pas véritablement été retrouvés dans les entretiens. Pour l'IDE 2, le lien peut être plus fort lorsqu'une relation est devenue particulière, il évoquait "*qu'on était le seul lien social*". En effet, quelques éléments atypiques peuvent marquer, toucher le soignant dans sa prise en soin, et dans l'acceptation de la finalité.

Depuis le début de mes recherches, j'ai pu constater qu'il existe diverses manières d'interpréter, de ressentir une relation. Cette dernière devient automatiquement riche en partages, en savoirs, en émotions à partir du moment où l'échange est naturel et réciproque. C'est ce que peut représenter la relation qui existe entre soignant et soigné, relation purement atypique. Je me suis également rendue compte de l'importance de l'entourage, de la famille qui est indéniable. En est venu, la place du processus de deuil évoqué dans mon cadre théorique, et difficile à percevoir pour les deux soignants. Ce processus de deuil, difficile à analyser sans véritable décès, apparaît alors comme étant absent, malgré des émotions bien présentes à la fin d'une prise en soin longue à domicile. Il me semble alors pertinent de me questionner sur une autre manière d'appréhender cette finalité chez le soignant. De ce fait, au vu de ces échanges à la suite de mes recherches, une nouvelle question émerge :

**En quoi la connaissance de soi et les limites de l'infirmier jouent un rôle dans l'acceptation d'une fin de prise en soin longue à domicile ?**

## VII: Conclusion

J'arrive au terme de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers qui n'a cessé d'être présent durant ma dernière année de formation. Ce travail est le fruit d'un sujet qui me tient à cœur, il me servira tout au long de ma carrière. En effet, il m'a amené à adopter une réflexivité professionnelle, permettant l'enrichissement de mes savoirs et d'une nouvelle approche vis-à-vis de mes futurs patients. Tout cela a débuté grâce à mon stage à domicile mais aussi par mon expérience professionnelle d'auxiliaire de vie à domicile. Ces souvenirs ont été la source même de mon sujet basé sur la fin d'une prise en soin longue à domicile. Je me suis en permanence questionnée sur mes ressentis à la suite d'une fin de relation soignant, soigné. Ces fins de relation se rencontrent en permanence dans ce métier, et chaque soignant les vivent différemment. J'ai ainsi souhaité ouvrir ma réflexion en dehors de mes propres ressentis et expériences, en puisant des informations dans les écrits puis directement sur le terrain auprès des infirmiers diplômés d'État.

De ce fait, pour faire éclore ce travail, je suis passée par plusieurs étapes. J'ai tout d'abord choisi trois situations d'appels qui m'ont amené à ma question de départ. Cette dernière m'a aiguillée pour réaliser des recherches sur des auteurs, infirmiers, chercheurs ayant évoqué les grandes notions que j'explorais, telles que la relation soignant, soigné, mais aussi le processus de deuil. Ce travail de lecture a été pour moi agréable, car il m'a fait découvrir des visions différentes sur certains thèmes.

La recherche la plus complexe, a été celle concernant le processus de deuil chez le soignant. Effectivement, très peu d'écrits évoquent le processus de deuil entamé à la fin d'une relation. De surplus, j'ai rencontré ce même frein lors des entretiens réalisés auprès de deux infirmiers exerçant à domicile. Cette difficulté m'a conduit à remettre en question le choix du mot "deuil". Est-il trop fort pour représenter un sentiment perçu sans décès ? Ce questionnement m'a mené à la discussion qui précède cette conclusion. Cette discussion laisse une certaine liberté de pensée que j'apprécie, car le ressenti de chacun reste ancré dans l'intimité même de la personne, qui plus est de l'infirmier. Cette partie du mémoire reste pour moi légèrement compliquée à mettre en écrit, de par la confrontation de différents discours qu'il faut parvenir à croiser. Cependant, cette difficulté montre pour moi la richesse du débat pouvant faire surface à la suite de ma question de départ.

C'est pourquoi, j'envisage une réponse vaste à ma question de départ, qui se détermine par de multiples réactions, sentiments pouvant être possibles face à ce genre de situation. Il faut puiser au fond de soi-même, mais aussi piocher dans les conseils et expériences de tous ces infirmiers qui ont acquis de l'expérience, pour construire sa propre identité d'infirmier et forger sa propre attitude et réflexion pour soigner de futurs patients.

Pour conclure, l'ensemble de ce travail qui est nouveau pour moi, m'a dans un premier temps fait découvrir ce qu'était la recherche en soins infirmiers mais surtout apporté une curiosité professionnelle que je souhaite garder dynamique tout au long de ma carrière d'infirmière. Enfin, ce travail porté sur le soin à domicile m'est cher de part ma volonté d'exercer ce métier dans ce secteur. Cette recherche me permettra par la suite d'appréhender d'une manière plus sereine la fin d'une prise en soin à domicile, mais aussi la relation soignant, soigné si atypique.

## VIII: Bibliographie

### Ouvrages :

- Chappuis, R. (1989). *La Psychologie des Relations Humaines*. Presses universitaires de France.
- Rubin, G. (1998). *Travail du Deuil, Travail de Vie (Etudes psychanalytiques)*. Editions L'Harmattan.
- Poletti, R. & Dobbs, B. (2014). *Vivre son deuil et croître*. Jouvence éditions
- Kipman, S. (2013). *L'Oubli et ses vertus*. Albin Michel.
- Miljkovitch, R. (2001). *L'attachement au cours de la vie : Modèles internes opérants et narratifs*. Presses universitaires de France.
- Corbaz, P. & Quinche, F. (2015). *Ethique pour les soins à domicile*. Editions Médecine & Hygiène.

### Articles :

- Narfin, R. (2012). Trouver la juste distance thérapeutique. *L'aide-soignante, volume (134)*, pages 9 - 10.
- Touzet, P. (2021). L'engagement soignant en psychiatrie. *Soins en psychiatrie, volume (332)*, pages 12 -16.
- Rivallan, A. (2021). Engagement et posture soignante. La relation qui fait soin. *Soins en psychiatrie, volume (332)*. Page 11.

### Dictionnaire :

- Morvan, D. (Dir). (2014). *Le Robert de poche*. Le Robert éditions.
- Larousse (s. d.). Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 5 avril 2022 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soin/73236#72407>

### Textes législatifs :

- Profession Infirmier. *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*. (2019). Ref : 650505.

### **Mémoires ou thèses :**

- Roudit, L. (2008). *L'écriture du Processus de Soins Infirmiers : un chemin vers la conscientisation du rôle propre infirmier ?* [Travail de fin d'études, Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale] .[https://doc.rero.ch/record/8691/files/Roudit\\_Laure.pdf#page=26](https://doc.rero.ch/record/8691/files/Roudit_Laure.pdf#page=26)

### **Sites :**

- *Convention Européenne des Droits de l'Homme*, (s. d.).  
[https://www.echr.coe.int/documents/convention\\_fra.pdf](https://www.echr.coe.int/documents/convention_fra.pdf) consulté le 05 avril 2022
- Phaneuf, M. (2014) *Le vécu de la soignante devant la mort*  
<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/10/Le-vecu-de-la-soignante-devant-la-mort.pdf> consulté le 5 avril 2022.

## **IX: Annexes**

### **Sommaire des annexes :**

**Annexe I : Situation d'appel numéro 2**

**Annexe II : Situation d'appel numéro 3**

**Annexe III : Guide d'entretien**

**Annexe IV : Retranscription entretien IDE 1**

**Annexe V : Retranscription entretien IDE 2**

**Annexe VI : Tableaux d'analyse d'entretien**

## **Annexe I : Situation d'appel numéro 2**

La deuxième situation rencontrée avec cette fois-ci Mme A s'est présentée autrement. En effet, je me rendais chez elle, une matinée par semaine, pour l'emmener avec sa voiture faire des courses au supermarché. Ces rencontres étaient d'une durée de deux heures, c'était de l'ordre de l'accompagnement plus que du soin. Cela me permettait un échange plus direct et prononcé de part le temps imparti de ma mission, mais également de l'espace de rencontre.

En effet, le trajet en voiture, la balade dans le supermarché et le retour à domicile nous laissait plus de temps pour discuter. Nous avons une très belle entente entre elle et moi. Identique à Mme L, les échanges étaient autour de photos de famille, de discussions de la vie quotidienne, ce qui m'a permis aussi de développer une relation soignant soigné intéressante.

A contrario de Mme L, je n'avais pas la barrière de la blouse blanche car j'étais en permanence en tenue civile avec Mme A, ce qui favorise une approche plus intime. Lors de mon départ, nous avons échangé nos numéros et prévu de se revoir avant que je quitte réellement Nantes. Ainsi, j'ai pu passer un après-midi chez elle, cette fois-ci en dehors du temps de travail, autour d'un goûter. Ce fut un moment également fort. Il m'a conforté dans l'image de la relation soignant soigné qui peut aller au delà d'une simple mission à accomplir.

Pour moi, cela a été riche en découverte et respect, car cette relation entre une personne de 20 ans et une de 90 ans était enrichissante pour continuer un parcours professionnel avec les personnes âgées, qui ont beaucoup de choses à nous apporter, et réciprocité. Aujourd'hui, je n'ai plus de nouvelles non plus de Mme A. Il était également prévu que je l'a revois en même temps que Mme L, mais le confinement fut un frein pour réaliser cette visite.

## **Annexe II : Situation d'appel numéro 3**

En tant que stagiaire, j'ai pu réaliser cinq semaines avec les aides soignantes, au domicile des patients. Cette expérience fut différente de celle rencontrée lors de mon travail en tant qu'auxiliaire de vie à domicile. En effet, le délai était plus bref. Je n'allais pas seule chez les patients. Les soins quant à eux pouvaient se ressembler, comme les toilettes, l'aide aux couchers...

J'ai été touché par une patiente vivant avec son mari. Elle était atteinte de la maladie de Parkinson, nous allions tous les matins et soirs chez elle, en fonction de nos tournées. C'était une personne très sensible, qui portait beaucoup d'affection envers moi. Nous avons partagé quelques moments seuls lors de ses douches, mais le reste du temps nous étions avec l'aide soignante qui m'accompagnait. Ainsi, la relation était différente, car son mari était lui aussi très présent.

Mon statut d'étudiante me faisait percevoir une relation plus succincte, car je savais que je ne resterais pas indéfiniment et que la relation apparaissait selon moi, moins intime de part les différentes personnes qui étaient autour. En effet, il y avait moins cet aspect d'être la seule personne qui passait chaque jour. Cela ne m'a pas empêché d'avoir été touché lors de ma dernière visite quand Mme C a pleuré de ne pas me revoir, de part la fin de mon stage. L'aide soignante était elle aussi émue de voir cette relation entre Mme C et moi. J'en avais beaucoup discuté avec elle dans la voiture. Ce qui m'a conforté dans le sentiment d'accepter la fin d'une mission.

Dans cette situation, j'aurais bien voulu avoir des nouvelles de cette patiente, de savoir son devenir, mais ma position de stagiaire, assez brève, ne m'a pas incité à garder contact, j'en ai moins ressenti le besoin, à défaut de ne pas manquer d'en avoir l'envie.

D'un autre côté, aujourd'hui je m'interroge toujours de temps en temps sur ce que sont devenus les patients que j'ai pu rencontrer. Il est important pour moi de ne pas oublier pour autant ces personnes qui sont de belles rencontres, mais il a été plus facile d'accepter l'absence de réponse à mes questions.

## **Annexe II : Guide d'entretien**

- Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?

### *Soins à domicile :*

- Quels sont, pour vous, les caractéristiques des soins à domicile par rapport à la relation?
- Pour vous, combien de temps dure une prise en soin longue ?
- Quel impact la prise en soin longue à domicile a-t-elle sur votre ressenti par rapport à celle d'une durée plus brève ?

### *Processus de Deuil :*

- A la fin de la prise en charge vous arrive-t-il de garder contact avec certains patients ?
- Pouvez-vous comparer la fin d'une prise en soin longue à un processus de deuil ?
- Selon vous, ce processus a-t-il sa place dans le ressenti du soignant ?
- Souhaitez - vous ajouter quelque chose ?

### **Annexe III : Retranscription entretien IDE 1**

**(1) ESI :** Bonjour,

**(2) IDE :** Bonjour Marion,

**(3) ESI :** Est-ce que je peux commencer l'enregistrement ?

**(4) IDE :** Oui, oui

**(5) ESI :** Ok c'est bon, alors je commence, peux-tu me décrire ton parcours professionnel ?

**(6) IDE :** J'ai fais mes études à Tours, j'ai été diplômé en 2018, j'ai commencé par des Ehpad, j'ai fait du libéral enfin du domicile en milieu rural et après j'ai été trois mois dans une association pareil d'infirmière à domicile et j'ai fais 8 mois après en chirurgie orthopédique dans un hôpital et la ça fait depuis je crois septembre 2019 que je suis au CSI de la mutualité française.

**(7) ESI :** Ok, en gros si j'ai bien compris c'est une association c'est ça ?

**(8) IDE :** Nan on fait partie de la mutualité française donc euh c'est pas tout à fait la même chose parce qu'on est attachés du coup à une grande organisation. Là où j'avais travaillé avant c'était vraiment une petite association, on était je crois 5 infirmières en tout.

**(9) ESI :** Ok d'accord, là vous êtes combien ?

**(10) IDE :** La on est 9, et on est reliées au SSIAD, il y a 15 aides soignantes, et on est 9 sur les terrains, on a une cadre, une secrétaire et une infirmière co et 2 infirmières co du côté aide soignants, c'est un gros centre de soin.

**(11) ESI :** Ok, du coup qu'est ce qui t'as donné envie de faire des soins à domicile ?

**(12) IDE :** Euh, bah en faite je suis arrivée à domicile par le biais de l'intérim, on m'avait proposé vu que j'en avais marre de faire de l'Ehpad, je me suis dis pourquoi pas, j'en avais jamais fait pendant mes études et finalement ça m'a plus parce que y a un contact complètement différent qu'à l'hôpital, déjà on rentre dans l'intimité des personnes, on les connaît plus, on connaît leur famille, les

habitudes de vie, et y a moins ce côté euh hiérarchique de l'hôpital avec les médecins, avec tout ce qui est dès 6h30 faut faire les prises de sang, faut faire ça, faut faire ça... la on va au rythme du patient, on apprend leurs habitudes de vie, donc voilà on est plus proche d'eux, je dirai, et du coup vu qu'on les connaît bien, on arrive à bien les prendre en soin, par exemple dès que ça va pas, ou euh un saut d'humeur ou autre, on va pouvoir les gérer parce qu'on connaît justement leurs habitudes et on va pouvoir repérer parce exemple chez les personnes psy quand ça va pas, quand ils commencent à décompenser, on va pouvoir le repérer assez facilement parce ce qu'ils ne sont pas comme d'habitude.

**(13) ESI :** Ok, y a le faite que vous êtes plus souvent chez eux et l'intimité comme tu dis c'est pas du tout la même chose qu'en hospitalier

**(14) IDE :** Ouais c'est différent, parce qu'en fait à l'hôpital ils viennent à l'hôpital donc ils viennent chez nous entre guillemets, nous la on va chez eux donc ils acceptent de nous ouvrir la porte, ils acceptent de nous recevoir, y en a par exemple qui ne vont pas nous ouvrir la porte parce qu'ils n'acceptent plus les soins. Et la c'est vraiment on rentre chez eux donc il faut s'adapter à eux finalement, ils s'adaptent à nous aussi desfois mais souvent c'est à nous de nous adapter à leurs habitudes de vie, je sais pas, par exemple on a des personnes d'origine maghrébine, il faut enlever les chaussures, on va mettre des surchaussures, on va tout faire en tout cas pour que ça se passe bien et vu que c'est des soins chez eux, on va respecter vraiment leurs habitudes de vie.

**(15) ESI :** Ok, du coup l'autre question quelles sont pour toi les caractéristiques des soins à domicile par rapport à la relation ? Après t'y a un peu répondu.

**(16) IDE :** Ouais, c'est déjà un peu répondu après la en plus de les rencontrer eux on va rencontrer leur famille, on va rencontrer le quartier où ils vivent, les voisins donc ça va être une relation ou je pense qu'on va être plus proche qu'à l'hôpital, même si à l'hôpital dans certains services c'est des patients qui sont la depuis longtemps, donc c'est pareil on va bien connaître la famille. La c'est, ouais, une relation, je pense un peu donnant, donnant aussi, c'est à dire comme je te disais, on respect leurs habitudes de vie, leurs quotidien, du coup ils vont aussi nous donner en retour, je sais pas par exemple le Noël à domicile c'est assez différent du Noël à l'hôpital, la on va chez eux, ils fêtent Noël avec leur famille, ils vont t'inviter à manger, c'est une relation plus proche je dirais.

**(17) ESI :** Ok, alors pour toi, combien de temps dure une prise en soin longue ?

**(18) IDE :** Nous à domicile je dirais que c'est quand, on appelle ça des patients chroniques, donc on va les avoir, à partir de 6 mois je dirais que c'est une prise en charge longue, parce que finalement à domicile, on a des opérations où ça va être des pansements et des antico pendant 15 jours, ça ça va être assez court, après on va avoir des patients qui bah vont un peu moins bien, qui se sont fait mal à la cheville, qui ont un plâtre ou autre, qui ont 45 jours d'antico arrivés à domicile, donc la c'est assez long mais ça serait pas quand même une prise en charge longue parce qu'on a des patients qui sont la, au sein du centre de soins, depuis 10 ans, donc la c'est vraiment des prises en charge longue. Après à l'hôpital c'est différent, les prises en charge longues sont dans des services particuliers. En chir ortho, y en avait des prises en charge longues, c'était à partir d'un mois, où ils restaient au sein du service c'était déjà des prises en charges longues.

**(19) ESI :** Ouais, tout comme la différence avec les Ehpad, où c'est plus un lieu de vie

**(20) IDE :** Ouais après l'Ehpad, c'est toujours une prise en charge longue, à part pour certains qui décèdent assez rapidement après leur arrivée; dans tous les cas, ils finissent leur vie à l'Ehpad.

**(21) ESI :** Ok, donc tu me disais qu'au maximum c'était 10 ans c'est ça, parmi les patients que vous avez ?

**(22) IDE :** Ouais certains 10 ans, après dans la moyenne, je dirais que nos chroniques ça fait 4-5 ans, tous les jours et des fois 3 fois par jours, pour les patients diabétiques par exemple. Et puis des fois on va prendre en soin le mari, et puis quelque temps après ça va être sa femme mais du coup on les connaît déjà comme on est déjà venue pour le mari. Nous on prend en soin souvent toute la famille, si je sais pas si le mari qui est tombé, c'est fait mal qui a un plâtre et après ça va être sa femme qui se fait opérer de la hanche et un enfant qui est tombé et où ya des points sur le menton, en soit ils vont toujours appeler le même centre de soin, ils ont un peu leur infirmière, comme quand t'es en libéral, c'est l'infirmière de la famille quoi.

**(23) ESI :** Ouais c'est un peu une sorte de fidélité c'est ça ?

**(24) IDE :** Ouais c'est ça, après nous c'est pas comme une infirmière libérale, elle elle doit fidéliser ses patients, nous c'est différent comme on est salariés c'est pas tout à fait la même chose. Comme nous on est 9 ça tourne beaucoup, et y a 5 tournées différentes le matin, donc ils ne vont pas avoir tout le temps la même infirmière.

**(25) ESI :** Ok, alors la troisième question était quel impact la prise en soin longue à domicile a-t-elle sur ton ressenti par rapport à celle d'une durée plus brève ?

**(26) IDE :** Comme je te disais les prises en soin longue, on va connaître du coup les habitudes de vie, de plus en plus, la famille, on va savoir si la famille c'est oui ou non des ressources, est ce que la famille peut aller chercher les traitements, le matériel à pansement, peut s'occuper de faire les démarches nécessaires pour avoir plus d'aides ou non à domicile, plus on va les connaître plus on va savoir comment est la famille. Après comment est le patient, par exemple avec des patients avec des pathologies psychiatriques, l'avantage de bien les connaître que ce soit des prises en charges longues, on va savoir quand ça ne va pas, ou au contraire quand ils nous ouvrent pas la porte, est ce qu'on s'inquiète ou si c'est une habitude chez lui et on appelle pas direct les pompiers. Ou, je sais pas, on va voir que ça va pas mais on va voir qu'il faut pas trop lui poser de questions, parce que finalement, ça ne va pas l'aider et ça je pense qu'on apprend tout ça à force de les voir, de les connaître et à force de discuter avec eux aussi. Et vraiment, les habitudes de vie font que tes soins vont mieux se passer aussi. Un truc bête, mais t'apprend les prénoms des animaux et ils sont tout contents, ça mets une ambiance plus détendue pour les soins, surtout chez les patients avec une pathologie psychiatrique, ils vont avoir une confiance en nous, qui va s'instaurer avec le temps, tout simplement, du fait de leur pathologie, ils peuvent pas avoir facilement confiance en quelqu'un, et plus on va les voir, plus on va les connaître, et plus eux aussi vont nous connaître parce qu'il faut pas trop donner d'information sur ta vie privée, mais forcément à force de les voir 3 fois par jour, à Noël, au jour de l'an, aux jours fériés, le dimanche, etc ils vont forcément te connaître un petit peu. La relation soignant, soigné va être plus forte, je pense.

**(27) ESI :** Ok, après la deuxième partie c'était plus sur le processus de deuil, ma question était : à la fin de la prise en charge vous arrive-t-il de garder contact avec certains patients ?

**(28) IDE :** Euh, oui en fait ça dépend comment se finit la prise en charge mais quand c'est des patients ou les pansements sont terminés, on peut quand même les croiser comme c'est dans la quartiers, les recroiser dans la rue, dans l'ascenseur, ou la famille qu'on croise, du coup on prend des nouvelles, après je pense que quand c'est fini c'est fini on peut pas garder contact avec tout le monde. La par exemple, on a une dame qui part en Ehpad, je ne sais pas depuis combien de temps elle est au centre de soins, en tout cas depuis que j'y suis je l'a connais, j'ai un bon contact avec elle, elle m'a demandé si je voulais aller la voir en Ehpad, et je pense que j'irai lui faire un coucou, mais ça on peut pas faire ça avec tout le monde.

**(29) ESI :** Et par rapport au fait que tu disais que tu pouvais les croiser, vous avez des secteurs c'est ça et donc amener à croiser des patients?

**(30) IDE :** Oui, souvent c'est des immeubles en plus, donc quand y a 6 ou 7 étages dans l'immeuble, du coup t'as plusieurs patients dans le même immeuble donc la plupart du temps on les recroise ou va y avoir la voisine qui va passer le bonjour de leur part, donner des nouvelles. Quand c'est des décès et que les prises en soin se finissent parce que la personne est décédée, on a soit les enfants, le conjoint ou la conjointe qui nous envoie souvent une carte, ou quand on les croise on discute avec eux, savoir comment ça se passe la suite, que si ils ont besoin, on est disponible pour des soins, ou d'accompagnement juste pour leur deuil aussi.

**(31) ESI :** Ok, du coup peux-tu comparer la fin d'une prise en soin longue à un processus de deuil même s'il n'y a pas eu de décès ?

**(32) IDE :** Après je pense que ça dépend vraiment de comment la prise en soin se finit, on a pleins de cas différents, soit la personne va mieux et du coup c'est super pour nous, on ressent de la satisfaction donc je ne dirai pas que c'est du deuil soit c'est juste des personnes qu'on prenait en soin très court donc pareil on est content que ça aille mieux pour eux et qu'ils reprennent leur vie, soit il vont en Ehpad et c'est la continuité des soins et on sait qu'ils vont bien être pris en soin autre part, surtout quand des fois c'est un choix on se dit qu'ils vont être mieux là-bas, et pour certains deuils, même si oui y a pas de décès, des fois on se dit aussi, quand c'est des patients qu'on a pris en soin palliatif, et que ça a été difficile pour eux à cause de la douleur ou autre, ou même pour la famille, c'est plus pas un soulagement, parce qu'un deuil c'est triste, mais se dire qu'on a fait du mieux qu'on peut et qu'on les a accompagnés jusqu'au bout donc ouais nan c'est pas du deuil pour moi en tout cas nan, il y en a plus souvent qu'on revoit en fait, la prise en charge se finit mais ils vont avoir d'autres problèmes après donc on sait qu'on va les revoir plus tard.

**(33) ESI :** Donc si toi qui est amenée à quitter ton lieu de travail donc du coup tu n'as plus moyen de les croiser la tu n'auras pas ce deuil ?

**(34) IDE :** Nan, nan

**(35) ESI :** Ensuite, la question suivante se ressemble un peu selon toi, ce processus a-t-il sa place dans le ressenti du soignant ?

**(36) IDE :** Bah oui, ça dépend des patients, des situations après y a des décès qui nous marquent plus ou moins aussi, moi dans mes années d'études j'ai été en cancéro euh là ça a été plus difficile, la y avait vraiment le deuil des personnes qu'on a accompagné jusqu'au bout avec celui des familles, c'est pas la même chose, la peut être y a vraiment un deuil.

**(37) ESI :** Alors que la a domicile t'en a pas vraiment eu ?

**(38) IDE :** Nan je n'ai jamais ressenti ça en tout cas et je pense que par contre si vraiment, je n'arrive plus à passer au dessus, de la fin des prises en soin, je pense que j'arrêterai d'être infirmière. Il faut réussir à dissocier sa vie privée de sa vie professionnelle après forcément on ramène un peu le travail à la maison, régulièrement hein, mais faut réussir à souffler et prendre un peu de recul.

**(39) ESI :** Peut-être que tu as des collègues qui ne voient pas les choses de la même manière, qui ont plus de mal à faire le deuil justement ?

**(40) IDE :** Nan je pense qu'on est toutes un peu pareil, après comme je te disais on travaille dans un même quartier donc on va forcément repasser devant telle ou telle maison, où la personne à vécue, donc ça nous fait toujours un petit pincement, on y pense mais on arrive à passer quand même au dessus, qu'on a fait notre travail correctement, et que maintenant il faut passer à autre chose, qu'il y a d'autres patients à prendre en soin.

**(41) ESI :** Et puis si tu as d'autres choses à rajouter, même si tes questions étaient bien complètes?

**(42) IDE :** Nan, ça va j'ai pas trop répété ?

**(43) ESI :** Nan, nan à part vers le début mais mes questions se ressemblaient.

**(44) IDE :** Ok, bah nan nan j'ai pas d'autres questions ça va.

**(45) ESI :** Merci beaucoup en tout cas.

**(46) IDE :** Bah de rien.

### **Annexe III : Retranscription entretien IDE 2**

**(47) ESI :** Bonjour

**(48) IDE :** Bonjour Marion, c'est Hervé le papa de Léna

**(49) ESI :** Oui, merci de vous être rendu disponible, juste avant de commencer est-ce que je peux vous enregistrer pour retranscrire l'entretien après ?

**(50) IDE :** Pas de soucis, juste peux-tu me redonner le thème de ton mémoire, Léna m'en a parlé vaguement

**(51) ESI :** Oui, oui, ma question se pose sur les soins à domicile et à la fin d'une prise en soin longue à domicile, est-ce que le soignant peut avoir un processus de deuil qui se met en place ? Mais pas forcément à un décès ou autre

**(52) IDE :** A un attachement ? Voilà, si ça fait 10 ans que vous prenez en soin un patient, et que je sais pas vous allez travailler à l'hôpital et que vous arrêtez de le voir, est-ce qu'il va y avoir de la tristesse, etc. C'est un peu ça le thème en fait. Bah le premier sentiment, je serai tenté de dire, comment dire, si la mission a été accomplie ou pas.

**(53) ESI :** D'accord.

**(54) IDE :** Si on a un décès, hospitalisation, ou placement en Ehpad, c'est-à-dire que tout commence par savoir si on a fait ce qu'il fallait. Si c'est à cause de nous qu'il y a un changement de prise en charge, ce qui peut être le cas. Déjà généralement, ce n'est pas le cas quand même. Ou l'aggravation du cas du patient, qui engendre un placement, une hospitalisation. Dans ce cas c'est vrai que créer, comment dire, une forme pas d'inquiétude mais s'inquiète de l'état du patient, quand c'est un départ du domicile. Maintenant, quand ce sont des départs de domicile dans des conditions de prise en charge qui se sont bien passées, quand on a fait notre travail et bien ma foi c'est plutôt le sentiment du travail accompli. Faire preuve d'empathie, etc mais pas d'attachement, c'est délicat et ça peut paraître un peu proa comme propos, il faut savoir se protéger.

**(55) ESI :** D'accord, oui bah oui oui.

**(56) IDE :** Ça fait partie du métier.

**(57) ESI :** Oui, bah par rapport à ça justement, je voulais juste demander au début si vous pouvez me décrire votre parcours professionnel, du coup, je sais que vous faites du libéral ?

**(58) IDE :** J'ai été formé à l'école de Morlaix, j'ai eu mon D.E en 94, en 1994 et puis j'ai fait 7 années, euh non, avant mon service national qui existait encore, j'ai fait un mois de remplacement estival dans un hôpital local, dans un SSR. Ensuite, j'ai fait mon service militaire, dans un service de santé d'une caserne. Là c'était plutôt une campagne de vaccination, prise de sang pour les cartes de groupe, pour les appuyer en fait. Ca a duré quelques mois puis ensuite je suis rentré dans un centre de rééducation, c'était rééducation sur prothèse de hanche, de genou, y avait aussi rééducation alimentaire ce que j'ai pratiqué chez les jeunes obèses et aussi de l'hémodialyse pédiatrique. Et puis en 2001, j'ai démarré le libéral dans un cabinet pendant 1 an. Puis, je suis allé dans un autre cabinet pendant 6 ans et depuis 2007, je suis associé dans un cabinet où nous sommes désormais 6.

**(59) ESI :** D'accord donc ça fait 20 ans que vous êtes dans le libéral.

**(60) IDE :** Oui, depuis 2001 c'est ça.

**(61) ESI :** D'accord, alors ma prochaine question c'était: quelles sont, pour vous, les caractéristiques des soins à domicile par rapport à la relation?

**(62) IDE :** Bien avant tout changement de prise en charge, dans la relation y a un changement fondamental, c'est qu'en un patient hospitalisé il est accueilli dans une structure, une structure à son règlement, les visites, les heures de soins, et patati voilà un règlement interne, avec la charte du patient hospitalisé évidemment. A domicile, c'est l'inverse, c'est le patient qui fait appel à vous et qui vous accueille chez lui. Donc le rapport, pas de force, mais l'équilibre se rétablit tout de suite. C'est clair que c'est le patient qui à la main sur la prise en charge. C'est lui qui à la main, qui peut vous remercier, qui vous appelle au départ, qui a des exigences ou pas, qui peut mettre un terme à la prise en charge sans signer de décharge, qui peut changer de cabinet. C'est totalement différent. On parle bien de patientèle et nan de clientèle, en libéral. J'ai pas honte de parler de clientèle, on a une démarche comment dire, de conquête et de fidélisation. On sait bien qu'il y a des concurrents tout autour, et si on est pas bon, merci au revoir hein. Donc c'est le premier point, le patient et sa famille, son entourage à la main sur la prise en charge, c'est eux qui ont le pouvoir décisionnel. Biensûr dans

le détail, dans les soins c'est le soignant décide de comment se passe les soins et l'organisation. Voilà, ça c'est la plus grosse différence et ça change beaucoup de chose et c'est pas privatif ou castrateur de plus avoir la main comme à l'hôpital, où en fait la visite du docteur c'est à 10h tous les matins, points barre, c'est comme-ci, c'est comme ça. Voilà, donc ici c'est le patient qui décide.

**(63) ESI :** C'est ça, puisque c'est chez lui, donc c'est pas du tout la même chose.

**(64) IDE :** Oui, c'est lui qui décide si on continue ou pas, même si y' a besoin de continuer les soins, si il n'en veut plus parce qu'il nous trouve pas bon, ou parce qu'il en par dessus la tête, parfois certains patients pour des soins ne veulent plus, ils se tirent une balle dans le pied mais ils ont le droit de refuser. Car on se le répète souvent entre nous, quand on n'est pas toujours d'accord avec leur décision, on revient à une forme de déontologie, il a le droit. Ou alors les patients qui n'aiment pas l'eau, les douches, ils ont le droit, enfin ça aussi c'est vrai en structure. Mais voilà, c'est encore plus vrai à domicile.

**(65) ESI :** D'accord, ok. Alors ensuite l'autre question c'était: pour vous, combien de temps dure une prise en soin longue ?

**(66) IDE :** On a les soins ponctuels, ce sont les prises de sang, les soins uniques en fait, deux, trois jours on va dire. Ensuite, il y a les prises en charges intermédiaires, ça peut durer 3-4 mois et ensuite on peut parler de prise en charge longue. A partir de 3 mois, après c'est indéterminé. Moi j'y suis depuis 2007, y a des patients que je suis depuis que je suis arrivé.

**(67) ESI :** Oui, donc ça fait 15 ans maximum à peu près ?

**(68) IDE :** C'est totalement indéterminé. Là, un jeune diabétique qui n'est pas du tout autonome dans la prise en charge de son diabète, dans la gestion des doses par exemple, de l'insuline, et bah si il est jeune ça peut durer 30 ans hein. Même un patient qui aujourd'hui à 72 ans, qui est paraplégique suite à une chute de cheval, donc qui n'est pas autonome, là c'est pareil ça peut durer longtemps. On va dire qu'une prise en charge longue c'est à partir de 3 mois, enfin c'est subjectif.

**(69) ESI :** D'accord, ok, quel impact la prise en soin longue à domicile a-t-elle sur votre ressenti par rapport à celle d'une durée plus brève ?

**(70) IDE :** Le premier risque c'est l'habitude, c'est ça clairement faut être franc, c'est l'habitude. Non mais un gros avantage c'est une bonne connaissance du patient, de sa pathologie, de ses antécédents, de son environnement social et médico-social. C'est vrai qu'à domicile, il se crée un réseau formel et informel de soignants. On connaît le médecin, le pharmacien, le kiné, le dentiste, l'orthophoniste, etc. Donc dans une prise en charge longue, le plus c'est que ça communique tous, tous les intervenants, donc ça apporte une meilleure réactivité. On se tutoie tous. En termes de médecins, y a ci, y a ça. Tous les intervenants connaissent le patient, quand il y a une info, c'est fiable, c'est crédible.

**(71) ESI :** D'accord, ok ensuite c'était plus par rapport au deuil, donc à la fin de la prise en charge vous arrive-t-il de garder contact avec certains patients ?

**(72) IDE :** Oui, oui, maintenant il faut savoir que le quotidien prend le pas. Un patient en chasse un autre, si on veut. Et puis je crois qu'inconsciemment on se protège aussi, par nécessité aussi. Mais maintenant dans les milieux ruraux, les relations sont peut-être plus humaines que dans le milieu urbain. Donc c'est vrai que ce sont plutôt les patients qui reviennent vers nous, petit SMS pour les meilleurs vœux, choses comme ça. Mais autrement, la notion de deuil, moi je m'en suis protégé. C'est vrai qu'on a perdu des patients jeunes des fois. On a un peu mal au cœur, des patients auxquels on s'est malgré tout attaché, que l'on voit partir, même si c'est le grand âge, donc voilà un pincement au cœur. On s'occupe des vivants d'abord, c'est un peu brutal dit comme ça, mais c'est mieux pour tout le monde. Clairement, il ne faut pas tomber dans le sentimentalisme, sinon on perd nos moyens. Il faut être pragmatique, pragmatique et rationnel. Pour être efficace, ou plutôt efficace pour apporter la qualité. Parce que trop d'empathie, d'ailleurs on s'en protège pendant les prises en charge. Il y a des patients qui veulent avoir un lien un peu privilégié, et souvent c'est pour avoir des petits avantages sur les horaires, avoir des prescriptions, parce que maintenant on a le droit de prescrire en tant qu'infirmier, etc. C'est parfois un peu intéressé, donc il faut savoir garder la distance, c'est indispensable. C'est une des bases que ce soit en structure ou à domicile, garder une distance professionnelle, voilà.

**(73) ESI :** Hum, d'accord et pouvez-vous comparer la fin d'une prise en soin longue à un processus de deuil ? Mais je pense que du coup non puisque vous y avez un peu répondu.

**(74) IDE :** Clairement non, je me l'interdit et je crois qu'inconsciemment, je pense que depuis mes études, quand j'étais à l'école d'infirmier, y avait un débriefing à chaque fois après les stages, et je me souviens de voir des filles en larmes parce que y avait des décès. Moi, j'ai toujours réussi,

naturellement ou pas, je ne sais pas par quel processus, à prendre une distance avec ça, me protéger. La mort fait partie de l'existence, il faut l'intégrer pleinement aussi, il faut se protéger. C'est pour ça par exemple, à titre indicatif, que je ne travaille pas sur ma commune. On connaît ses voisins, sa famille, ses amis, ça devient très délicat. Je soigne des patients que je n'identifie que comme patients. Et colle ça, psychologiquement on évolue beaucoup plus, de manière beaucoup plus saine, pour tout le monde, pour les deux partis d'ailleurs.

**(75) ESI :** D'accord, c'est sûr, alors selon vous ce processus a-t-il sa place dans le ressenti du soignant ? Après je ne sais pas si vos collègues voient différemment.

**(76) IDE :** Je ne pense pas, on a toujours un pincement au cœur, a-t-il sa place, après ça dépend du ressenti de chacun. Qu'entend t-on par deuil, est ce que c'est tourner la page avec philosophie c'est faire un deuil aussi. Au final, la notion de deuil a souvent une connotation cérémoniale, c'est grandiloquent le deuil, une grande démarche. Je fais simple, voilà, comme je disais le quotidien est là, on a pas le temps de s'appesantir, le quotidien est là. Il y a d'autres patients qui arrivent et des cas aussi complexes, aussi délicats. Donc il faut se re-concentrer tout de suite sur le vivant, clairement.

**(77) ESI :** Le fait de rebondir pour avancer tout simplement.

**(78) IDE :** Voilà, mais ça n'empêche pas que je garde une pensée émue de certains patients que je trouvais... pas sympathique mais qui avaient, déjà qui n'étaient pas des consommateurs de soins. Ils sont nombreux les consommateurs, ils ne sont pas malades mais ils voudraient des soins, plus qu'ils en auraient besoin.

**(79) ESI :** D'accord donc ça arrive souvent ce genre de situation ?

**(80) IDE :** Ah oui, oui, oui, on est dans une société de consommation. Mais c'est vrai qu'avec les patients qui étaient compliants, c'est-à-dire coopérants, il y a des patients qui vous apprennent beaucoup de choses. J'avais un patient qui avait peut-être 65 ans, qui est décédé d'un cancer, c'était un grand sage, un patient pour lequel j'avais beaucoup d'empathie, ça ne m'empêchait pas d'être très professionnel, mais un grand pincement au cœur. Ca c'est vrai, je m'en souviens encore. Ou des mamies, on pourrait appeler ça des mamies confitures qui étaient très prévenantes, très gentilles, et qui partent parfois dans l'isolement. On était le seul lien social qu'elles avaient, avec le facteur et l'aide ménagère, et qui ne méritaient pas ça, donc c'est vrai qu'il se tisse une relation particulière,

mais parler de deuil, je pense que le problème se pose plus dans les services de pédiatrie par exemple, sans doute.

**(81) ESI :** D'accord, et est-ce que vous avez quelque chose à rajouter, par rapport à mes questions, quelque chose d'autre à dire ?

**(82) IDE :** Euh, globalement, qu'il faut être pragmatique face à la fin d'une prise en charge, quelque soit la fin, si c'est sur décès, placement, hospitalisation, chose comme ça. Ca peut être un soulagement, la fin d'une prise en charge car quand c'est très lourd et anxiogène, ils nous est arrivés de nous occuper d'enfants, chez lesquels, on est à domicile hein, chez lesquels il y a plusieurs perfs, nutrition entérale, etc, on rentre à la maison, on passe une mauvaise nuit. Donc quand ça s'arrête, ou pour les patients où l'évolution est positive, c'est un grand soulagement. Donc, globalement la notion de deuil, faut travailler sur soi même, rebondir sur le quotidien qui nous rappelle tout le temps que d'autres patients ont besoin de nous. Voilà, voilà, pragmatique, rationnel, et efficient. C'est vrai que je vois des reportages après covid, les infirmières etc, je trouve les choses un peu dégoulinante, le problème de notre profession, c'est qu'on est pris pour des nonnes, pour des bonnes soeurs, et ça je combat à 2000% contre ça, on a pas un métier plus méritoire que le boucher ou le gendarme, on est dans la santé, soite, mais il faut pas être dégoulinant dans le sentimentalisme, voilà. Faut être pragmatique.

**(83) ESI :** Voilà, je penserai à ce mot là. Bon bah c'est très gentil, merci.

**(84) IDE :** Bah de rien, et puis bah bonne fin de journée.

**(85) ESI :** Merci beaucoup, vous aussi.

**(86) IDE :** Au revoir.

**(87) ESI :** Au revoir.

## Annexe V : Tableaux d'analyse d'entretien

| Connaissance de l'environnement global du patient                           |  |  |   |  |   |   |
|---|--|--|---|--|---|---|
| Connaissance  | Prise en soin  | Habitudes  | Acceptation   | Repérage   | Domicile  | Rencontre   |
| contact<br>complète<br>ment<br>différent<br><i>IDE 1 - 12</i>               | on arrive à<br>bien les<br>gérer<br><i>IDE 1 - 12</i>                      | on<br>apprend<br>leurs<br>habitudes<br>de vie<br><i>IDE 1 - 12</i> | on rentre<br>dans<br>l'intimité<br>des<br>personnes<br><i>IDE 1 - 12</i>                          | on va<br>pouvoir<br>repérer<br><i>IDE 1 - 12</i>                           | on va chez<br>eux<br><i>IDE 1 - 14</i>  | les<br>rencontrer<br>eux<br><i>IDE 1 - 16</i>                                     |
| on les<br>connaît<br>plus<br><i>IDE 1 - 12</i>                              | on arrive à<br>bien les<br>prendre<br>en soin<br><i>IDE 1 - 12</i>         | on connaît<br>justement<br>leurs<br>habitudes<br><i>IDE 1 - 12</i> | plus<br>proche<br>d'eux<br>ils<br>acceptent<br>de nous<br>ouvrir la<br>porte<br><i>IDE 1 - 14</i> | on va<br>pouvoir le<br>repérer<br>assez<br>facilement<br><i>IDE 1 - 12</i> | on rentre<br>chez eux<br><i>IDE 1 - 14</i><br><br>c'est des<br>soins chez<br>eux<br><i>IDE 1 - 14</i> | rencontrer<br>leur<br>famille<br><i>IDE 1 - 16</i>                                |
| connaît<br>leur<br>famille, les<br>habitudes<br>de vie<br><i>IDE 1 - 12</i> | conquête<br><i>IDE 2 - 62</i><br><br>fidélisatio<br>n<br><i>IDE 2 - 62</i> | les<br>habitudes<br>de vie<br><i>IDE 1 - 12</i>                    | ils<br>acceptent<br>de nous<br>recevoir<br><i>IDE 1 - 14</i>                                      |  | vous<br>accueil<br>chez lui<br><i>IDE 2 - 62</i>  | rencontre<br>le quartier<br>où ils<br>vivent, les<br>voisins<br><i>IDE 1 - 16</i> |
| on les<br>connaît<br>bien<br><i>IDE 1 - 12</i>                              | dans les<br>soins, c'est<br>le soignant<br>qui décide<br>de                | ils ne sont<br>pas<br>comme<br>d'habitude<br><i>IDE 1 - 12</i>     | ils<br>acceptent<br>de nous<br>recevoir<br><i>IDE 1 - 14</i>                                      |  |   | on va bien<br>connaître<br>la famille<br><i>IDE 1 - 16</i>                        |
| on connaît<br>justement<br>leurs<br>habitudes<br><i>IDE 1 - 12</i>          | comment<br>se passe le<br>soin,<br>l'organisati<br>on<br><i>IDE 2 - 62</i> |  | le patient<br>qui fait<br>appel à<br>vous<br><i>IDE 2 - 62</i>                                    |  |   | famille<br><i>IDE 1 - 16</i><br><br>on va chez<br>eux<br><i>IDE 1 - 16</i>        |

## Réciprocité du respect dans la relation

| Proxémie  | Adaptabilité   | Respect  | Décision patient  |
|---|--|--|---|
| <p>on rentre dans l'intimité des personnes<br/><i>IDE 1 - 12</i></p> <p>plus proche d'eux<br/><i>IDE 1 - 12</i></p> <p>relation plus proche<br/><i>IDE 1 - 12</i></p> <p>plus proche qu'à l'hôpital<br/><i>IDE 1 - 16</i></p> | <p>il faut s'adapter à eux<br/><i>IDE 1 - 14</i></p> <p>il s'adaptent à nous<br/><i>IDE 1 - 14</i></p> <p>souvent c'est à nous de nous adapter à leurs habitudes de vie<br/><i>IDE 1 - 14</i></p> <p>l'équilibre se rétablit tout de suite<br/><i>IDE 2 - 62</i></p> | <p>on va tout faire en tout cas pour que ça se passe bien<br/><i>IDE 1 - 14</i></p> <p>on va respecter vraiment leurs habitudes de vie<br/><i>IDE 1 - 14</i></p> <p>ils ont le droit de refuser<br/><i>IDE 2 - 64</i></p> <p>on n'est pas toujours d'accord avec leur décision<br/><i>IDE 2 - 64</i></p> <p>forme de déontologie<br/><i>IDE 2 - 64</i></p> <p>ils ont le droit<br/><i>IDE 2 - 64</i></p> <p>un peu donnant donnant<br/><i>IDE 1 - 16</i></p> <p>nous donner en retour<br/><i>IDE 1 - 16</i></p> <p>respect leurs habitudes de vie, leurs quotidien<br/><i>IDE 1 - 16</i></p> | <p>le patient qui a la main sur la prise en charge<br/><i>IDE 2 - 62</i></p> <p>le patient et sa famille, son entourage à la main sur la prise en charge<br/><i>IDE 2 - 62</i></p> <p>eux qui ont le pouvoir décisionnel<br/><i>IDE 2 - 62</i></p> <p>c'est le patient qui décide<br/><i>IDE 2 - 62</i></p> <p>c'est lui qui décide si on continue ou pas<br/><i>IDE 2 - 64</i></p> |

| Notion de prise en charge longue  |   | Quantification de la prise en charge courte  |
|---|---|--|
| Longue durée  | Maintien de la relation   | Courte durée   |
| <p>à partir de 6 mois<br/><i>IDE 1 - 18</i></p> <p>patients chroniques<br/><i>IDE 1 - 18</i></p> <p>assez long<br/><i>IDE 1 - 18</i></p> <p>patients qui sont la, au sein du centre de soins, depuis 10 ans<br/><i>IDE 1 - 18</i></p> <p>nos chroniques ça fait 4-5 ans<br/><i>IDE 1 - 22</i></p> <p>tous les jours et des fois 3 fois par jours<br/><i>IDE 1 - 22</i></p> <p>à partir de 3 mois<br/><i>IDE 2 - 66</i></p> <p>c'est indéterminé<br/><i>IDE 2 - 66</i></p> <p>il y a des patients que je suis depuis que je suis arrivé<br/><i>IDE 2 - 66</i></p> <p>totalelement indéterminé<br/><i>IDE 2 - 68</i></p> <p>ça peut durer longtemps<br/><i>IDE 2 - 68</i></p> <p>une prise en charge longue c'est à partir de 3 mois<br/><i>IDE 2 - 68</i></p> <p>c'est subjectif<br/><i>IDE 2 - 68</i></p> | <p>on les connaît déjà comme on est déjà venue<br/><i>IDE 1 - 22</i></p> <p>on prend en soin souvent toute la famille<br/><i>IDE 1 - 22</i></p> <p>ils vont toujours appeler le même centre de soin<br/><i>IDE 1 - 22</i></p> <p>ils ont un peu leur infirmière<br/><i>IDE 1 - 22</i></p> <p>l'infirmière de la famille<br/><i>IDE 1 - 22</i></p> | <p>pendant 15 jours ça va être assez court<br/><i>IDE 1 - 18</i></p> <p>à part pour certains qui décèdent assez rapidement après leur arrivée<br/><i>IDE 1 - 20</i></p> <p>soins ponctuels<br/><i>IDE 2 - 66</i></p> <p>soins uniques, 2-3 jours<br/><i>IDE 2 - 66</i></p> |

| Construction de la relation  |  |  |  | Création d'une coopération avec les différents acteurs du patient   |  |
|--|--|--|--|---|--|
| vision globale du patient  | Soins  | Confiances   | Connaissances  | Réseau professionnel  | ressources familiales  |
| <p>l'avantage de bien les connaître que ce soit des prises en charge longues, on va savoir que ça ne va pas<br/><i>IDE 1 - 26</i></p> <p>on va voir que ça ne va pas mais on va voir qu'il ne faut pas trop lui poser de question<br/><i>IDE 1 - 26</i></p> <p>on apprend tout ça à force de les voir, de les connaître et de discuter avec eux aussi<br/><i>IDE 1 - 26</i></p> <p>meilleure réactivité<br/><i>IDE 2 - 70</i></p> <p>tous les intervenants connaissent</p> | <p>les habitudes de vie font que les soins vont mieux se passer<br/><i>IDE 1 - 26</i></p> <p>une ambiance plus détendue pour les soins<br/><i>IDE 1 - 26</i></p> | <p>confiance en nous qui va s'instaurer avec le temps<br/><i>IDE 1 - 26</i></p> <p>relation soignant soigné va être plus forte<br/><i>IDE 1 - 26</i></p> | <p>plus on va les voir, plus on va les connaître, et plus eux aussi vont nous connaître<br/><i>IDE 1 - 26</i></p> <p>pas trop donner d'infos sur ta vie privée<br/><i>IDE 1 - 26</i></p> <p>ils vont forcément de connaître un petit peu<br/><i>IDE 1 - 26</i></p> <p>le premier risque c'est l'habitude<br/><i>IDE 2 - 70</i></p> <p>c'est l'habitude<br/><i>IDE 2 - 70</i></p> <p>un gros avantage c'est une bonne connaissance du patient<br/><i>IDE 2 - 70</i></p> | <p>se créer un réseau formel et informel de soignants<br/><i>IDE 2 - 70</i></p> <p>on connaît le médecin, etc<br/><i>IDE 2 - 70</i></p> <p>communique tous<br/><i>IDE 2 - 70</i></p> <p>on se tutoie tous<br/><i>IDE 2 - 70</i></p> <p>infos fiables, crédibles<br/><i>IDE 2 - 70</i></p> | <p>famille<br/><i>IDE 1 - 26</i></p> <p>si la famille c'est oui ou non des ressources<br/><i>IDE 1 - 26</i></p> <p>plus on va les connaître plus on va savoir comment est la famille<br/><i>IDE 1 - 26</i></p> |

|                                 |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|
| le patient<br><i>IDE 2 - 70</i> |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|

| Arrêt de la relation après la prise en soin       |  |  | Continuité de la relation hors prise en soin                                 |  |
|---|--|--|--|--|
| émotions  | Protection   | fin  | nouvelles de plein gré   | re-croisement fortuit  |
| on a un peu mal au coeur<br><i>IDE 2 - 72</i>     | il faut savoir que le quotidien prend le pas<br><i>IDE 2 - 72</i>  | quand c'est fini c'est fini on peut pas garder contact avec tout le monde<br><i>IDE 1 - 28</i> | elle m'a demandé si je voulais aller la voir en Ehpad<br><i>IDE 1 - 28</i>   | on peut quand même les croiser comme c'est dans le quartiers<br><i>IDE 1 - 28</i>            |
| on s'est malgré tout attaché<br><i>IDE 2 - 72</i> | inconsciemment on se protège<br><i>IDE 2 - 72</i>                  | on peut pas faire ça avec tout le monde<br><i>IDE 1 - 28</i>                                   | j'irai lui faire un coucou<br><i>IDE 1 - 28</i>                              | les recroiser dans la rue, dans l'ascenseur, ou la famille qu'on croise<br><i>IDE 1 - 28</i> |
| pincement au coeur<br><i>IDE 2 - 72</i>           | je m'en suis protégé<br><i>IDE 2 - 72</i>                          | un patient en chasse un autre<br><i>IDE 2 - 72</i>   | on prend des nouvelles<br><i>IDE 1 - 28</i>                                  | t'as plusieurs patients dans le même immeuble<br><i>IDE 1 - 30</i>                           |
| être pragmatique, rationnel<br><i>IDE 2 - 72</i>  | il ne faut pas tomber dans le sentimentalisme<br><i>IDE 2 - 72</i> | on s'occupe des vivants d'abord<br><i>IDE 2 - 72</i>   | enfants, conjointes qui nous envoient souvent une carte<br><i>IDE 1 - 30</i> | la plupart du temps on les recroise<br><i>IDE 1 - 30</i>                                     |
|   | sinon on perd nos moyens<br><i>IDE 2 - 72</i>                      | être efficace<br><i>IDE 2 - 72</i>   | ce sont plutôt les patients qui reviennent vers nous<br><i>IDE 2 - 72</i>    | la voisine qui va passer le bonjour de leur part, donner des nouvelles<br><i>IDE 1 - 30</i>  |
|   | on s'en protège<br><i>IDE 2 - 72</i>                               | efficace pour apporter la qualité<br><i>IDE 2 - 72</i>   | petit SMS pour les meilleurs vœux<br><i>IDE 2 - 72</i>                       | on les recroise on discute avec eux<br><i>IDE 1 - 30</i>                                     |
|   | il faut savoir garder la distance<br><i>IDE 2 - 72</i>             |  |  |  |
|   | c'est indispensable<br><i>IDE 2 - 72</i>                           |  |  |  |
|   | c'est une des  |  |  |  |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | <p>bases<br/><i>IDE 2 - 72</i></p> <p>garder une distance professionnelle<br/><i>IDE 2 - 72</i></p> |  |  | <p>savoir comment ça se passe la suite<br/><i>IDE 1 - 30</i></p> |
|--|---|--|--|--|

| <b>Sentiments positifs de la fin de la prise en soin</b>   |  | <b>Devenir d'une nouvelle prise en soin possible</b>   |   |
|--|--|--|---|
| <b>Plénitude/ adaptations aux contraintes de la réalité</b>  | <b>Accompagnement</b>  | <b>Retrouvailles</b>   | <b>devenir</b>  |
| <p>on ressent de la satisfaction<br/><i>IDE 1 - 32</i></p> <p>je ne dirai pas que c'est du deuil<br/><i>IDE 1 - 32</i></p> <p>personne qu'on prenait en soin très court donc pareil on est content que ça aille mieux pour eux<br/><i>IDE 1 - 32</i></p> <p>ils vont en Ehpad et c'est la continuité des soins<br/><i>IDE 1 - 32</i></p> <p>on sait qu'ils vont bien être pris en soin autre part<br/><i>IDE 1 - 32</i></p> <p>psychologiquement on évolue beaucoup plus<br/><i>IDE 2 - 74</i></p> | <p>soulagement<br/><i>IDE 1 - 32</i></p> <p>un deuil c'est triste<br/><i>IDE 1 - 32</i></p> <p>on a fait du mieux qu'on peut<br/><i>IDE 1 - 32</i></p> <p>accompagné jusqu'au bout<br/><i>IDE 1 - 32</i></p> <p>c'est pas un deuil pour moi<br/><i>IDE 1 - 32</i></p> <p>la mort, l'intégrer<br/><i>IDE 2 - 74</i></p> | <p>y en a plus souvent qu'on revoit<br/><i>IDE 1 - 32</i></p> <p>la prise en charge se finit mais ils vont avoir d'autres problèmes après<br/><i>IDE 1 - 32</i></p> <p>on sait qu'on va les revoir plus tard<br/><i>IDE 1 - 32</i></p> | <p>prendre une distance<br/><i>IDE 2 - 74</i></p> <p>me protéger<br/><i>IDE 2 - 74</i></p> <p>il faut se protéger<br/><i>IDE 2 - 74</i></p> <p>il fait travailler sur soi même<br/><i>IDE 2 - 82</i></p> <p>rebondir sur le quotidien<br/><i>IDE 2 - 82</i></p> <p>d'autres patients ont besoin de nous<br/><i>IDE 2 - 82</i></p> <p>il faut savoir se protéger<br/><i>IDE 2 - 54</i></p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p>manière plus sereine<br/><i>IDE 2 - 74</i></p> <p>pragmatique<br/>quelque soit la fin<br/><i>IDE 2 - 82</i></p> <p>Clairement non, je<br/>me l'interdit<br/><i>IDE 2 - 82</i></p> <p>peut être un<br/>soulagement, quand<br/>trop anxiogène, très<br/>lourd<br/><i>IDE 2 - 82</i></p> <p>quand évolution<br/>positive, un grand<br/>soulagement<br/><i>IDE 2 - 82</i></p> <p>pragmatique<br/><i>IDE 2 - 82</i></p> <p>rationnel<br/><i>IDE 2 - 82</i></p> <p>efficient<br/><i>IDE 2 - 82</i></p> <p>faire preuve<br/>d'empathie, pas<br/>d'attachement<br/><i>IDE 2 - 54</i></p> <p>on a fait notre travail<br/>bien<br/><i>IDE 2 - 54</i></p> <p>sentiment du travail<br/>accompli<br/><i>IDE 2 - 54</i></p> |  |  |  |
|--|--|--|--|

| <b>Visualisation de la notion de deuil souvent absente</b>  |   | <b>Garder en mémoire tout en acceptant la finalité</b>   |  |   |
|---|---|--|--|---|
| <b>notion de deuil</b>  | <b>absence de deuil</b>   | <b>pensées</b>   | <b>outrepasser</b>   | <b>situations particulières</b>   |
| <p>en cancéro ça a été plus difficile<br/><i>IDE 1 - 36</i></p> <p>le deuil des personnes qu'on a accompagné jusqu'au bout avec celui des familles<br/><i>IDE 1 - 36</i></p> <p>la y a vraiment un deuil<br/><i>IDE 1 - 36</i></p> <p>notion de deuil connotation cérémoniale<br/><i>IDE 2 - 76</i></p> <p>grandiloquent<br/><i>IDE 2 - 76</i></p> <p>grande démarche<br/><i>IDE 2 - 76</i></p> | <p>c'est pas la même chose<br/><i>IDE 1 - 36</i></p> <p>je n'ai jamais ressenti ça<br/><i>IDE 1 - 38</i></p> <p>est ce tourner la page avec philosophie ?<br/><i>IDE 2 - 76</i></p> <p>se reconcentrer tout de suite sur le vivant<br/><i>IDE 2 - 76</i></p> <p>si vraiment, je n'arrive plus à passer au dessus<br/><i>IDE 1 - 38</i></p> <p>fin des prises en soin<br/><i>IDE 1 - 38</i></p> <p>j'arrêterai d'être infirmière<br/><i>IDE 1 - 38</i></p> | <p>petit pincement<br/><i>IDE 1 - 40</i></p> <p>on y pense<br/><i>IDE 2 - 80</i></p> <p>toujours un pincement au coeur<br/><i>IDE 2 - 76</i></p> <p>je garde une pensée émue de certains de patients<br/><i>IDE 2 - 78</i></p> <p>patients pour lequel j'avais beaucoup d'empathie<br/><i>IDE 2 - 80</i></p> <p>un grand pincement au coeur<br/><i>IDE 2 - 80</i></p> <p>je m'en souviens encore<br/><i>IDE 2 - 80</i></p> | <p>on arrive à passer quand même au dessus<br/><i>IDE 2 - 80</i></p> <p>on a fait notre travail correctement<br/><i>IDE 2 - 80</i></p> <p>dissocier sa vie privée de sa vie professionnelle<br/><i>IDE 1 - 36</i></p> <p>passer à autre chose<br/><i>IDE 2 - 80</i></p> <p>je fais simple<br/><i>IDE 2 - 76</i></p> <p>le quotidien est la<br/><i>IDE 2 - 76</i></p> <p>on a pas le temps de s'appesantir<br/><i>IDE 2 - 76</i></p> <p>le quotidien est la<br/><i>IDE 2 - 76</i></p> <p>on ramène un peu le travail à la maison<br/><i>IDE 1 - 38</i></p> <p>réussir à</p> | <p>situations<br/><i>IDE 1 - 36</i></p> <p>décès qui nous marquent plus ou moins<br/><i>IDE 1 - 36</i></p> <p>on était le seul lien social<br/><i>IDE 2 - 80</i></p> <p>il se tisse une relation particulière<br/><i>IDE 2 - 80</i></p> |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | souffler<br><i>IDE 1 - 38</i>            |  |
|  |  |  | prendre du<br>recul<br><i>IDE 1 - 38</i> |  |