



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 GESTION DES EMOTIONS DE L'INFIRMIER.E FACE A LA MORT



Formateur référent mémoire : Gaël ROBIN

KERZERHO Coline

Formation infirmière

Promotion 2020-2023

Date du rendu : 2 mai 2023



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'Infirmier

Travaux de fin d'études :

La gestion des émotions de l'infirmier.e face à la mort

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 30 avril 2023

Identité et signature de l'étudiant : KERZERHO Coline

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier et témoigner ma reconnaissance à toutes les personnes, sans qui la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers n'aurait pas été possible.

Je veux remercier, dans un premier temps, mon guidant mémoire, Gaël ROBIN, cadre de santé formateur à l'IFSI du CHU de Rennes, pour son accompagnement tout au long de ce travail, sa disponibilité et ses conseils, qui ont contribué à la réalisation de ce travail de fin d'études.

Je remercie aussi mes référentes pédagogiques, Catherine DIEU et Rozenn LE MOGNE, qui ont su m'accompagner et m'encourager durant ces trois années de formation.

J'adresse mes sincères remerciements aux deux infirmières qui, par leurs réponses aux entretiens, ont rendu ce mémoire réalisable.

Mes remerciements vont aussi à ma famille et mes proches, pour leur soutien inestimable tout au long de ma formation.

Enfin, une pensée particulière, tout au long de ce travail, pour mon grand-père.

SOMMAIRE

Introduction	1
1. Cheminement vers la question de départ.....	2
1.1 Présentation des situations d'appel.....	2
1.2 Questionnement de départ.....	4
2. Cadre théorique	6
2.1 La mort	6
2.1.1 Définition.....	6
2.1.2 Les représentations sociales de la mort, d'hier à aujourd'hui	6
2.1.3 A la mort, s'adjoint le deuil.....	7
2.1.4 Avant la mort, l'accompagnement de la fin de vie.....	8
2.2 Les émotions.....	9
2.2.1 Définition.....	9
2.2.2 Les émotions du soignant face à la mort	10
2.2.3 La gestion des émotions dans le métier de soignant, au travers de l'intelligence émotionnelle	11
2.3 Prise en soin du patient et de son entourage.....	13
2.3.1 Le prendre soin et l'accompagnement.....	13
2.3.2 La communication.....	14
2.3.3 La juste distance	15
3. Analyse de l'enquête	16
3.1 Méthodologie.....	16
3.1.1 Choix de l'outil de l'enquête	16
3.1.2 Ciblage et choix de la population à interroger.....	16
3.1.3 Les objectifs de l'enquête	17
3.1.4 Les limites de l'enquête.....	17
3.2 L'analyse descriptive des entretiens.....	18
4. Discussion	22

Conclusion.....	28
Bibliographie.....	30
ANNEXES	

Introduction

Au fil des siècles, les représentations de la mort dans notre société ont évolué, laissant place à une mort de plus en plus médicalisée. Ainsi, son institutionnalisation place les infirmier.e.s en première ligne face à la mort et les émotions potentiellement éprouvantes qui peuvent en découler.

Lors de ma première année en école d'infirmière, j'ai été confrontée pour la première fois à la mort dans un contexte professionnel. N'ayant alors que très peu de connaissances à ce sujet, mes émotions ont pris une place importante, ce qui aurait alors pu altérer, en tant qu'infirmière diplômée, mon prendre soin et ma capacité à réagir.

Ainsi, ce sujet me questionne depuis le début de ma formation et c'est pour cette raison qu'il m'a tenu à cœur de le choisir pour la réalisation de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. En effet, au travers de cette difficulté rencontrée en début de formation, je souhaitais comprendre l'influence des émotions sur le prendre soin, notamment dans les situations difficiles que sont les rencontres avec la mort, et d'apprendre à comment y faire face et à les gérer. De plus, ce sujet me semble être important parce que chaque soignant.e sera confronté.e au moins une fois à la mort lors de sa carrière.

Afin d'élaborer ce travail de recherche, j'exposerai dans un premier temps mes deux situations d'appel menant ainsi à mon questionnement de départ. Dans un second temps, je présenterai mon cadre théorique basé sur mes différentes recherches en lien avec les notions relevées dans ma question de départ. Cette partie théorique me permettra alors la conception de mon guide d'entretien, afin d'élaborer l'aspect méthodologique de mon mémoire. Cet aspect de mon travail se basera sur la réalisation d'entretiens auprès d'infirmières, ainsi que sur leurs analyses. Enfin, la dernière partie concernera une discussion entre la théorie, la méthodologie et ma personne, ce qui mènera à une nouvelle question de recherche, avant de conclure ce mémoire d'initiation à la recherche.

1. Cheminement vers la question de départ

1.1 Présentation des situations d'appel

Pour réaliser ce travail de fin d'études, je me suis appuyée sur deux situations m'ayant interpellées lors du premier stage de ma première année, dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes (EHPAD) dans la ville de Rennes. Ce stage a duré cinq semaines.

La première situation se déroule un jeudi matin, aux alentours de 10h30. Afin de mieux comprendre la situation, il conviendra dans un premier temps d'apporter quelques précisions sur le résident concerné par la situation. Monsieur C. est un homme âgé de 88 ans, souffrant de multiples comorbidités. Le décès de son épouse, quatre années auparavant, est très difficile pour lui. En effet, il parle régulièrement de sa femme, du vide qui s'est créé depuis qu'elle est partie et de son envie de la retrouver. Pendant les trois premières semaines de mon stage, je suis encadrée par les aides-soignant.e.s, et comme chaque matin, j'ai trois résident.e.s à prendre en soin dont Mr C. qui a le souhait de ne pas être levé avant 10h30.

Après avoir réalisé la prise en soins des deux autres résident.e.s, en fin de matinée, je me dirige alors vers la chambre de Monsieur C. pour réaliser sa toilette, sans réelle appréhension car je me sens à l'aise lors des soins avec lui, nous avons une bonne communication et sa participation aux soins est systématique. Je rentre alors dans sa chambre, et comme à chacune de mes prises en soins, je m'assure dès le début de son bien-être physique et moral. Je lui demande s'il a bien dormi, et comment va-t-il. A cette dernière question, il me répondra simplement avec un signe de la main, m'indiquant que cela ne va pas fort. Je lui demande alors ce qu'il ne va pas afin de pouvoir comprendre et l'aider si cela est à ma portée. Monsieur C. verbalise les propos suivants « Je ne veux plus vivre, regardez-moi ici, seul, dans cette chambre, je veux mourir et rejoindre ma femme. Je veux mourir. Laissez-moi mourir ».

Bouleversée par ses propos et envahie par mes propres émotions, je n'ai pas su comment me positionner ni comment répondre à cette envie de mourir. Alors, j'ai changé de sujet, les larmes aux yeux, en évoquant notamment la présence de ses enfants.

Une fois la prise en soin terminée, je suis sortie de la chambre, perturbée, et avec de nombreuses questions en tête.

La seconde situation se déroule un mardi matin, aux alentours de 7h30. Après avoir passé trois semaines avec les aides-soignant.e.s, je débute cette nouvelle semaine avec les infirmières. Comme chaque jour, on commence la matinée par les transmissions avec l'équipe de nuit. L'infirmière de nuit nous transmet qu'il y a eu un décès dans la nuit et que la toilette mortuaire a été réalisée. L'infirmière avec qui je travaille aujourd'hui semble émue de cette nouvelle, et m'informe qu'elle ira lui dire au revoir dans la matinée. En effet, la dame décédée était dans l'EHPAD depuis son ouverture, ce qui fait que l'équipe soignante s'était habituée à sa présence.

Une fois les transmissions terminées, nous préparons alors notre chariot pour commencer le premier tour de la matinée. L'infirmière me dit que l'on va commencer par le premier étage (étage où se trouve la chambre de la résidente décédée). Arrivées au premier étage, l'infirmière me demande si cela ne me pose pas de soucis d'aller lui dire un dernier aurevoir, si j'ai déjà été confrontée à la mort auparavant et comment-je me sentais face à cela. Je lui exprime alors que c'est mon tout premier stage, que j'ai été confrontée à des décès dans ma vie personnelle, mais que je n'ai jamais vu de corps de personnes décédées. L'infirmière me dit alors que je peux faire comme je le sens, que si je ne me sens pas prête je peux ne pas rentrer dans la chambre, où sortir à tout moment. Pour le moment, je me sens pourtant prête.

Nous nous dirigeons alors vers la chambre de la résidente, et au moment d'arriver devant la porte, et de l'ouvrir, je me sens comme envahie par différentes émotions, que sur le moment je ne saurais expliquer, les larmes me viennent, et je dis alors que je ne peux pas. L'infirmière referme la porte, me dit de ne pas m'en faire, que ce n'est pas évident, et d'aller prendre l'air si j'en ressens le besoin. Sur le moment, je me sens impuissante face à mes propres émotions.

La résidente est restée sur une table réfrigérée pendant une semaine, car son enterrement avait lieu loin de l'EHPAD. Une semaine après, toute la famille était présente pour venir chercher le cercueil et remercier l'équipe soignante.

Au moment de l'arrivée du cercueil, mes émotions m'ont envahi de nouveau, notamment lors du discours du fils de cette dernière. Je n'ai pas pu assister à l'entièreté de cette petite cérémonie et des remerciements, je suis sortie prendre l'air, une nouvelle fois envahie par mes propres émotions, face à la tristesse de la famille.

1.2 Questionnement de départ

Ces situations ont alors suscité un grand nombre d'interrogations. En effet, étant dépourvue de connaissances à ce sujet, je me suis questionnée sur l'influence de ces émotions sur le prendre soin du patient et de son entourage ainsi que sur la manière de gérer mes émotions en tant que future soignante.

Ces situations ont, dans un premier temps, mis en avant des questionnements spécifiques à chacune d'entre elles :

- Que puis-je faire pour que Monsieur C. se sente mieux ?
- Comment se sent-il face au décès de son épouse ? A quelle étape du deuil se trouve-t-il ?
- Comment réagir face à une personne qui exprime une envie de mourir ? Comment y répondre ?
- Comment réagir face à l'entourage d'une personne décédée ? Que dois-je leur dire ? Existe-t-il de bons mots à dire dans ces situations ?

Par la suite, ces situations ont donné lieu à des questionnements plus généraux :

- Qu'est ce que j'ai ressenti dans ces situations ? Quelles sont les émotions que l'on peut ressentir ?
- Pourquoi ai-je réagi de cette façon ?
- Comment ne pas être envahie par ses propres émotions ?
- Comment trouver les mots justes dans ces situations ? Comment communiquer sur le sujet de la mort ?
- Quelle influence peuvent avoir les émotions sur le prendre soin ?
- Comment gérer ses émotions dans un contexte de soin ?
- Quelle est la bonne distance à avoir avec le patient et son entourage ?

Ces nombreuses interrogations m'ont alors permis de structurer ma question de départ :

Dans quelles mesures la gestion des émotions de l'infirmier.e face à la mort influence-t-elle la prise en soin du patient et de son entourage ?

Dans un premier temps à travers le cadre théorique, nous aborderons trois points essentiels, soulignés dans ma question de départ : la mort, les émotions du soignant.e ainsi que la prise en soin du patient et de son entourage. Dans un second temps, nous nous intéresserons à la méthode exploratoire qui permettra alors de confronter la théorie à la réalité à laquelle les professionnel.le.s sont confronté.e.s, quotidiennement, dans le cadre du métier infirmier. Enfin, une discussion sera élaborée pour mener à ma question de recherche, avant de conclure ce travail de fin d'études.

2. Cadre théorique

2.1 La mort

2.1.1 Définition

Étymologiquement, le mot « mort » est issu du latin *mortem* signifiant « cessation de la vie ». Ce terme étymologique rejoint donc la définition donnée par le Larousse, définissant alors la mort comme « une cessation complète et définitive de la vie d'un être humain ». De plus, lors du colloque « La mort, parlons-en ! » en 2017, il a été montré que lorsque l'on interroge des personnes sur ce que représente la mort, la première réaction est, souvent, une expression faciale confuse suivie de verbalisations anxieuses relevant les termes de souffrance, de douleur, de peur, d'inconnu. Enfin, d'après Louis-Vincent Thomas, la mort est une « donnée socioculturelle par les croyances ou représentations qu'elle suscite et par les attitudes et rites qu'elle provoque » (2000, p.137).

2.1.2 Les représentations sociales de la mort, d'hier à aujourd'hui

La définition donnée par Louis-Vincent Thomas nous incite donc à se questionner sur l'évolution des représentations sociales de la mort, au fil des années. De nombreux historiens, comme Philippe Ariès, ont travaillé sur ce sujet, mettant ainsi en lumière une réelle transformation historique des représentations de la mort, qui tend à la masquer de notre société, à travers notamment un déni qui s'est créé autour de ce sujet.

Au Moyen-Âge¹, on qualifie la mort de « mort apprivoisée », une mort dont on a conscience, un événement que l'on partage avec ses proches, la mort est acceptée de manière paisible. De cette période à la Renaissance², la mort est considérée comme un phénomène collectif, perçue alors comme un long sommeil. De plus, par les nombreuses épidémies et les famines de cette période, la mort est omniprésente dans la vie de chacun.

Au fil des siècles, ce phénomène collectif va connaître une personnalisation progressive, qui va mener petit à petit à une mort dite « la mort de soi » puis « la mort de toi ». La mort perd alors sa familiarité, devenant ainsi une rupture douloureuse avec la vie. Une toute autre vision de la mort se construit sur un schéma dramatique, on pleure les morts et la séparation est douloureuse.

¹ Période qui s'étend du Ve au XVe siècle

² Période qui s'étend du XVe au XVIIe siècle

La mort n'est plus un phénomène collectif, les personnes présentes auprès du mourant sont désormais essentiellement les personnes importantes pour le défunt.

Cette évolution nous mène alors à « la mort interdite », un obstacle au bonheur, autour de laquelle s'établit un réel tabou. Dès le XX^{ème} siècle, la mort s'institutionnalise, on ne meurt plus chez soi, entouré de ses proches, mais préférentiellement à l'hôpital, seul. Cela change notamment la vision que l'on pouvait avoir de la mort, « ce processus naturel » qui est aujourd'hui un processus médicalisé, se basant davantage sur la technique. Les rites funéraires disparaissent, la douleur du deuil est intime et jugée lorsqu'elle est trop excessive. Le développement de l'incinération, par exemple, illustre bien le fait qu'on ne veut pas accepter les morts dans le monde du vivant.

Cette évolution se remarque aussi dans les représentations à travers l'art. Dans les siècles précédents, les œuvres d'art ne cachent pas les visages des morts, alors qu'aujourd'hui, on ne représente plus la mort car on la craint et qu'une simple représentation nous met alors mal à l'aise, nous effraie.

Enfin, depuis quelques années, il existe un attrait morbide pour la mort, souligné par sa présence importante dans les films, les médias, les jeux vidéo mais aussi dans le langage courant avec des expressions telles que « mort de rire », « c'est mort ». Pourtant, dès que la mort est proche de nous, on préfère la nier, la cacher, on éprouve une réelle peur de l'inconnu, de mourir dans la douleur, l'angoisse des proches qui restent et ceux qui partent, l'anéantissement d'une vie.

2.1.3 A la mort, s'adjoint le deuil

A la mort s'adjoint un processus universel et normal, que l'on doit traverser pour apaiser la douleur liée à la perte de l'être aimé : le deuil. Du latin *dolere* signifiant « douleur, souffrir », le deuil est en effet accompagné d'une douleur, qu'elle soit visible ou invisible, et de la tristesse, bien que son intensité puisse être différente selon les personnes et les moments.

Elisabeth Kübler-Ross, pionnière de l'approche des soins palliatifs pour les personnes en fin de vie et de leur accompagnement, a étudié au 20^{ème} siècle, les différentes étapes du deuil, aussi singulières que la personne qui éprouve ce deuil.

Le deuil commence toujours par une phase de sidération à l'annonce d'un décès, un choc qui semble arrêter le temps, menant ainsi à la première étape : le déni. La personne en deuil n'admet pas la réalité, elle développe un mécanisme de défense avec un refus de la mort. Ce mécanisme de défense lui permet, psychologiquement, de gagner du temps sur la douleur et la tristesse.

D'après Margot Phaneuf, lors du déni, « La personne peut sembler dépassée, silencieuse et même ahurie. Elle exprime aussi sa stupéfaction en disant par exemple « ce n'est pas possible ! » (2013, p.2). À la suite de cela, la personne ressent une injustice, se manifestant par l'émotion de la colère, elle tente alors de trouver un responsable afin d'exprimer sa colère. Puis, l'espoir d'un éventuel retour en arrière pousse la personne en deuil à une phase de marchandage. Cela correspond à un processus de négociation par lequel la personne tente de repousser la réalité. L'acceptation viendra ensuite, commençant par une étape de dépression, où la personne se rend compte qu'il n'est pas possible de retarder le temps, qu'il n'existe pas de retour en arrière possible. Enfin, la personne prendra conscience et acceptera la situation, la reconstruction pourra alors commencer.

Le deuil est lié aux situations de fin de vie, à la douleur, à la souffrance des autres, à la sienne, mais aussi aux soins palliatifs.

2.1.4 Avant la mort, l'accompagnement de la fin de vie

Parler de la mort et du deuil nous ramène inévitablement à la notion de la fin de vie et à son accompagnement, synonyme des pratiques palliatives. Créés en 1986, à la suite d'une demande sociétale, les soins palliatifs, d'après la définition de l'OMS de 1990, sont « des soins actifs, complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif ». La pratique des soins palliatifs ne cesse d'évoluer au fil des années, notamment au travers de lois telles que la loi Léonetti du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie, qui interdit l'acharnement thérapeutique et qui garantit une obligation de soigner la douleur, ainsi que la loi Léonetti-Claeys du 2 février 2016 qui offre de nouveaux droits pour les malades et les personnes en fin de vie.

Basés sur une prise en charge globale de la souffrance (sociale, psychique, spirituelle, psychologique), les soins palliatifs ont pour visée une fin de vie acceptable, basés sur des valeurs telles que le respect de l'autonomie, de décision, de la dignité du malade. A travers cette nouvelle médicalisation du mourir, participant à la levée du tabou sur la mort, on constate un désir de retour à la mort d'autrefois, cette étape de la vie, familière, entourée, qui considère le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel.

2.2 Les émotions

2.2.1 Définition

Le mot “émotion” est issu du latin *emovere* qui signifie mettre en mouvement. Mouvement comprend alors deux sens : une émotion est un mouvement de notre état initial mais est aussi à l’origine de ce qui nous pousse à agir, à nous mettre en mouvement, l’émotion est alors le langage du corps.

D’après la définition du Larousse, une émotion est une “réaction affective transitoire d’assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l’environnement”. Cette définition peut être complétée par celle donnée par F. Lelord et de C. André, dans *La force des émotions* (2003), en ajoutant que cette réaction qu’est l’émotion a différentes composantes : physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit) et comportementales (nos actions).

D’après Charles Darwin, naturaliste anglais du XIX^{ème} siècle, il existe six émotions fondamentales que sont la peur, la joie, le dégoût, la tristesse, la colère et la surprise. Chacune de ses émotions nous permettent de nous adapter aux changements, aux circonstances du monde extérieur et nous permettent de réagir en fonction de nos besoins. Par exemple, la peur nous prévient d’un danger potentiel, le dégoût nous informe d’une situation désagréable et de ne pas nous réexposer à cette dernière. Ces émotions, innées, sont exprimées depuis notre naissance à travers le siège des émotions dans notre cerveau : le système limbique, composé de plusieurs structures (l’hypothalamus, du thalamus, de l’amygdale et de l’hippocampe).

2.2.2 Les émotions du soignant face à la mort

Comme souligné dans la première partie de ce travail, depuis le XX^{ème} siècle, la mort s'institutionnalise, plaçant ainsi les soignant.e.s en contact répété avec la mort tout au long de leurs carrières, et de ce fait avec les émotions qui en découlent. Pour les proches du défunt, cette rupture de lien est assimilée au processus de deuil, il conviendra alors de se demander ce qu'il en est pour les soignant.e.s.

A travers son écrit, Margot Phaneuf aborde le vécu de la soignante devant la mort. Tout d'abord, elle qualifie le vécu de la soignante "d'expérience d'un deuil particulier" car "les soignantes ne peuvent échapper à cette réaction de chagrin qu'est le deuil de ceux qu'elles accompagnent" (2014, p.1). En effet, la définition de A. Manoukian, définissant la relation soignant-soigné comme étant une « rencontre entre deux personnes au moins, c'est à dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires » (2008, p.223), rappelle que la relation entre le soignant et le soigné est une relation humaine avec un engagement personnel de l'infirmier.e, qui peut aboutir à la création d'un lien, d'un attachement normal, qui unit deux personnes humaines. A cette relation, se rajoute le dévouement, l'investissement du soignant dans la prise en soin du patient. Bien que cela varie d'une soignante à une autre et bien d'autres facteurs, la soignante peut ressentir l'émotion de la tristesse, car côtoyer la mort est une épreuve difficile et pouvant aussi être liée à une perception de la mort comme un échec. La peur est la seconde émotion à laquelle la soignante peut être confrontée, notamment la peur de la mort, ce phénomène inconnu que l'on croit loin de nous, la peur d'être jugée si la soignante s'éloigne de sa posture professionnelle, s'éloigne de l'insensibilité et de l'indifférence.

Margot Phaneuf liste, à travers ce même écrit, les facteurs qui influencent la survenue du deuil chez la soignante : la première rencontre avec la mort en carrière, ou au contraire, la répétition de nombreux décès, une longue bataille contre la maladie pouvant être ressentie comme "un échec de l'idéal d'une possible guérison", ou encore l'histoire personnelle de l'infirmière, pouvant être à l'origine d'un transfert d'émotions (2014, p.4-5).

Pour faire face à ces situations, les soignant.e.s peuvent mettre en place des mécanismes de défense, inconscients, pour se protéger émotionnellement : s'identifier à la situation ou au contraire s'en isoler, la fuite par la rationalisation, chasser ses émotions par refoulement ou évitement de ces dernières, ou encore se réfugier dans l'intellectualisation (2014, p.6).

A cela, Margot Phaneuf ajoute « quelle que soit la forme d'occultation que nous adoptions, devant la mort, l'émotion finit par nous retrouver ». (2014, p. 7)

2.2.3 La gestion des émotions dans le métier de soignant, au travers de l'intelligence émotionnelle

Le dictionnaire Larousse définit le terme “gestion” comme étant une action ou une manière de gérer, d’administrer, de diriger, d’organiser quelque chose. Si l’on met alors en lien la définition de gestion et d’émotion, la gestion des émotions serait alors définie comme étant une manière de gérer la réaction affective transitoire provoquée par une stimulation extérieure, qu’est l’émotion. La gestion des émotions est le fait d’apprendre à vivre avec ses émotions.

Les psychologues Peter Salovey et John Mayer ont créé, en 1990, le concept d’intelligence émotionnelle, la définissant comme étant “l’habileté à percevoir et exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu’à réguler les émotions chez soi et chez les autres” (1997). Ce concept a ensuite été popularisé par Daniel Goleman, psychologue américain, à travers son ouvrage portant le nom de ce concept. Pour lui, l’intelligence émotionnelle est “la capacité de comprendre et de gérer ses propres émotions et celles d’autrui”.

Dans son ouvrage, D. Goleman met en avant les cinq composantes de l’intelligence émotionnelle :

- La conscience de soi est la capacité à connaître ses propres émotions, se comprendre soi-même.
- L’autorégulation consiste en la maîtrise, le contrôle de ses émotions afin de les adapter à l’environnement.
- La motivation concerne l’intérêt que l’on porte à nos objectifs.
- L’empathie : lorsque l’on connaît ses propres émotions, et qu’on les maîtrise, il s’agit de comprendre les émotions de la personne en face de nous.
- Les compétences sociales permettent d’établir une relation, de vivre les interactions sociales de façon harmonieuse.

Pour Florence Michon, “le soignant, pour prendre soin de l’autre, doit accepter que ses émotions fassent partie intégrante de sa personnalité et doit les légitimer. Il fait preuve alors d’intelligence émotionnelle en connaissant lui-même ses propres émotions et en les maîtrisant” (2013, p.33).

Ces cinq composantes semblent alors être des outils indispensables pour le métier de soignant. En effet, se connaître et connaître ses émotions, les accepter sans les juger, permet de ne pas se laisser submerger et dépasser par ces dernières. L’influence des émotions peut mener à une distance ou à l’inverse une implication émotionnelle excessive, qui impactera alors la relation soignant-soigné.

Face à la souffrance, la douleur, la colère, la tristesse, la mort, l’infirmier.e peut se sentir bouleversé.e, désemparé.e ou encore impuissant.e, ce qui n’échappera pas au patient, ni à son entourage. Pour le soignant, cette situation peut influencer ses prises de décisions, qui seront alors guidées par son affect. De plus, cela peut mener le soignant à une réelle fatigue émotionnelle qui aura un impact sur la relation soignant-soigné.

Il n'est pas question ici d'être insensible à nos prises en soins, bien au contraire, mais d'apprendre à maîtriser ses émotions afin de garder la qualité de la relation soignant-soigné, tout en se préservant d'une potentielle surcharge émotionnelle.

Mais, cette gestion des émotions est un travail complexe, d'autant plus avec l'existence, dans notre société, d'une certaine norme émotionnelle pour le soignant, l'image de la « bonne infirmière » définit par Jocalyn Lawler comme la « faculté de cacher ses réactions émotionnelles et d'entretenir un air de détachement » (2002, p.158). Cette norme est qualifiée par Walter Hesbeen d'une « forme d'interdit professionnel associé à la sensibilité ».

Parfois, les émotions peuvent s'avérer trop envahissantes, non maitrisables. En avoir conscience relève de l'intelligence émotionnelle. Face à cela, il faut alors savoir passer la main et demander de l'aide. Le soignant n'est jamais seul dans le service, la notion d'équipe est importante. Passer la main à un collègue permettra au soignant de prendre du recul et de ressourcer émotionnellement, et au patient la continuité d'une prise en soin optimale.

2.3 Prise en soin du patient et de son entourage

2.3.1 Le prendre soin et l'accompagnement

Walter Hesbeen met en avant, lors d'une conférence à Nîmes, la différence entre soigner et prendre soin. En effet, d'après le dictionnaire Larousse, soigner est le fait de "procurer les soins nécessaires à la guérison, à l'amélioration de la santé de quelqu'un". Quant au prendre soin, W. Hesbeen définit le terme "prendre soin de quelqu'un" comme le fait de "porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soins qui lui est particulière, et ce dans un but de contribuer à son bien-être, à son autonomie". Il nuance ces deux termes en précisant que "nous pouvons faire des soins sans prendre soin, et nous pouvons prendre soin sans faire de soins".

A travers cette définition, le "prendre soin" détermine la posture soignante à avoir afin d'accompagner au mieux le patient, et son entourage.

Pour Walter Hesbeen, accompagner, c'est « faire un bout de chemin avec l'autre ». Dans une situation de fin de vie, il s'agit donc de faire le dernier bout de chemin avec l'autre. Cette démarche d'accompagnement se veut respectueuse de la personne, en conformité avec la loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016, qui affirme « le droit de toute personne à une fin de vie digne et apaisée ».

D'après l'article R.4312-21 du Code de Santé publique, « l'infirmier doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité de la personne soignée et reconforter son entourage ». Cet article souligne notamment, que l'accompagnement ne s'arrête pas au moment du décès de la personne. Le soignant se doit d'accompagner le patient jusqu'à son dernier souffle, en faisant preuve d'empathie, de présence, de respect, avec le patient ainsi que l'entourage du mourant.

Parce que d'après W. Hesbeen "prendre soin c'est aussi être attentif à la famille, à l'entourage de la personne malade [...] parce que ce n'est pas possible de laisser sans parole ces personnes en souffrance et désemparées face à ce qui leur arrive" (1997, p.171)

Le décès d'un proche est une étape difficile à vivre. Il est important de rappeler que le deuil est un événement intime, pouvant être vécu d'une infinité de manière différente. Il est du rôle de l'infirmier.e d'apporter un soutien psychologique, du fait de sa présence, son écoute et son soutien.

2.3.2 La communication

D'après le Larousse, la communication est définie comme « l'action de communiquer avec quelqu'un ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur ». Cette définition, bien que vague, met le verbal, c'est à dire les mots, la parole, au centre de la communication.

Albert Mehrabian, psychologue américain, a montré que 7% de la communication passe par le verbal et 93% par le non verbal. En effet, il existe deux types de communication : la communication verbale transmise par la parole et la communication non verbale transmise par le corps.

La communication verbale est celle qui permet de faire passer un message, de transmettre des informations. Il est du devoir de l'infirmier.e, conformément au code de la santé publique, que ces informations soient loyales, claires et appropriées. C'est aussi, à travers la parole, que l'on apprend à connaître le patient, son histoire, son vécu. Parallèlement, le langage verbal est indissociable du langage corporel, qui accompagne, renforce ou au contraire décrédibilise le langage verbal.

Le langage corporel peut s'exprimer par le toucher, le regard, l'écoute, le silence, les positions, la distance.

Communiquer peut sembler inné et facile. Pourtant, face à l'expression d'un patient d'une envie de mourir ou à un entourage endeuillé, trouver les mots « justes » peut s'avérer difficile pour le soignant, qui peut faire face à ses émotions, son histoire ainsi que ses propres limites.

Jusqu'au dernier souffle, la communication semble indispensable pour accompagner le patient et conserver la relation de confiance. Comme l'affirme Paul Watzlawick, psychologue et théoricien de la communication, « on ne peut pas ne pas communiquer » (1967, p.47) . Alors même si l'infirmier.e ne trouve pas « les mots justes », de par sa présence, son écoute, son silence, il continue de communiquer.

Par définition, la communication venant du latin « communicare » signifiant « faire par de, partage, commun » reste flou sur ses limites, mais nécessite une adaptation aux situations, comme celle de la mort. Etant donné le caractère unique du deuil et la singularité de chaque situation, la communication est essentielle avec l'entourage endeuillé, afin de « faire part de ». Il convient alors à l'infirmier.e d'être à l'écoute des besoins des proches du défunt. S'entretenir avec eux et prendre le temps de les écouter permet de leur faire exprimer et de reconnaître leur souffrance, leur chagrin. D'après Elisabeth Kubler-Ross, il n'est pas nécessaire de trouver un sens, et d'élaborer une réponse à ce questionnement : « Selon moi, ce phénomène procède de notre besoin de rationaliser et de donner un sens à la mort d'un être cher pour masquer notre manque de préparation et notre difficulté à parler à une famille endeuillée. C'est pour la consoler que nous tentons de trouver une explication précise à la mort. Il me semble que pour vous, la meilleure forme de consolation consisterait à tenir la main d'un membre de la famille dans la vôtre et à lui faire sincèrement partager vos sentiments. » (2002, p.110)

Enfin, l'infirmier.e peut faire usage d'une qualité émotionnelle importante : l'empathie. Selon Carl Rogers, « l'empathie consiste à saisir avec autant d'exactitude que possible les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si l'on était cette autre personne » (2004, p.59). C'est au travers de cette empathie que le soignant communiquera avec authenticité.

2.3.3 La juste distance

Dans le prendre soin du patient et de son entourage, l'infirmier.e doit donc trouver un équilibre entre la relation humaine que constitue la relation soignant-soigné et sa posture professionnelle. C'est dans cet équilibre que réside la complexité de la relation soignant-soigné.

Pascal Prayez définit cette juste distance comme « la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places » (2016, p.213). La différence des places s'applique entre le soignant et le soigné. En effet, le soignant se doit d'être empathique et attentif aux besoins du patient mais il ne doit pas s'identifier à lui, ni à ses émotions.

Florence Michon aborde cette notion, affirmant, que cette distance est avant « tout une question de dosage, ni trop ni trop peu » (2013, p32), ce qui aboutit au terme de « juste distance ».

D'une part, une distance excessive peut donner une image d'un.e soignant.e froid.e détaché.e, ce qui peut nuire à la relation de confiance et à la qualité des soins prodigués. Pascal Prayez compare cela à une « asepsie émotionnelle » (2016, p. 200), dans laquelle le soignant peut être mené à oublier la dimension humaniste de son métier. D'autre part, une implication trop importante peut affecter le jugement clinique de l'infirmier.e et sa capacité à fournir des soins de qualité. A terme, cela peut mener à un épuisement professionnel.

3. Analyse de l'enquête

3.1 Méthodologie de l'enquête

3.1.1 Choix de l'outil de l'enquête

Afin de confronter mes apports théoriques à la réalité du terrain et aux expériences de soignant.e.s, j'ai mené deux entretiens semi-directif, individuels, qui ont duré entre 10 et 15 minutes.

L'entretien semi-directif permet de recueillir les informations nécessaires répondant à un certain nombre d'interrogations ouvertes, menant à une réelle discussion.

Pour préparer ces entretiens semi-directif, j'ai élaboré et utilisé un guide d'entretien (cf. annexes), relativement ouvert afin que les infirmières puissent répondre librement aux différentes questions. Les infirmières avaient à leur disposition le guide, afin de suivre les questions. Ce guide est constitué de 8 questions basées un objectif ciblé, ainsi que de questions de relance formulées au préalable.

3.1.2 Ciblage et choix de la population à interroger

Mes entretiens ont été réalisés auprès de deux infirmières travaillant dans le même établissement : un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. J'ai fait le choix d'interroger deux infirmières, confrontées régulièrement à la présence de la mort, avec une ancienneté, un nombre d'années passées sur le terrain différent.

La première infirmière « IDE 1 » est diplômée depuis novembre 2011, et depuis, travaille en gérontologie. Concernant ses motivations à travailler dans ce milieu, elle exprime « Bah au début, pendant l'école, je faisais principalement des stages en gériatrie, puis je disais « je veux plus d'EHPAD, je veux plus rien ». Et en fait, au fur et à mesure des années, je me suis trouvée une passion pour la gérontologie, et du coup je suis restée et je ferais que ça ».

Pour la deuxième infirmière « IDE 2 », elle a obtenu son diplôme en décembre 2018. Quant à elle, elle exprime qu'elle est « arrivée ici, sans grande conviction à la base, et en fait, direct je me suis retrouvée avec la personne âgée » et « je ne me verrais pas faire autre chose ».

3.1.3 Les objectifs de l'enquête

Les objectifs de cette enquête, outre ceux du guide d'entretien, étaient dans un premier temps, de découvrir le regard porté par les infirmières sur la mort ainsi que leurs représentations. Le deuxième objectif est de comprendre l'influence des émotions face à la mort chez la soignante. Et enfin, le troisième objectif concerne la posture de la soignante face au patient ou son entourage.

3.1.4 Les limites de l'enquête

Cette enquête présente certaines limites, la principale étant que deux entretiens ne représentent pas la totalité des soignant.e.s. De plus, j'ai fait le choix de m'intéresser au processus naturel de la vie, avec des entretiens réalisés uniquement avec des soignantes travaillant avec des personnes âgées, ne prenant alors pas en compte la survenue de la mort à d'autres âges.

Enfin, mes entretiens se sont réalisés au sein même de l'établissement, sur le temps de travail des infirmières, ajoutant une sorte de « pression temporelle » aux entretiens, interrompus par des personnes ou le téléphone.

3.2 L'analyse descriptive des entretiens

L'analyse de mes entretiens s'est déroulée en trois temps : la détermination d'axes d'analyse en conformité avec mon cadre théorique et le guide d'entretien, la sélection de données dans les différents entretiens en lien avec les axes d'analyse et enfin le classement et la présentation des données dans différents tableaux.

Le premier axe d'analyse concerne le regard de la soignante sur la mort. Tout d'abord, il me paraît important de mettre en avant quelques chiffres concernant le mot « mort » qui a été employé dix fois par l'IDE 1 et 3 fois pour l'IDE 2. En effet, on remarque une utilisation plus importante d'autres termes, notamment « décès » employé 22 fois par l'IDE 2 ou encore le terme « fin de vie ».

Concernant la représentation de la mort pour les infirmières, leurs définitions se rejoignent avec une notion de finitude avec les termes suivant « le dernier souffle » (IDE 1), « la fin d'une vie, le final ou la conclusion d'un parcours » (IDE 2). A travers ces définitions, la mort n'est pas opposée à la vie, l'IDE 2 formule cela comme « la continuité de la vie », où la vie est qualifiée comme un « parcours ».

La mort est présentée comme un processus unique. En effet, l'IDE 1 affirme « on ne meurt qu'une fois ». Cette singularité est rejointe par l'IDE 2 qui exprime que « chaque décès est unique et particulier », en insistant avec « le résident ne revivra pas deux fois sa mort ».

Au-delà de la représentation d'une infirmière sur la mort dans son métier, mon intention était de connaître le regard d'une infirmière sur les représentations de la mort dans la société. Ma question initiale « Quelles sont d'après toi les représentations de la mort dans notre société ? » a nécessité d'être reformulée pour les deux infirmières donnant ainsi lieu à cette relance « actuellement, dans notre société, il y a un réel tabou sur la mort, est-ce que tu es d'accord avec cela ? Et, pour quelles raisons penses-tu que ce tabou existe ? ». Les réponses des infirmières sont similaires, en accord avec l'existence d'un tabou. L'IDE 1 l'exprimera d'ailleurs clairement « il y vraiment un tabou avec la mort ».

Ce tabou a été expliqué par la mise en avant d'une émotion : la peur. D'après les infirmières, le tabou existe car « les gens en ont peur » (IDE 1), propos également exposé par l'IDE 2 : « La mort fait peur aux gens ». Il a aussi été expliqué par la notion de l'inconnu, clairement explicité par l'IDE 2 « c'est l'inconnu » et parce que « la mort ce n'est pas quelque chose que l'on côtoie tous les jours » (IDE 1).

En lien avec mon cadre théorique, mon guide d'entretien s'est ensuite intéressé à la place des émotions du soignant face à la mort, afin d'avoir une vision réelle sur le terrain. Tout d'abord, les infirmières ont souligné la présence inévitable des émotions qualifiant cela de « normal » pour l'IDE 1. L'IDE 2 affirme positivement « oui j'ai eu des émotions » et ajoute « à chaque fois on ressent des choses différentes », caractérisant les émotions d'inévitable dans les situations les confrontant à la mort. Une émotion particulièrement ressortie des entretiens : la tristesse. L'IDE 1 affirme à deux reprises qu'elle a « vraiment failli pleurer trois fois ». Cette même émotion revient aussi dans le discours de l'IDE 2 « j'ai pleuré plusieurs fois ».

Malgré la présence « normale » de ces émotions, elles ont soulevé l'importance de la mise en place d'une distance, une barrière émotionnelle comme exprimé par l'IDE 1 « on se met une sorte de barrière et du coup, nos émotions passent moins facilement », cette barrière permet alors « de les garder un minimum pour toi » (IDE 1). Les propos de l'IDE 1 sont soutenus par ceux de l'IDE 2 affirmant que « ce n'est pas quelque chose qu'il faut que tu montres ».

Les infirmières justifient alors la présence de cette barrière émotionnelle par une sorte de devoir de l'infirmière, qui se doit d'être dans une posture professionnelle « je pense que tu dois quand même rester professionnelle » (IDE 1) « il faut rester professionnel, ne pas outre passer ses fonctions, il faut essayer de garder son rôle quand même » (IDE 2).

Lors de ces entretiens, une notion est revenue à plusieurs reprises : la notion d'accompagnement. En effet, ce terme a été employé 9 fois par l'IDE 1 et 14 fois par l'IDE 2.

Cet accompagnement s'effectue aussi bien pour le résident que pour l'entourage. Cette « double tâche », comme qualifiée par l'IDE 1, a été exprimé par les deux infirmières. L'IDE 1 exprime « pouvoir accompagner la personne pendant des années et des années et puis l'accompagner vers la mort aussi », retirant ainsi toute limite de temps à la notion d'accompagnement. L'IDE 2, quant à elle, apporte une singularité à l'accompagnement en disant « l'accompagnement est complètement différent pour chaque résident ».

Cet accompagnement semble alors indissociable de celui de l'entourage, notamment face au décès. L'IDE 1 souligne cela « quand l'entourage est présent, faut pas oublier de l'accompagner autant que le résident ». De plus, l'IDE 2 affirme que « la famille avance aussi, à son rythme, après on essaye de les accompagner au mieux qu'on peut ».

Deux outils sont ressortis de ces entretiens, afin « de les accompagner au mieux qu'on peut » (IDE 2) et ainsi mener un accompagnement correct et adapté. Le premier outil concerne l'infirmière en elle-même et la connaissance de sa personne « le meilleur accompagnement c'est de savoir aussi les limites de soi » (IDE 2). Le second outil mis en avant est la communication, où s'en est ressorti les deux types de communication : la communication verbale et la communication non verbale.

La communication verbale a été mise en avant par les deux infirmières. La première infirmière affirme qu'il faut « utiliser des mots simples » et ne « jamais employer des mots forts » lorsque l'on s'adresse à un entourage endeuillé. Elle cite ensuite deux mots qu'elle essaye de ne jamais dire « mourir » ou souffrir », qu'elle qualifiera par la suite de « mots durs à entendre ». L'existence de ces mots est soutenue par les propos de la deuxième infirmière « les bons mots sans leur donner un coup de massue ».

Afin de compléter ses propos, l'IDE 1 donne un exemple pour ne pas utiliser ses mots durs, comparant ainsi la fin de vie à « une petite bougie qui vacille ».

Au-delà de cette communication verbale, l'IDE 1 met en avant l'importance de la communication non verbale face à la mort affirmant ainsi qu' « il n'y a pas de juste distance, je pense que si le résident a besoin d'un câlin, d'un bisous alors qu'il est en train de mourir, et bien il n'y a pas de barrière ». Le sens du toucher est alors mis en avant. Elle ajoute aussi qu'ils « ont besoin d'être touchés, de ne pas se sentir seuls ». A deux reprises, elle qualifie cette communication non verbale comme étant un besoin du résident. Ces outils mènent alors à une finalité correspondant à une manière d'accompagner « correctement, dignement, le mieux que l'on peut la personne jusqu'à la mort » (IDE 1).

Enfin, au fil des entretiens, différents facteurs aillant une influence sur leurs émotions et leur prendre soin ont été mis en avant par les deux infirmières. J'ai alors pu faire ressortir trois facteurs permettant de mieux affronter les situations en lien avec la mort. Parmi ces facteurs que l'on peut qualifier d'outils, le temps est une notion mise en avant. En effet, l'IDE 1 affirme qu'il « faut un temps d'adaptation », « avec les années ». L'IDE 2 expose aussi la notion de temps, comme aidant pour faire face à la mort « dans les jours d'après tu passes », elle ajoute aussi « je pense que entre il y a 3 ans et maintenant je pense que j'accompagne complètement différemment ». D'après elle, le temps a, alors, un rôle dans la manière d'accompagner.

Ensuite, une deuxième notion apparaît dans les propos de la deuxième infirmière : celle du travail en équipe. En effet, elle expose que « ce qui permet d'aider, c'est qu'on n'est pas tout seul dans la prise en soins, même au moment du décès ». Elle ajoute « on a toute l'équipe qui est là donc c'est facile de passer le relais à d'autres ».

Le troisième facteur est la notion de la répétition des décès lors de la carrière. L'IDE 1 affirme que « plus on fait des accompagnements, vers la fin de vie, plus, pas c'est facile car c'est jamais facile, mais plus on sait faire ». Ainsi, l'idée d' « apprentissage » gravite autour de l'accompagnement.

Finalement, à travers ces entretiens, un élément important est revenu à multiples reprises : la complexité de l'approche avec la mort. Le champ lexical du terme complexité est très présent, avec l'IDE2 1 qui emploie 5 termes du champ lexical de la complexité et l'IDE 2 qui en emploie 17, avec des termes tels que « difficile », « compliqué », « dur », « pas facile ».

L'IDE 1 souligne que « tous les décès ne sont pas faciles », avec notamment la présence de « fins de vies très compliquées » ou encore « des relations avec des familles ou même des résidents qui sont plus compliquées que d'autres ».

Les propos de l'IDE 1 sont rejoints par ceux de l'IDE 2 avec des éléments tels que « ce qui était le plus compliqué » ou encore « quand c'était des décès plus durs ».

4. Discussion

Afin de donner du sens à ce qui vient d'être étudié, je vais confronter mes résultats d'analyse avec mon cadre théorique, tout en prenant position sur ce que j'ai découvert et compris lors de ce travail de recherche. A travers cette discussion, ma question de départ sera reconsidérée afin de laisser place à ma question de recherche définitive. Pour cela, il me semble pertinent de rappeler ma question de départ : « Dans quelles mesures la gestion des émotions de l'infirmier.e face à la mort influence-t-elle la prise en soin du patient et de son entourage ? ». Pour ce faire, je vais alors faire discuter les auteur.e.s de mon cadre théorique, avec les infirmières avec qui je me suis entretenue et ma propre personne.

Dans un premier temps, la mort est définie par le dictionnaire Larousse comme étant la cessation de la vie, mettant ainsi la mort et la vie en opposition. Bien que cette notion de cessation soit reprise par les infirmières avec des termes tels que « dernier », « fin », ou encore « final », pour les soignantes, la mort n'est pas opposée à la vie. Au contraire, elle semble en faire pleinement partie, formulée comme étant « la continuité de la vie » par une des infirmières. C'est d'ailleurs cette vision que j'aspire à avoir lors des différents accompagnements à la mort que je vais pouvoir effectuer durant de ma carrière. En effet, le fait que la mort appartienne à la vie impose au soignant une notion d'obligation d'accompagnement comme tous les autres accompagnements de l'infirmier.e, de la meilleure manière qu'il soit.

De plus, le regard d'un.e soignant.e semble être différent de celui d'une personne ne travaillant pas dans le milieu des soins. En effet, le colloque « La mort, parlons-en ! » avait mis en avant l'expression faciale confuse d'une personne lorsqu'on lui parlait de la mort. Lorsque j'ai abordé le sujet de mon mémoire avec les infirmières, aucune d'elle n'a réagi de la sorte. Cependant, les termes de peur et de l'inconnu sont revenus notamment lors de leurs représentations de la mort dans notre société. Les infirmières ne se sont pourtant pas appropriées cette peur, justifiant le tabou sur la mort par le fait que les personnes qui ne la côtoient pas en ont peur.

Cela peut s'expliquer notamment par les travaux de Philippe Ariès, qui a mis en avant la transformation au fil des années des représentations sociales de la mort, poussant à la masquer de notre société. En effet, le passage d'une mort acceptée, omniprésente dans la vie de chacun à une mort dite « interdite » où l'on meurt seul à l'hôpital peut être à l'origine de la création de cette peur, parce qu'on ne connaît pas la mort, on ne la rencontre que très peu, contrairement aux professionnels de santé.

Ainsi, par l'institutionnalisation de la mort depuis le XX^{ème} siècle, les infirmier.e.s sont désormais au premier plan face à la mort. En tant qu'infirmier.e, on sait alors qu'on y sera probablement confronté.e lors de notre carrière.

Pour autant, lors de mes entretiens, les infirmières n'ont que très peu utilisé le mot mort, qualifié de mots « durs » et « durs à entendre ». Ainsi, je pense que le tabou s'applique aussi dans le milieu des soins, à moindre échelle, mais même si on la rencontre plus souvent, ce phénomène nous est pourtant inconnu et nous ramène à notre propre finitude.

Enfin, le regard des infirmières est davantage basé sur la singularité de chaque fin de vie. Cette singularité n'étant pas apparue dans mon cadre théorique, je me suis alors questionnée sur la place qu'elle pouvait avoir dans le regard de l'infirmier.e sur la mort. Ainsi, pour moi, cette vision de la mort comme processus unique peut aider l'infirmier.e à mieux appréhender la mort et apporter le meilleur accompagnement, car comme l'a souligné une des deux infirmières « le résident ne revivra pas deux fois sa mort ». Alors même si on accompagne de nombreuses personnes à la mort au cours de notre carrière, il me semble primordial de ne pas oublier que pour elle, ou encore pour son entourage, chaque étape est unique.

Cette singularité s'applique aussi sur le regard que peut avoir la soignante sur la mort. Chacun a sa propre vision de la mort, comme l'explique ainsi Louis-Vincent Thomas, la mort est une donnée socioculturelle, pouvant différer ainsi d'une société à une autre et d'une culture à une autre. Ainsi, chaque personne, et donc chaque soignant.e, peut avoir des représentations différentes et donc des attitudes différentes.

Parler de la mort sans parler de l'accompagnement à la fin de vie semble, de mon point de vue, impensable. C'est d'ailleurs une notion qui est revenue à de multiples reprises lors de mes entretiens. Comme souligné dans le Code de Santé Publique, il est du devoir de l'infirmier.e d'accompagner ses patients, et ce, jusqu'à leurs derniers instants. Pour moi, accompagner c'est faire partie de la vie de l'autre pour un moment, le soutenir et l'aider, tout en s'adaptant à lui et à son rythme, cela rejoint d'ailleurs les propos de Walter Hesbeen qui a affirmé qu'accompagner c'est faire un bout de chemin avec l'autre. La notion de dignité est importante dans l'accompagnement de la fin de vie, comme l'affirme la loi de Claeys-Leonetti du 2 février 2016 sur le fait que toute personne a le droit à une fin de vie digne et apaisée. Ce terme est d'ailleurs revenu dans les dires de l'infirmière qui souligne l'importance d'accompagner correctement et dignement.

A mon sens, un bon accompagnement est évidemment réalisé dans le respect et la dignité de la personne malade, mais aussi avec une certaine authenticité. C'est en faisant du mieux que l'on peut, tout en prenant en compte nos propres émotions et notre vécu ainsi que nos limites, que l'accompagnement sera unique et le meilleur qu'il soit.

Il est important de notifier que l'accompagnement du mourant ne s'arrête pas au moment de son décès, il faut aussi accompagner ceux qui restent. En effet, l'entourage de la personne décédée peut avoir besoin d'être accompagné dans cette étape difficile qu'est le deuil. Walter Hesbeen affirme d'ailleurs que prendre soin c'est aussi être attentif à l'entourage, et qu'il n'est pas envisageable de laisser sans parole ces personnes en souffrance et désemparées face à ce qui leur arrive.

L'importance de l'accompagnement de l'entourage a aussi été évoqué par les infirmières. Je pense qu'il est du rôle de l'infirmier.e de pouvoir aussi reconnaître un entourage dans le besoin d'un soutien, ou de se renseigner sur leur état d'esprit, afin de ne pas passer à côté. Ainsi, l'entourage pourra se livrer s'il le souhaite, mais se sentira soutenu et écouté.

Une partie importante de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers repose sur la place des émotions du soignant face à la mort.

A. Manoukian a défini la relation soignant-soigné comme une rencontre entre deux personnes, deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. Cette rencontre entre le soignant et le soigné unit donc deux personnes humaines, qui ont des émotions. La présence d'émotions dans le métier de soignant.e semble alors inévitable, qu'elles soient positives ou négatives. Ainsi, qu'on le veuille ou non, les émotions font parties de notre vie, elles auront donc aussi une présence dans notre métier.

Face aux émotions, le soignant peut tenter de les garder pour lui, dans la mesure du possible, mais cela correspondrait juste à les masquer, les enfouir. En agissant ainsi, le soignant accumule les émotions, notamment celles dites négatives, qui n'étant que masquer, resurgiront un jour ou l'autre, comme Margot Phaneuf a pu affirmer que quelle que soit la manière d'occultation que le soignant adopte devant la mort, l'émotion finit par le retrouver.

C'est d'ailleurs cette accumulation d'émotions qui peuvent mener au burn-out, à une fatigue émotionnelle. De plus, masquer ces émotions peut laisser transparaître une indifférence, une insensibilité pouvant être perçue comme une froideur émotionnelle. Cette froideur pourra alors impacter l'empathie, qui a une place importante dans l'accompagnement de la fin de vie.

Mais, si le soignant, au contraire, laisse une place trop importante à ses émotions, cela peut être négatif pour lui, mais aussi pour le soigné, en impactant par exemple son jugement clinique.

Face à la mort, une émotion a été mise en avant par les infirmières : la tristesse. En effet, être confronté à la mort signifie être confronté aux émotions qui en découlent. Cette tristesse peut se justifier par de nombreux facteurs, mis en avant par l'infirmière Margot Phaneuf.

L'attachement à la personne décédée peut être à l'origine de cette émotion, étant donné la création d'un attachement normal, unissant deux personnes humaines. D'autres facteurs aussi peuvent être à l'origine de cette émotion, comme notre expérience personnelle, ou alors l'impression de ne pas avoir rempli notre rôle de soignant.e. Je pense que la liste pouvant influencer nos émotions est longue, chaque soignant.e est ainsi légitime d'être parfois envahi par ses émotions, qui peuvent alors sembler non maîtrisables. Grâce à ce travail, j'ai alors pu comprendre que la présence de mes émotions dans mes situations d'appel renvoyait à mon expérience personnelle.

En réalisant mes entretiens avec les infirmières, j'ai pu me rendre compte de la difficulté des soignant.e.s à être confronté.e.s à la mort. En effet, elles ont utilisé un grand nombre de mots du champ lexical de la complexité. Je pense que cette complexité est en lien notamment avec la norme de la bonne infirmière, comme l'avancait Jocalyn Lawler. Je trouve que cette image de l'infirmier.e ne laissant transparaître seulement les émotions positives, comme si elle était intouchable par les émotions négatives, est encore très présente dans la mentalité de nombreuses personnes.

La notion de barrière émotionnelle a été avancée par les infirmières, permettant ainsi de faire passer moins facilement les émotions de la soignante. L'avancée de ce propos par l'infirmière concerne la situation de la mort, et comme je l'ai exposé auparavant, les émotions négatives qui peuvent en découler. Avec du recul, je me questionne sur l'existence de cette barrière émotionnelle face aux émotions positives. Indirectement, cette barrière émotionnelle est en lien avec la notion de juste distance, que j'ai pu étudier dans mon cadre théorique.

La juste distance est un équilibre participant à la complexité de la relation soignant-soigné, avec cette question de dosage, ni trop ni trop peu avancée par Florence Michon. Face à la mort, cet équilibre est d'autant plus complexe que l'infirmier.e se doit de se protéger d'une éventuelle surcharge émotionnelle et le fait que le soigné peut avoir besoin dans ses derniers instants de la présence de l'infirmier.e, de son écoute, de sa disponibilité. Cela rejoint une nouvelle fois mon point de vue de l'importance pour l'infirmier.e de réaliser l'accompagnement du mieux qu'elle peut.

Cette barrière émotionnelle, mise en avant par les infirmières, est justifiée par leur obligation de posture professionnelle, que Walter Hesbeen qualifiait d'interdit professionnel liée à la sensibilité. De mon point de vue, garder en tête le fait que l'on est professionnel permet de garder son rôle, mais aussi de se rassurer quant à sa position.

En lien avec les émotions, j'avais mis en avant dans mon guide d'entretien le terme de « gestion des émotions », le fait d'apprendre à vivre avec elles. J'ai complété cette notion avec le terme d'intelligence émotionnelle dans mon cadre théorique, après la réalisation de mes entretiens et de mes recherches supplémentaires. Je trouvais le terme d'intelligence émotionnelle plus complet, et prenant en compte les émotions d'autrui, comme mis en avant dans la définition de Daniel Goleman. Je pense que c'est en se connaissant soi-même et en connaissant ses propres émotions que l'on peut à la fois accompagner de la meilleure façon mais aussi se préserver.

Pour se préserver, l'infirmière avait d'ailleurs mis en premier plan l'équipe. En effet, je pense que c'est un élément clé de notre métier face à des situations difficiles ou émotionnellement importantes, on peut alors se faire aider par des collègues qui vivront peut-être la situation différemment, n'ayant par exemple pas le même vécu ou le même lien d'attache avec la personne. C'est aussi ça le métier de soignant.e, travailler en équipe en s'aidant et en étant soudés face à la complexité du métier.

Le temps et la répétition sont deux outils qui sont revenus dans les entretiens avec les infirmières. Cela est en lien avec la gestion des émotions, car comme souligné auparavant, la gestion de ses émotions est un apprentissage. Ainsi, ces outils permettent de se connaître, de découvrir comment on réagit face à la mort pour enfin savoir nos limites et s'améliorer.

Enfin, le dernier outil mis en avant dans mon cadre théorique et dans mes entretiens est la communication. Cette dernière occupe une place très importante dans l'accompagnement de l'entourage endeuillé ou encore d'un patient exprimant une envie de mourir.

Je me suis alors questionné sur la manière de communiquer dans ces situations. Les deux types de communication, mis en avant par Albert Mehrabian, sont revenus dans mes entretiens : la communication verbale et la communication non verbale.

Concernant la communication verbale, elle semblerait basée sur le fait de ne pas utiliser des mots qualifiés par les infirmières de « durs à entendre ». Je pense que pour un entourage endeuillé, qui vit une situation compliquée, employer des termes difficiles ne pourrait qu'accentuer leur souffrance.

Paul Watzlawick a affirmé qu'on ne peut pas ne pas communiquer, et cela me semble primordial à prendre en compte. En effet, la communication non verbale occupe une place importante, d'autant plus dans ces situations, où un simple regard peut alors témoigner de notre empathie.

Alors même si on a l'impression de ne pas trouver les mots justes, je pense que de par notre présence et notre écoute, on apporte le soutien nécessaire aux familles.

Ce travail de discussion m'a permis d'avoir une réflexion sur ma question de départ. De celle-ci, je vais conserver le terme « dans quelles mesures » pour introduire ma question, qui me semble pertinent.

De plus, je trouve davantage intéressant de parler de l'impact des émotions du soignant face à la mort, que de l'influence de la gestion des émotions, afin d'avoir une ouverture plus importante sur le travail émotionnel du soignant. Lors de ce travail, j'ai pu réaliser la place importante et inévitable qu'ont les émotions dans le métier de soignant. Ainsi, je trouve que le terme d'impact est plus adapté et plus fort pour qualifier le rôle des émotions dans le métier.

Tout au long de ce travail, une notion est revenue plusieurs fois : la notion d'accompagnement. Ce terme me semble alors plus adapté que « prise en soin », dans les situations concernant la mort.

Ces réflexions m'ont alors permis d'aboutir à une nouvelle question de recherche :

Dans quelles mesures les émotions du soignant face à la mort impactent-t-elles l'accompagnement du patient et de son entourage ?

Conclusion

Pour la réalisation de ce Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, je me suis appuyée sur deux situations, vécues lors du premier stage de ma première année, ainsi que sur les questionnements qu'elles ont suscités. Ces derniers m'ont alors permis d'élaborer ma question de départ, relevant trois notions importantes : la gestion des émotions du soignant, la mort et le prendre soin du patient et de son entourage. Ce sont ces trois concepts qui m'ont alors permis de créer le plan de mon cadre théorique, que j'ai pu ainsi compléter par un grand nombre de recherches et de lectures. Ensuite, grâce à ces apports théoriques, j'ai pu élaborer un guide d'entretien, qui m'a servi d'outil pour confronter la théorie et la réalité du terrain, auprès de deux infirmières travaillant dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. La confection de tableaux puis d'un commentaire d'analyse m'a permis de traiter les données recueillies auprès des infirmières et d'en ressortir les apports nécessaires pour ce mémoire. Enfin, la discussion m'a permis d'interpréter les résultats des analyses avec mes apports théoriques, tout en prenant position sur ce que j'ai découvert et compris. Cette discussion a aussi permis de préciser ma question de départ, menant à une question de recherche pouvant faire lieu à une poursuite de ce travail.

Tout d'abord, ce travail de recherche m'a permis de comprendre la place de la mort dans notre société, avec l'existence d'un tabou qui s'est créé au fil du temps autour de ce sujet. Son institutionnalisation nous pousse, en tant que soignant.e, à y être confronté au cours de notre carrière. De ce fait, le soignant, qui est avant tout un humain, aura des émotions face à la souffrance, la douleur ou encore la tristesse que provoque ces situations difficiles. Ainsi, j'ai pu comprendre et légitimer la place des émotions dans le métier de soignant.e, parce que ressentir des émotions, dans un métier basé sur la relation humaine, est normal. Ainsi, chaque soignant.e utilise différentes ressources pour travailler de la meilleure manière qu'il soit, avec ses émotions. Ce cheminement m'a alors permis de réaliser l'importance de se connaître soi-même. Cela permet d'une part au soignant.e d'accepter ses émotions sans les juger, et de connaître ses limites. D'autre part, cela permettra de trouver la juste distance auprès du patient et de son entourage, une juste distance entre une implication excessive et une froideur émotionnelle. J'ai aussi pris conscience d'une richesse de notre métier : le travail en équipe. En effet, face à une situation compliquée, il faut toujours avoir en tête que l'on n'est pas tout seul dans le service, nos collègues sont là pour nous venir en aide et pour nous apporter le soutien nécessaire. Enfin, en tant que future professionnelle, je tenterai de transmettre que les émotions permettent d'humaniser l'accompagnement du patient et de son entourage, en le rendant authentique et singulier.

Ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers achève ces trois années de formation. Il a été l'objet d'un long investissement tout au long de l'année, avec une impression de ne jamais réellement avancer. En effet, beaucoup de doutes sont apparus lors de la réalisation de ce travail, avec quelques remises en question. Mais, ce travail fut riche en connaissances et en échanges, et si cela était à refaire, je le referais, avec le même sujet.

Enfin, je souhaiterai, pour ma future pratique professionnelle, mettre à profit ce que j'ai appris et accepter mes émotions pour en faire une force. Ce travail m'a permis de savoir quelle infirmière je souhaiterai être. Ainsi, je me sens plus confiante et mieux équipée pour être confrontée à la mort. D'autant plus, que dans les années à venir, les infirmières pourraient réaliser davantage d'accompagnements à la mort avec une évolution de la loi française visant à « affirmer le libre choix de la fin de vie et assurer un accès universel aux soins palliatifs en France ».

Bibliographie

Ouvrages :

Ariès, P. (1975). *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen-Age à nos jours*. Edition Seuil.

Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*.

Goleman, D. (2003). *L'intelligence émotionnelle – Tome 1*. Robert Laffont.

Hesbeen W. (2017). *Humanisme soignant et soins infirmiers, un art du singulier*. Editions Elsevier Masson.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Edition Elsevier Masson.

Kubler-Ross, E. (2002) *Accueillir la mort*. Editions du Rocher.

Lawler, J. (2002). *La face cachée des soins. Soins au corps, intimité et pratique soignante*. Edition Seli Arslan.

Lelord, F. et Andre, C. (2003). *La force des émotions*. Odile Jacob.

Manoukian, A. et Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné*. France : Lamarre. 3^e éd

Prayez, P. (2016), *Julie ou l'aventure de la juste distance*. Edition Lamarre.

Rogers, C. (1980). *A way of being*. Boston : Houghton Mifflin.

Watzlawick, P. et al. (1967). *Une logique de la communication*. Editions du seuil.

Articles de revues :

Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence?

Mercadier, C.(2008, février). *Le travail émotionnel des soignants, la face cachée du soin*. Soins cadres de santé, n°65

Michon, F. (2013, mars). *Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance*. Revue Soins, n°773, p.32-33

Phaneuf, M. (2014, octobre). *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>

Phaneuf, M. (2013, Avril). *Parler avec la personne endeuillée*. <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/04/Parler-avec-la-personne-endeuille%CC%81e.pdf>

Sebastien, S. (2012, avril). *Les soignants face à la mort*. La revue de l'infirmière, n°180

Thomas, L-V. (1984). *Les rituels funéraires*, *Bulletin de la société de thanatologie*, n°60-61, repris dans *Les chairs de la mort*. Corps, mort, Afrique (2000).

Sites internet :

<https://www.larousse.fr/>

<https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2008-2-page-115.htm>

<https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2010-1-page-117.htm>

<https://www.cairn.info/revue-cites-2016-2-page-41.htm>

<https://toutpresdesoi.weebly.com/uploads/4/0/0/4/40045663/la-courbe-du-deuil-e-kubler-ross.pdf>

<https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/deontologie/CodedeDeontologieInfirmiers-01102021.pdf>

https://www.chu-nimes.fr/ifms/docs/CR_conference_W_Hesbeen.pdf

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496768#:~:text=L'infirmier%20doit%20accompagner%20le,pas%20provoquer%20d%C3%A9lib%C3%A9r%C3%A9ment%20la%20mort.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Accompagnement_court.pdf

https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2019/04/Re%CC%81fe%CC%81rentiel-Deuil-AFSOS-VF_compressed.pdf

Autres :

Colloque « La mort, parlons en ! » au CAPS de Rosières aux Salines, le 24 novembre 2017 (http://www.cpn-laxou.com/IMG/pdf/texte_pour_la_mort_parlons-en_caps_.pdf)

Cours magistraux de l' UE 4.7 « Soins palliatifs et accompagnement à la fin de vie »

ANNEXES

Annexe I : Le guide d'entretien.

GUIDE D'ENTRETIEN

Étudiante infirmière en troisième année à Rennes, je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers sur l'influence des émotions face à la mort dans la prise en soin d'un patient et de son entourage.

Ce questionnaire, anonyme, me permettra de récupérer davantage de données afin de les analyser, pour enrichir mon travail de fin d'études.

Avant toute chose, je te remercie du temps que tu m'accordes ainsi que de l'intérêt que tu consacres à répondre aux différentes questions.

(L'infirmière aura le guide d'entretien dans ses mains pour bien assimiler les questions)

Présentation et parcours de l'infirmière :

- En quelle année as-tu obtenu ton diplôme d'état infirmier ?
- Quel est ton parcours professionnel ?
- Depuis quand travailles-tu en EHPAD ?
- Quelles étaient tes motivations pour y travailler ?

Objectif : Connaître le parcours professionnel ainsi que l'expérience de l'infirmier.e.

La mort :

- **Si tu devais me définir la mort, qu'est-ce que cela signifie pour toi ?**

Objectif : Connaître les représentations d'un.e soignant.e au sujet de la mort.

- **Quelles sont, d'après toi, les représentations de la mort dans notre société ?**
 - *Actuellement, dans notre société, il y a un réel tabou sur la mort dans notre société. Est-ce que tu es d'accord ? Pour quelles raisons penses-tu qu'il y a un tabou ?*

Objectif : Identifier les représentations d'un.e soignant.e sur le tabou de la mort.

Les émotions :

- **Te souviens-tu de la première fois que tu as été confrontée à la mort ?**
 - *Qu'as-tu ressenti la première fois que tu as été confronté à la mort ?*
 - *Quelles sont, pour toi, les émotions ressenties face à la mort ?*
 - *Tes émotions t'ont-elles semblées comme un frein à la prise en charge ?*

Objectif : Connaître les émotions de l'infirmier.e présentes face à la mort.

- **Avec le temps, penses-tu que tu arrives mieux à gérer tes émotions face à la mort ?**
 - *Est-ce que tu penses qu'on peut « s'habituer » à la présence de la mort ?*

Objectif : Identifier l'influence de l'expérience professionnelle du soignant.e sur la gestion des émotions face à la mort.

- **Qu'est-ce que tu mets en place pour gérer tes émotions ?**

Objectif : Connaître les moyens de l'infirmier.e pouvant aider à gérer ses émotions.

La prise en soin d'un patient et de son entourage :

- **Penses-tu que tes émotions influencent l'accompagnement d'un résident ? Et de son entourage ?**

Objectif : Connaître l'influence des émotions de l'infirmier.e dans la prise en soin d'un patient et de son entourage.

- **Que représente pour toi la juste distance face à un décès ?**
 - *Comment la mets-tu en pratique ?*
 - *Est-il compliqué parfois de garder cette juste distance ? Notamment lors d'un décès ?*
 - *La juste-distance est-elle applicable face à un entourage endeuillé ?*

Objectif : Identifier la notion de juste distance auprès de l'infirmier.e .

- **Pour toi, la prise en charge de l'entourage est-elle compliquée ?**
 - *Comment vis-tu la communication avec l'entourage ?*
 - *Est-il compliqué de gérer ses émotions face à un entourage qui vient de perdre un être cher ?*

Objectif : Identifier la posture d'un.e soignant.e face à l'entourage.

Annexe II : L'entretien avec la première infirmière « IDE 1 ».

Moi : Bonjour, je me présente je m'appelle Coline, je suis étudiante en troisième année d'infirmière à Rennes. Je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers sur l'influence des émotions face à la mort dans la prise en soin d'un patient et de son entourage. Ce questionnaire, anonyme, me permettra de récupérer davantage de données afin de les analyser pour enrichir mon travail de fin d'études. Avant toute chose, je te remercie du temps que tu m'accordes ainsi que de l'intérêt que tu consacres à répondre aux différentes questions.

Tout d'abord, nous allons faire un point sur ton parcours d'infirmière. Pour commencer, en quelle année as-tu obtenu ton diplôme d'état d'infirmier ?

IDE 1 : En novembre 2011.

Moi : D'accord, est-ce que tu peux me faire un petit point sur ton parcours professionnel ?

IDE : Ouais, bah c'est pas long, j'ai fait que de la gériatrie. J'ai commencé à Colpo, et ensuite cet EHPAD a été transféré ici, donc j'ai suivi ici.

Moi : D'accord, donc tu travailles en EHPAD depuis le début de ta carrière. Quelles étaient tes motivations pour travailler dans ce milieu ?

IDE : Bah au début, pendant l'école, je faisais principalement des stages en gériatrie, puis je disais « je veux plus d'EHPAD, je veux plus rien ». Et en fait, au fur et à mesure des années, je me suis trouvé une passion pour la gériatrie, et du coup je suis restée et je ferais que ça.

Moi : D'accord, très bien. Donc je vais commencer à te poser les questions en lien avec mon sujet de mémoire.

Tout d'abord, si tu devais me définir la mort, qu'est-ce que cela signifie pour toi ?

IDE : Alors je vais y réfléchir...Euh, c'est une de mes collègues psychologues qui m'a dit ça une fois, et en fait j'ai trouvé cette phrase très jolie et du coup à chaque fois que j'accompagne quelqu'un vers la mort je pense à ça c'est que on ne meurt qu'une fois.

Du coup, il faut vraiment accompagner correctement, dignement, le mieux que l'on peut la personne jusqu'à la mort.

Moi : C'est joli en effet, merci. Quelles sont d'après toi les représentations de la mort dans notre société ?

IDE : Est-ce que tu peux reformuler ta question s'il te plaît ?

Moi : Oui bien-sûr. Actuellement, dans notre société, il y a un réel tabou sur la mort, est-ce que tu es d'accord avec cela ? Et, pour quelles raisons penses-tu que ce tabou existe ?

IDE : Alors oui, je pense qu'il y a vraiment un tabou avec la mort, mais surtout parce que les gens en ont peur. La mort ce n'est pas quelque chose que l'on côtoie tous les jours, et que les gens, en dehors de l'EHPAD ou du milieu hospitalier, ou mise à part dans la vie personnelle, personne ne côtoie la mort et du coup les gens en ont peur.

Moi : D'accord merci. Ensuite, on va partir sur la partie concernant les émotions. Est-ce que tu te souviens de la première fois que tu as été confrontée à la mort dans la cadre de ta profession et de ce que tu as pu ressentir ?

IDE : Je ne sais même plus si j'ai eu des décès quand j'ai commencé à travailler, car j'ai commencé ASH dans les EHPAD, pour travailler l'été, les vacances et il me semble que j'ai eu des décès à ce moment-là.

Moi : Et, est-ce que tu te souviens de ce que tu avais ressenti la première fois ?

IDE : Hum, pas trop en fait.

Moi : Et actuellement, quelles émotions penses-tu que l'on ressent face à la mort ?

IDE : Ça dépend, après je ne peux pas parler pour les autres mais pour moi, une fois que, je vais pouvoir accompagner la personne pendant des années et des années, et puis l'accompagner vers la mort aussi, le dernier souffle, mais une fois qu'elle est décédée, pour moi il n'y a plus rien, j'ai fini mon travail.

Moi : Ok d'accord, mais est-ce que parfois tes émotions te semblent comme un frein dans la prise en soin du patient ou de son entourage ?

IDE : Nan je ne dirais pas comme un frein, mais au début oui je pense que pour les premiers décès il faut un temps d'adaptation, et au fur à mesure de la prise en charge, enfin des différentes prises en charge car tous les décès ne sont pas faciles, il y a vraiment des fins de vie très compliquées, des relations avec des familles ou même avec les résidents qui sont plus compliquées que d'autres,

mais je pense que, avec les années on se met une sorte de barrière et du coup, nos émotions passent moins facilement.

Moi : Mais du coup, penses-tu que le temps a un rôle pour pouvoir mieux gérer ses émotions ?

IDE : Ouais, carrément. Plus on fait des accompagnements vers la fin de vie, plus, pas c'est facile car c'est jamais facile, mais plus on sait faire.

Moi : Et parfois, on dit qu'on peut s'habituer à la présence de la mort, qu'en penses-tu ?

IDE : Oui vraiment, je pense qu'on s'y habitue. Mais dans le monde professionnel, ça n'a rien avoir avec la mort des proches, ce n'est pas pareil. Mais dans le monde professionnel oui.

Moi : Au début, qu'est-ce que tu mettais en place pour gérer tes émotions ? Qu'est ce qui t'a permis de mettre justement cette barrière en place ?

IDE : Euh, je pense que une fois que j'ai fait tout ce que je pouvais pour que la personne parte soulagée, émotionnellement et physiquement, quand je suis arrivée au bout de ma prise en charge, bah du coup je me dis que j'ai fait tout ce que je pouvais et voilà.

Moi : Enfin, la dernière partie qui concerne la prise en soin du patient et de son entourage.

D'après toi, est-ce que tes émotions influencent l'accompagnement du résident ou de son entourage ?

IDE : Oui, oui, ça c'est clair.

Moi : Et si je te parle de la juste distance, qu'est-ce que cela représente pour toi face à un décès ?

IDE : Avec la famille ou avec le résident ?

Moi : Tu peux me dire d'abord avec le résident puis avec la famille.

IDE : Avec le résident, moi je pense qu'il n'y a pas de juste distance, je pense que si le résident a besoin d'un câlin, d'un bisou alors qu'il est en train de mourir et bien il n'y a pas de barrière. Je ne vais pas être au pied du lit à le regarder partir. Ils ont besoin d'être touchés, de ne pas se sentir seuls. Et avec la famille, c'est l'inverse, on a besoin d'être présent mais de garder une certaine discrétion. Mais euh, là il y a un des résidents qui est décédé il n'y pas longtemps et c'est vrai que j'ai vraiment failli chialer trois fois, ça ne m'était pas arrivé depuis longtemps.

Parce qu'il avait une relation particulière avec son épouse, son épouse était très présente et du coup à la fin c'est plutôt elle qu'on accompagnait, car lui il était apaisé, mais elle on l'accompagnait beaucoup. J'étais là quand elle lui a fait ses adieux, j'étais là au moment où il est décédé du coup qu'elle l'a découvert, et après l'accompagnement et du coup c'est vrai que cette famille était très émouvante. Ducoup, j'ai vraiment failli pleurer trois fois, je me suis retenue mais même si j'ai ressenti beaucoup d'émotion à ce moment, ça m'a pas empêché de quand même garder ma discrétion.

Moi : Mais est-ce que tu penses que du coup parfois on peut juste se laisser aller et de laisser vivre ses émotions même si tu es en présence du résident ou de sa famille ? Ou bien, qu'il est important de garder sa distance ?

IDE : Pour moi il faut réussir à garder cette discrétion, de toute façon ils voient, les familles voient que là j'avais les larmes aux yeux, mais euh, craquer complètement devant une famille nan je pense que tu dois quand même rester professionnelle. Mais par contre, ça ne t'empêche pas de ressentir des émotions et c'est normal. Même s'il faut que tu essayes de les garder un minimum pour toi.

Moi : Oui, d'accord. Dernière question, est-ce que pour toi, la prise en charge de l'entourage est compliquée ?

IDE : Ça dépend des fins de vie, si le résident n'est pas apaisé et que du coup la famille est en plein stress à côté, et bien sûr ça peut arriver qu'on se sente complètement démunie. Si on voit qu'on n'y arrive pas, qu'on arrive pas à le soulager, qu'on arrive pas à apaiser la famille, là c'est compliqué. Mais, quand l'entourage est présent, du coup faut pas oublier de l'accompagner autant que le résident. Double tâche quoi, mais pas de la même façon.

Moi : Je vois, et est-ce que c'est compliqué d'avoir une communication adaptée avec l'entourage à ce moment-là, lorsqu'il est face à un décès ou une fin de vie ?

IDE : Mmh, bah en fait tu te rends compte que les familles ont des questions, même des familles qui sont dans le soin ou qui connaissent un petit peu, finalement ils ont des questions tellement précises et parfois tellement inattendues alors que tu penses qu'ils sont prêts, et bah en fait pas du tout quoi, ils ont des questions qui moi me paraissent parfois pas du tout pertinentes, complètement inattendues, mais tu as besoin d'utiliser des mots simples pour pouvoir les guider. Et sinon, j'essaie de ne jamais employer des mots forts, j'essaie de ne jamais dire « mourir », « souffrir », je dis par exemple « votre maman s'éteint tout doucement » ou je prends l'exemple

d'une petite bougie qui vacille, c'est un terme qu'on emploie beaucoup ici. Mais surtout pas des mots durs à entendre, ils n'en ont pas besoin à ce moment-là.

Moi : D'accord, merci beaucoup. J'ai fini de te poser les questions, je te remercie d'avoir répondu à mes questions.

IDE : Merci à toi, c'était avec plaisir et très intéressant.

Annexe III : L'entretien avec la deuxième infirmière « IDE 2 ».

Moi : Bonjour, je m'appelle Coline, je suis étudiante infirmière en troisième année à Rennes. Je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers sur l'influence des émotions face à la mort dans la prise en soin du patient et de son entourage. Ce questionnaire, anonyme, me permettra de récupérer davantage de données afin de les analyser pour enrichir mon travail de fin d'études. Avant toute chose, je te remercie du temps que tu m'accordes, ainsi que de l'intérêt que tu consacres à répondre à mes différentes questions.

Pour commencer, si tu es d'accord, on peut faire un point sur ton parcours d'infirmière. En quelle année as-tu obtenu ton diplôme d'état d'infirmière ?

IDE : Ducoup, j'ai eu mon diplôme en décembre 2018.

Moi : D'accord, et du coup, quel a été ton parcours professionnel ?

IDE : Ducoup, j'ai été diplômée en décembre 2018, j'ai travaillé 3 mois en chirurgie urologique et en fait ça ne s'est pas très bien passé et j'ai décidé de changer complètement, je me suis limite remise en question de changer de voie professionnelle, et euh, on m'a poussé à réessayer un autre service, donc je suis arrivée ici, sans grande conviction à la base, et en fait, direct je me suis retrouvée avec la personne âgée, tout ce qui est le relationnel et tout ça, et il n'y a pas forcément beaucoup de soins techniques, ce que j'aimais bien à la base, mais en fait tout le côté relationnel, et l'équipe ici, les valeurs de cet EHPAD. Et en fait, maintenant, je ne me verrais même pas faire autre chose, ou retourner à l'hôpital.

Moi : D'accord, du coup oui tu m'as donné tes motivations pour travailler ici.

IDE : Oui c'est ça, maintenant ça va faire 4ans cet été que je suis ici, et que j'adore.

Moi : Donc, la première question est la suivante : si tu devais me définir la mort, qu'est-ce que cela signifie pour toi ?

IDE : Euh, je peux dire en quelques mots ?

Moi : Oui, bien sûr.

IDE : Bah déjà, je dirais la fin d'une vie tu vois, le final ou la conclusion d'un parcours. Après, je trouve que c'est difficile à définir la mort.

Moi : Donc tu vois ça comme une continuité, une étape de la vie ?

IDE : Depuis que je travaille ici, en fait oui, parce que je n'ai jamais eu d'approches, de décès avant on va dire. Ouais, depuis que je suis ici, la psychologue qui travaille avec nous a un diplôme universitaire en soins palliatifs, et elle permet de faire évoluer la vision qu'on a, et donc ça permet de, même l'entrée en EHPAD on voit ça comme la fin, alors que c'est la continuité d'une vie, ils sont toujours vivants ici quand même.

Moi : Oui je vois. Quelles sont, d'après toi, les représentations de la mort dans notre société ?

IDE : (Silence) Ça je t'avoue que je ne sais pas trop.

Moi : Est-ce que tu es d'accord avec le fait qu'il existe un tabou sur la mort dans notre société ? Et, si oui, pour quelles raisons penses-tu que ce tabou existe justement ?

IDE : C'est vrai que parfois c'est compliqué d'aborder certaines choses, même personnellement, avec nos parents, c'est compliqué d'en parler. Mais parce que ça fait peur, c'est une étape, je pense que la mort fait peur aux gens en règle générale. C'est l'inconnu.

Moi : Est-ce que tu te souviens de la première fois que tu as été confrontée à la mort ?

IDE : Bah du coup mon premier décès c'était ici, parce que même en dehors, enfin d'un point de vue personnel je n'avais pas eu de décès avant ici. Et euh, en stage non plus, je n'avais vu aucun décès. Et du coup, mon premier décès c'était ici, et c'était d'ailleurs mon premier jour. Et c'était une dame en fait, qui est morte d'un OAP, du coup elle a désaturée, on a appelé le 15, et quand le 15 est arrivé en fait, les pompiers sont arrivés d'abord, et ils allaient la réanimer, et en fait après, quand le Samu est arrivé ils ont dit que ça ne servait à rien au vu de son âge, mais après ce qui était compliqué c'est que cette dame je ne la connaissais pas vraiment, vu que c'était mon premier jour.

Moi : Oui évidemment. Et qu'est-ce que tu as ressenti justement ce jour-là ?

IDE : Bah, ce qui était plus compliqué c'était le fait de, vu que c'était dans un nouvel environnement, j'étais pas forcément aussi à l'aise que maintenant, rien que sur toute la prise en charge à côté, et la dame je ne la connaissais pas donc j'ai pas, au niveau de l'affect et tout j'étais pas forcément dedans, comme je ne la connaissais pas du tout.

Moi : Et hum, outre ce jour-là, quelles sont pour toi les émotions qu'on peut justement ressentir face à la mort ?

IDE : Bah, c'est clair que chaque décès est différent et que à chaque fois on ressent des choses différentes, après les émotions précises je ne saurais pas forcément te dire, après oui il y a des décès qui vont toucher beaucoup plus que d'autres. Euh...

Moi : Mais du coup, est ce que tu penses que les étapes du deuil peuvent justement s'appliquer à un soignant, c'est à dire le déni, la colère...

IDE : Après je pense que normalement dans notre métier on est censé garder quand même une bonne distance, même quand ils sont en vie, sans trop s'impliquer dans l'excès, et au moment du décès on doit aussi avoir cette distance-là. Pour moi, je ne pense pas parce qu'on est pas censé réaliser le même deuil qu'un proche tu vois ?

Moi : Oui, je vois.

IDE : Après je sais pas si j'ai la bonne manière de penser, mais moi aux décès que j'ai pu vivre ici, je n'ai pas eu d'étapes de deuil. Après, oui j'ai eu des émotions où parfois j'ai craqué tout ça, mais après dans les jours d'après tu passes, tu as d'autres résidents.

Moi : D'accord, et est-ce que parfois tes émotions ont-pu te sembler comme être un frein à la prise en soin ? Est-ce qu'elles ont semblé parfois t'envahir à des moments ?

IDE : Bah quand c'était des décès plus durs, parfois je sais que j'ai craqué pleins de fois, mais après ce qui permet d'aider c'est qu'on est pas tout seuls dans la prise en soin, même au moment du décès, on a toute l'équipe qui est là donc c'est facile de passer le relais à d'autres personnes aussi. Donc c'est ça qui aide aussi à pas, entre guillemets, trop s'investir et même nous mettre en difficultés, nous par rapport à une situation qui peut être compliquée. Je pense que, oui, c'est ça qui aide aussi.

Moi : Ok, et est-ce que tu penses qu'avec le temps, tu arrives à mieux gérer tes émotions ? Ou garder justement la bonne distance comme tu disais ?

IDE : Quand je repense à mes premiers décès, qui étaient assez compliqués, et les décès maintenant que j'arrive beaucoup plus, oui je gagne déjà au niveau maturité, au niveau de comment se comporter avec la famille, avec le résident. Et puis même, quand je vois d'autres IDE qui sont très expérimentés, je m'en inspire, je m'inspire aussi de la psychologue qui a un autre regard, ça permet d'accompagner

différemment et ouais je pense qu'entre il y a 3 ans et maintenant je pense que j'accompagne complètement différemment.

Moi : Oui d'accord, mais est-ce que du coup, tu penses qu'on peut dire qu'on peut s'habituer à la présence de la mort ?

IDE : Moi je ne pense pas qu'on s'habitue, je pense qu'on apprend à vivre avec, de toute façon dans nos métiers, surtout d'avoir choisi de travailler en EHPAD on sait très bien ce qu'il va arriver, après c'est pas pour ça que ça ne nous touche pas et faut juste oui garder la bonne distance et ces émotions elles sont à nous après, chacun à ses émotions, mais je pense qu'on s'y habitue jamais. Parce que chaque décès sont importants et on ne se dit pas « oh bah c'est un décès de plus ». Chaque décès est unique et particulier donc euh, c'est pas une routine où on se dit encore un décès, après oui il y a des choses que l'on met en place, des choses que l'on sait, l'accompagnement de fin de vie on met ça en place, les traitements c'est tout le temps les mêmes donc on le sait, mais l'accompagnement est complètement différent pour chaque résident.

Moi : D'accord, et du coup est-ce que tu as des moyens ou est-ce que tu mets des choses en place pour gérer tes émotions face à un décès ?

IDE : Moi je sais que quand on accompagne une fin de vie, je prends toujours l'avis des collègues, pour m'aider et parce que tous les avis sont bons à prendre, et après un décès je sais que moi je fonctionne dans la communication, je décharge beaucoup en parlant. Je raconte à mon conjoint, à une amie, sans parler de la personne bien sûr, ou même avec les collègues des fois on en reparle après. Moi je sais que c'est comme ça que je fonctionne en tout cas.

Moi : D'accord, et concernant la prise en soins du patient et de son entourage, penses-tu que tes émotions influencent l'accompagnement d'un résident mais aussi de son entourage ?

IDE : Je sais pas comment dire, mais par exemple, en fait, je pense que le fait de, même si on s'attache forcément à certains résidents, mais si on laisse parler nos émotions, on ferait par exemple un bien pour ceux à qui on a une attache particulière et moins bien pour les autres. Mais sauf que ça, on doit pas le faire, on doit avoir une impartialité donc l'accompagnement il doit être le même pour tous, avec des familles compliquées il doit être exactement pareil. Pour moi, on ne doit pas justement faire passer, enfin à un certain moment c'est bien de faire passer ses émotions, et on le fait, inconsciemment, la famille elle le sent qu'on est touchés, mais il ne faut pas dépasser son rôle de professionnel je pense.

Moi : Ouais, d'accord. Et hum, que représente pour toi la juste distance à « avoir » face à un décès et comment la mets-tu en pratique ?

IDE : La juste distance, pour moi, c'est bien se comporter avec la famille, après même s'il faut les accompagner tous de la même manière, même si on les accompagne différemment, il faut leurs donner autant. Je pense qu'il faut quand même garder, il faut rester professionnels, ne pas outre passer ses fonctions, on est pas un membre de la famille, on est importantes quand même parce qu'on est là pour l'accompagner toute la fin de sa vie, mais je pense pas qu'il faut dépasser, il faut essayer de garder son rôle quand même.

Moi : Mais est-ce que parfois c'est compliqué de garder cette juste distance, et ce côté professionnel ?

IDE : Bah après des fois quand, je sais que moi par exemple, lors d'un décès il n'y a pas longtemps, et que le monsieur avait fait un arrêt cardiaque, et c'était le grand-père du beau frère d'une collègue, qui n'était pas là d'ailleurs, donc déjà le fait qu'il fasse un arrêt ici, c'était déjà compliqué et euh, pareil j'ai pleuré plusieurs fois, et ce qui était très compliqué c'était aussi l'annonce à la famille parce que c'était très brutal, mais après il y'a avait la maîtresse de maison qui était là, donc du coup elle m'a aidé, elle a parlé, mais la famille de toute façon sent si on est au bord ou pas mais, craquer devant eux ce n'est pas ton rôle, tu ne fais pas partie de la famille, ce n'est pas entre guillemets ta souffrance c'est leur souffrance à eux, après ça peut être dur, je sais que moi j'ai craqué après mais je pense que devant eux il faut garder, mais ce qui est bien ici c'est vraiment qu'on a beaucoup de collègues, on peut passer le relais il n'y a rien de mal à dire qu'on arrive pas dans une situation et de passer le relais

Moi : D'accord, et est-ce que parfois, enfin justement tu l'as dit mais, la prise en charge de l'entourage peut être compliqué...

IDE : ce qui peut être compliqué, c'est que en fait, tu as des familles qui peuvent être très présentes ou au contraire totalement inexistantes donc ce n'est pas du tout le même accompagnement et euh, comme j'en parlais toute à l'heure il y a une famille où c'était compliqué parce que le résident était jeune, il avait 62 ans, donc l'âge de mon père, et sa fille avait 1an de plus que moi et au exemple il était pas bien pendant un moment mais il y a un moment où la dernière semaine, il a vraiment décliné, et c'est vrai que je m'en suis occupée du coup, et la famille de lui dire « bah voilà, on démarre un processus » et au début elle a eu beaucoup de mal à se dire que en fait on passait dans les derniers jours, les dernières heures, et du coup ça c'est difficile quand tu as une famille qui entend pas, après voilà pour cette famille-là elle a été vue par la maîtresse de maison qui lui a expliqué pour les pompes funèbres, donc déjà ça lui fait acheminer des choses, après on est passés avec l'HAD, on passe un autre cap, du coup le

cheminement du monsieur dans son décès avance mais la famille avance aussi, à son rythme, après on essaye de les accompagner au mieux qu'on peut.

Moi : Ducoup je vais rebondir sur ce que tu as dit, est-ce que parfois quand c'est un schéma qui peut te rappeler ta vie personnelle, est-ce qu'il peut y avoir un transfert d'émotions ?

IDE : Et bien, moi j'avoue que je ne l'ai pas eu même si t'y penses quand même, mais ce n'est pas quelque chose qu'il faut que tu montres, après on a des professionnels à qui on peut en parler si il y a des situations où il faut passer le relais, il faut savoir le faire quand on est en difficultés pour quelque chose, ouais je pense que le meilleur accompagnement c'est de savoir aussi les limites de soi et je pense que c'est ça, il faut te connaître et savoir sentir quand tu vas déborder, ou ne pas franchir la limite, faut savoir vraiment passer le relais on n'est pas nombreux pour rien dans la résidence, faut s'aider.

Moi : Oui, l'entraide. Dernière petite question, comment vis-tu la communication avec l'entourage ? Comment tu la mets en place ?

IDE : Et bah je t'avoue que les premiers décès arrivés ici, c'est compliqué de les appeler pour leur dire « voilà votre maman est décédée, ou voilà votre papa est décédé », en plus tu ne sais pas comment il va réagir au téléphone, et j'avoue que plus, là moi mon expérience avance, plus je me sens plus à l'aise, j'ai plus les bons mots sans leurs donner des coups de massues mais pour leurs faire comprendre que la personne est décédée. Au début ou c'est compliqué d'employer les bons mots, mais au fur et mesure, d'avoir eu des décès de se dire bah voilà, après il faut essayer de le faire du mieux que possible car le résident ne revivra pas deux fois sa mort, ni la famille, donc faut essayer de les accompagner du mieux, car on pourra pas, chaque accompagnement nous apporte quelque chose en plus et je pense que ça nous améliore pour le prochain, je sais que les décès que, je ne veux pas dire que j'ai moins bien accompagnée quelqu'un, mais la prochaine fois nous permet de nous dire « tiens la prochaine fois je pourrais faire ci » et même de communiquer avec ma collègue, qui n'a pas la même manière d'approcher et c'est vrai que de lui demander « qu'est-ce que tu dirais dans ce cas-là ». Ou par exemple la famille qui n'entendait pas, j'essayais pourtant de lui dire des choses mais demander à ma collègue, et ça m'a aidé, mais je pense que l'expérience aide beaucoup quand même. Voilà.

Moi : Et bien, je te remercie d'avoir répondu à mes questions.

IDE : merci à toi !

Annexe IV : Tableaux d'analyse.

Le regard de soignantes sur la mort			
Une finitude	Un processus unique	L'existence d'un tabou	
<p>Le dernier souffle</p> <p>Une fois qu'elle est décédée, pour moi il n'y a plus rien</p> <p><i>La fin d'une vie, le final ou la conclusion d'un parcours</i></p>	<p>On ne meurt qu'une fois</p> <p><i>Chaque décès sont importants et on ne se dit pas « oh bah un décès de plus »</i></p> <p><i>Chaque décès est unique et particulier</i></p> <p><i>Le résident ne revivra pas deux fois sa mort</i></p>	La peur de la mort	L'inconnu
		<p>Il y a vraiment un tabou avec la mort, surtout parce que les gens en ont peur.</p> <p>Et du coup les gens en ont peur</p> <p><i>Parce que ça fait peur</i></p> <p><i>Je pense que la mort fait peur aux gens en règle générale</i></p>	<p>La mort ce n'est pas quelque chose que l'on côtoie tous les jours</p> <p>En dehors de l'EHPAD ou du milieu hospitalier, ou mise à part dans la vie personnelle, personne ne côtoie la mort</p> <p><i>C'est l'inconnu</i></p>

La place des émotions dans le métier de soignant.e			
La présence inévitable des émotions dans le métier de soignant.e		Une barrière face aux émotions	
<p>Ça ne t'empêche pas de ressentir des émotions et c'est normal</p> <p><i>A chaque fois on ressent des choses différentes</i></p> <p><i>Oui j'ai eu des émotions où parfois j'ai craqué tout ça</i></p>	<p>La tristesse</p>	<p>On se met une sorte de barrière et du coup, nos émotions passent moins facilement</p> <p>Même s'il faut que tu essayes de les garder un minimum pour toi</p> <p><i>Ce n'est pas quelque chose qu'il faut que tu montres</i></p>	<p>Posture professionnelle</p>
	<p>J'ai vraiment failli chialer trois fois</p>		<p>Je pense que tu dois quand même rester professionnelle</p>
	<p>J'ai vraiment failli pleurer trois fois</p> <p><i>J'ai craqué pleins de fois</i></p> <p><i>J'ai pleuré plusieurs fois</i></p>		<p><i>Il faut rester professionnel, ne pas outre passer ses fonctions, il faut essayer de garder son rôle quand même.</i></p>

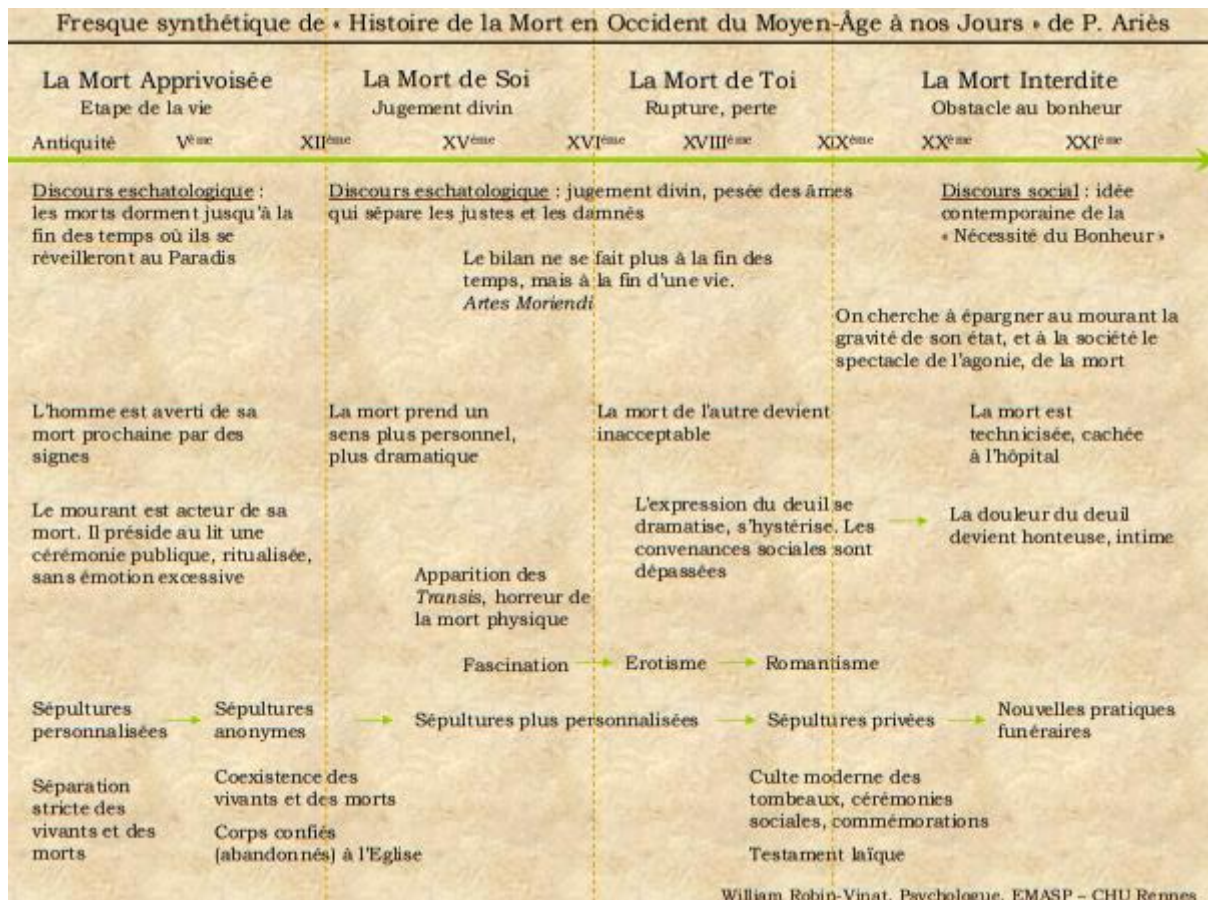
Le prendre soin par l'accompagnement du résident et de son entourage

Le résident	L'entourage	Outils pour accompagner		Finalité				
<p>Je vais pouvoir accompagner la personne pendant des années et des années et puis l'accompagner vers la mort aussi</p> <p><i>L'accompagnement est complètement différent pour chaque résident</i></p>	<p>Quand l'entourage est présent faut pas oublier de l'accompagner autant que le résident.</p> <p><i>La famille avance aussi, à son rythme, après on essaye de les accompagner au mieux qu'on peut</i></p>	<p>Se connaître</p> <p><i>Le meilleur accompagnement c'est de savoir aussi les limites de soi</i></p>	<p>La communication</p> <table border="1" data-bbox="837 443 1264 1953"> <tr> <th data-bbox="837 443 1050 577">Communication verbale</th> <th data-bbox="1050 443 1264 577">Communication non verbale</th> </tr> <tr> <td data-bbox="837 577 1050 1953"> <p>Utiliser des mots simples</p> <p>Jamais employer des mots forts</p> <p>Jamais dire « mourir », « souffrir », je dis par exemple « votre maman s'éteint tout doucement » ou je prends l'exemple d'une petite bougie qui vacille, c'est un terme qu'on emploie beaucoup ici. Pas des mots durs à entendre</p> </td> <td data-bbox="1050 577 1264 1953"> <p>Un câlin, d'un bisou alors qu'il est en train de mourir</p> <p>Ils ont besoin d'être touchés, de ne pas se sentir seuls</p> </td> </tr> </table>	Communication verbale	Communication non verbale	<p>Utiliser des mots simples</p> <p>Jamais employer des mots forts</p> <p>Jamais dire « mourir », « souffrir », je dis par exemple « votre maman s'éteint tout doucement » ou je prends l'exemple d'une petite bougie qui vacille, c'est un terme qu'on emploie beaucoup ici. Pas des mots durs à entendre</p>	<p>Un câlin, d'un bisou alors qu'il est en train de mourir</p> <p>Ils ont besoin d'être touchés, de ne pas se sentir seuls</p>	<p>Accompagner correctement, dignement, le mieux que l'on peut la personne jusqu'à la mort</p>
Communication verbale	Communication non verbale							
<p>Utiliser des mots simples</p> <p>Jamais employer des mots forts</p> <p>Jamais dire « mourir », « souffrir », je dis par exemple « votre maman s'éteint tout doucement » ou je prends l'exemple d'une petite bougie qui vacille, c'est un terme qu'on emploie beaucoup ici. Pas des mots durs à entendre</p>	<p>Un câlin, d'un bisou alors qu'il est en train de mourir</p> <p>Ils ont besoin d'être touchés, de ne pas se sentir seuls</p>							

			<p><i>Les bons mots sans leur donner un coup de massue</i></p>		
--	--	--	--	--	--

Les facteurs pouvant influencer les émotions et la prise en soin des infirmières			
Pour faire face à la mort			Malgré la complexité
Le temps	La répétition	L'équipe	
<p>Il faut un temps d'adaptation</p> <p>Avec les années...</p> <p><i>Dans les jours d'après tu passes</i></p> <p><i>Je pense que entre il y a 3 ans et maintenant je pense que j'accompagne complètement différemment</i></p>	<p>Plus on fait des accompagnements vers la fin de vie, plus, pas c'est facile, car c'est jamais facile, mais plus on sait faire</p>	<p><i>Ce qui permet d'aider c'est qu'on est pas tout seuls dans la prise en soin, même au moment du décès, on a toute l'équipe qui est là donc c'est facile de passer le relais à d'autres personnes aussi.</i></p> <p><i>Je prend toujours l'avis des collègues, pour m'aider</i></p>	<p>Tous les décès ne sont pas faciles</p> <p>Des fins de vies très compliquées</p> <p>Des relations avec des familles ou même des résidents qui sont plus compliquées que d'autres</p> <p><i>Ce qui était le plus compliqué...</i></p> <p><i>Quand c'était des décès plus durs</i></p> <p>Je pense qu'on s'y habitue</p> <p><i>Je pense pas qu'on s'habitue, je pense qu'on apprend à vivre avec</i></p>

Annexe V : Fresque synthétique des travaux de Philippe Arès. William Robin-Vinat.



Annexe VI : L'abstract d'anglais.

NOM : KERZERHO

PRENOM : COLINE

TITRE : La gestion des émotions de l'infirmier.e face à la mort

Les émotions font partie intégrante de la vie de chacun, tant personnelle que professionnelle. Face à la mort, les émotions de l'infirmier.e peuvent alors prendre une place importante, et ainsi impacter le prendre soin du patient et de son entourage. A partir de deux situations survenues au cours d'un stage, de nombreuses interrogations ont mené à une question de départ : dans quelles mesures la gestion des émotions de l'infirmier.e face à la mort influence-t-elle la prise en soin du patient et de son entourage ? Pour répondre à cette question de départ, un grand nombre de lectures et de recherches ont permis de construire le cadre théorique, basé sur les trois notions suivantes : la mort, les émotions du soignant.e et leur gestion ainsi que le prendre soin. Afin de confronter la théorie avec la réalité du terrain, des entretiens ont été réalisés, avec deux infirmières travaillant en EHPAD. Finalement, l'analyse de ces entretiens, confrontée à la théorie et à ma posture professionnelle ont permis d'aboutir à la discussion, mettant en lumière la présence inévitable des émotions dans notre métier, et l'importance de se connaître pour leur laisser leur juste place. Une place trop importante ou au contraire inexistante des émotions aura un impact sur l'accompagnement du patient et de son entourage, d'où l'importance de trouver un certain équilibre émotionnel. Ce travail apporte des éléments de réponses à la question de départ, ouvrant ainsi sur une question de recherche : dans quelles mesures les émotions du soignant face à la mort impactent-elles l'accompagnement du patient et de son entourage ?

Emotions are an integral part of one's life, as much on the professional side as on the personal side. When confronted with death, nurses' emotions can play an important role and thus can impact the care provided to the patient and their family. Two situations that occurred during an internship led to many wonderings and a starting point question was formed: to what extent does the management of the nurses' emotions when confronted with death influence the patient and their family's care? To answer this first question, a great amount of scientific readings and researches was done and contributed to creating a theoretical framework based on the following notions: death, the carers' emotions and keeping control of them and care. In order to confront the theory with the job's reality interviews with two nurses working in a nursing home have been conducted. Finally, the interviews' analysis, when compared to the theory and my own professional stance have allowed a discussion shedding light on the unavoidable presence of emotions in our occupation and the importance for nurses to know themselves so to define the place emotions can take when practising. Too big a place given to them or, on the contrary, almost an inadequate one will have an impact on the care provided to the patient and their family; hence the importance of finding a certain emotional balance.

This work brings us elements to help answer the starting point question and lead to a further research ask: to what extent does the carers' emotions, when confronted with death , impact the patient and their family's care?

MOTS CLES : émotion, gestion, mort, soignant, accompagnement

KEYS WORDS : emotion, management, death, caregiver, accompaniment

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2020 – 2023