

Institut de Formation en Soins Infirmier du C. H. U. de NANTES

GUILLEMOT Emmanuel

Promotion 2005 – 2008

Soutenance orale faite le 27.02.2008 et validée le 30.04.2008

*La place des émotions de
l'infirmier(e) lors de
l'accompagnement au
patient mourant*

**Travail Ecrit de Fin d'Etudes
Diplôme d'Etat**

Janvier 2008

Sommaire

Introduction	p. 7
I Situation	p. 9
II Méthodologie	p. 12
III Analyse	p. 17
> A – La mort	<hr/>
A – 1 La mort d’aujourd’hui	p. 17
A – 2 Historique : la médecine et la mort	p. 18
A – 3 Les représentations de la mort et du patient mourant dans notre profession	p. 19
> B – Le soin	<hr/>
B – 1 Qu’est-ce que soigner ?	p. 20
B – 2 L’accompagnement	p. 21
> C – Les émotions	<hr/>
C – 1 Les émotions lors du soin	p. 24
C – 2 L’influence de la mort sur les émotions	p. 25
C – 3 Les ressentis spécifique lors de l’accompagnement au patient mourant	p. 26
C – 4 Les répercussions des émotions sur l’accompagnement	p. 27
C – 5 La distance relationnel	p. 28
> D – La famille	<hr/>
D – 1 L’importance de la place de la famille	p. 29
VI Problématique	p. 32
Conclusion	p. 35
Références Bibliographiques	p. 37
Annexes	

Introduction

En France, la 1^{ère} cause de mortalité est le cancer ; il passe devant les maladies cardiovasculaires longtemps restées la cause principale des décès. On note en 2004, 509 408 décès survenus en France. Le taux de mortalité qui correspond est de 750,1 pour 100 000 habitants.

Lors de ma première année de formation, j'ai effectué mes stages dans des services différents, mais parmi ces derniers, l'un d'entre eux m'a particulièrement interpellé et questionné. Le travail de réflexion que j'ai voulu aborder pour mon travail écrit de fin d'étude va donc porter sur l'accompagnement des patients mourants et plus principalement sur les conséquences de celui-ci. En effet, la mort est une inconnue qui nous effraie. Il est vrai qu'à travers les médias, celle-ci devient plus abordable mais elle reste un sujet « tabou » de la société. Les soignants sont des professionnels de santé qui ont un vécu, une histoire qui leur est propre. Lors de l'accompagnement, quoi de plus normal que d'avoir des sentiments, ressentir des émotions. N'oublions pas que nous sommes humains avant tout et que notre façon de réagir diverge selon chacun.

Pour aborder ce thème, je vais dans un premier temps vous faire part de la situation que j'ai vécu lors d'un stage de première année ainsi que la question de départ qui en est ressortie ; puis, dans un second temps, je vais présenter ma méthodologie. Par la suite, je vais définir les éléments essentiels de mon travail de recherche ; c'est-à-dire : la mort, l'accompagnement et les émotions tout en y incluant l'analyse que j'ai pu effectuer lors de ce travail de réflexion; y sera abordé la représentation que nous soignant, nous pouvons nous faire de la mort et du patient mourant ; en effet, chacun se fait sa propre image de la mort. Ensuite, nous aborderons les ressentis spécifiques que le soignant peut avoir lorsqu'il accompagne un patient dans cette ultime étape de la vie, ainsi que les répercussions de ce ressenti, des émotions sur l'accompagnement. Aussi, il m'a paru nécessaire de parler de la prise de distance à adopter dans cette relation à l'autre. Enfin, je parlerai de l'importance de la place de la famille lors de l'accompagnement ; aide qui peut se révéler parfois nécessaire.

Pour conclure, je ferais part de la problématique qui découle de ce travail où y sera intégré un questionnaire plus approfondi.

Situation

Cette situation s'est déroulée dans un service de soins longue durée durant ma deuxième année de formation. Madame L. 87 ans, est une femme connue de l'équipe soignante par sa grande pudeur, atteinte d'un cancer de la thyroïde, elle est depuis quelques jours très affaiblie, ses traits sont tirés et ses propos sont difficiles à comprendre. La communication entre cette patiente et l'équipe n'est pas pour autant compromise puisqu'un langage non verbal existe. Son regard très expressif et les acquiescement ou non de sa tête, permettent à l'équipe et à moi-même, d'obtenir des réponses en fonction des questions posées. Il est vrai que la relation que je peux avoir avec cette patiente est investie vue que cette patiente est sous ma responsabilité.

Le matériel préparé sur mon chariot, je me dirige vers la chambre de cette patiente, je frappe, j'ouvre la porte, allume la présence et salue madame L. Elle ouvre les yeux, me regarde, me sourit et me fait signe d'un mouvement de tête de haut en bas ; elle me renvoie le bonjour. Ses yeux sont grand ouverts et un accompagnement par des sourires est exprimé tout au long de la toilette durant laquelle, chaque acte que j'effectue, est minutieusement associé à l'importance de la place de la pudeur. Cette toilette terminée, je vérifie si tout est en place et lui dit « *à tout à l'heure, je repasserai après le déjeuner.* » Elle me sourit et me fait signe d'un oui. Mes transmissions faites, je pars déjeuner puis à mon retour, une aide soignante se dirige vers l'équipe et nous dit : « *Madame L. est décédée, j'ai besoin d'une personne pour faire sa toilette mortuaire* ». Madame L. étant une patiente dont je m'occupais, je me propose en spécifiant que ce type de soin est nouveau pour moi. Elle me regarde alors et me dit : « *tu es là pour apprendre* ». Le tout préparé, nous nous dirigeons vers la chambre. La fille de madame L. est assise sur une chaise dans le couloir, elle est en larme le téléphone à la main près de l'oreille. L'aide soignante ouvre la porte, et se positionne du côté gauche du lit. En entrant, j'allume la présence et me positionne du côté droit du lit. Le visage de madame L. est détendu, une teinte jaune colore sa peau. Je la regarde, et à ce moment précis, me revient à l'esprit la dernière phrase que je lui ai dite avant de partir déjeuner.

La bassine d'eau remplie, l'aide soignante prend le drap situé au niveau du cou de la patiente et le tire jusqu'au bord du lit laissant son corps nu à ma vue et ainsi qu'à toute autre personne qui aurait pu entrer à ce moment là. Face à cette situation, je décide de prendre le drap et de le remonter jusqu'au bassin de madame L. le temps que le haut de la

toilette s'effectue. L'aide soignante me regarde alors et me demande de redescendre le drap où il se trouvait en spécifiant : « *Ne t'inquiète pas, puisqu'elle est morte, la pudeur n'existe plus.* » Face à cette réflexion je décide de ne pas effectuer cet acte, laissant ainsi l'aide soignante accomplir une deuxième fois ce geste. La toilette mortuaire de cette patiente, s'est donc achevée dans un silence créant une atmosphère pesante.

En sortant de la chambre, je me suis interrogé sur mon attitude soignante. Pourquoi avoir remonté le drap ? Quels mécanismes ont été mis en place ? Qu'est ce que la mort ? Quelle place à la mort pour les soignants ? Il est vrai que ce décès m'a touché ; ai-je instauré une distance lors du soin ? Quelle place ont eu les émotions ? Me suis-je trop investi ? L'accomplissement du soin mortuaire de cette façon n'était-il pas dû à la mise en place d'un mécanisme de défense ? Comment la mort fait-elle émerger les émotions ? Celle-ci influence-t-elle notre positionnement soignant ? Il est vrai que durant ce soin, je me suis senti comme ignoré, blessé du fait que cette patiente n'ait pas été prise en considération selon ses convictions. Un sentiment de culpabilité m'a envahi du fait d'avoir laissé la soignante terminer le soin dans ces conditions. La mort d'un patient ne nous renvoie-t-elle pas à notre propre mort ? Pourquoi ne pas avoir réagi ? Quelle attitude aurais-je adopté ? Quels auraient été les dires de cette patiente de son vivant si ce soin d'hygiène avait été fait de cette façon ? Comment canaliser ses émotions lors de l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? D'où ma question de départ : **En quoi la place des émotions de l'infirmier influence-elle la prise en charge lors de l'accompagnement des patients mourants ?**

Méthodologie

A - Déroulement de mon travail

Après avoir réfléchi à ma situation de départ qui était ciblée principalement sur la mort, j'ai exposé ma question de départ à la commission de validation. Par la suite, celle-ci a été recentrée sur la place des émotions lors de l'accompagnement des patients mourants. Il est vrai que pour moi, la mort devait avoir une place importante. De plus, cette « question de départ » que l'on devait formuler me posait réflexion. J'ai alors pris du recul et j'ai également pris en compte ce que la commission m'avait stipulé. J'ai donc commencé mes lectures ce qui a pu me diriger sur les émotions. Il est vrai que nous sommes des êtres humains, nous soignants, donc quoi de plus normal d'avoir des sentiments. C'est alors que j'ai ciblé mon travail sur la place des émotions durant l'accompagnement du patient mourant. Travail qui m'a permis de ne pas évincer la notion de mort. Une fois ma question de départ validée, j'ai poursuivi mes lectures sur la mort, l'accompagnement et les émotions ; mots clefs de ma question de départ.

Par la suite, j'ai pu travailler sur ma grille d'entretien¹ que j'ai présenté aux personnes interviewées afin de pouvoir confronter les apports de professionnels de santé sur le terrain à celui de mon approche théorique.

B - L'entretien

Il se définit comme une « *Collecte d'information laissant le répondant libre d'apporter tous les éléments de réponse qu'il désire. Le rôle de l'enquêteur se résume à recentrer éventuellement la discussion de l'objet de l'enquête.* »

L'objectif de celui-ci est donc d'échanger afin d'approfondir ses connaissances avec des professionnels qualifiés. J'ai donc établie un questionnaire composé de questions ouvertes ce qui a permis aux différents professionnels de santé interviewer d'être libre de répondre.

¹ Grille d'entretien (Annexe I)

C – Choix des personnes interviewées

Au départ, j'avais ciblé divers services où l'accompagnement des patients mourants était présent : maison de retraite, unité de soins longue durée, soins palliatifs, chirurgie, médecine, oncologie...

Par la suite, j'ai sélectionné des services de soins cibles. Le premier d'entre eux est une maison de retraite, établissement de soins où l'accompagnement du patient se fait au long terme à plein temps ; Lieu où des « liens » peuvent se former, où les émotions peuvent émerger. Le deuxième service est en oncologie, dans ce type de service, l'annonce de la maladie engendre un effondrement psychique et la notion de mort est très présente. Les patients reviennent pour divers soins thérapeutiques (cures de chimiothérapie, traitement contre la douleur, affaiblissement de l'état général, asthénie...) Mais des patients se retrouvent également dans ce service pour soins palliatifs, soins où la notion de confort du patient est primordiale. Dans ce type de service, si le soignant ne se « protège » pas suffisamment, les émotions peuvent facilement prendre le dessus. Il est vrai que mon dernier entretien, je souhaitais l'effectuer en service de médecine ou de chirurgie mais après avoir réfléchi, il me paraissait important d'avoir une autre vision de l'accompagnement et notamment dans un service dit « technique ». C'est pourquoi j'ai choisi d'interviewer des professionnels de santé qui travaillaient en service de réanimation chirurgicale. Dans ce service, la rencontre avec le patient peut être très aléatoire (de courte ou de longue durée selon l'état et la gravité du patient). Les émotions pouvaient-elles avoir une place ? La relation avec le patient est différente car celui-ci peut être dans le coma c'est pourquoi je me devais d'interviewer ce type de professionnels.

En exposant mon travail à mon entourage, j'ai pu réussir à obtenir les coordonnées de deux professionnels de santé : l'une en maison de retraite et l'autre en service de réanimation. Pour le dernier entretien, je suis passé par les diverses étapes nécessaires afin d'obtenir un entretien.

➤ Éléments facilitateurs

Durant les entretiens, je savais ce que j'attendais ; les rendez-vous de suivis collectifs et individuels, m'ont permis d'orienter plus facilement mes questions. Ma grille d'entretien à elle, permise aux soignants de répondre largement. Il est vrai que durant les entretiens, les professionnels de santé, amenaient les questions suivantes sans que j'aie le besoin de les poser. Je n'ai eu aucune difficulté à laisser des blancs peu importe la durée de ces derniers afin de permettre au soignant de réfléchir à la question posée pour qu'il puisse y répondre.

➤ Eléments freinateurs

Il est vrai que les professionnels de santé amenaient les questions suivantes, mais une des difficultés que j'ai pu avoir était de réorienter les soignants sur le thème de mon travail lorsqu'ils s'en éloignaient un peu. J'ai également eu des difficultés de reformulation durant le premier entretien ; peut être de peur de le « couper dans son élan » ? Mais par la suite, durant les autres entretiens, j'ai réussi à m'imposer un peu plus afin de pouvoir approfondir les dires du soignant.

D – Présentation des Professionnels interviewés

Entretien n° 1 :

Mme A., ancienne secrétaire médico-social, est diplômée depuis 1982 soit 25 années d'exercice professionnel. Elle a travaillé comme infirmière libérale quelques mois puis par choix, a exercée au sein de maison de retraite afin d'être auprès des personnes âgées. Elle exerce dans ce service depuis 14 ans. L'entretien a été réalisé dans le bureau du cadre infirmier de cet établissement et a duré 40 minutes. Lors de cet entretien, nous n'avons pas été interrompu.

Entretien n° 2 :

Mme B., diplômée depuis 1993 soit 14 années d'exercice professionnel. Elle a travaillé durant une année comme infirmière de remplacement en centre de transplantation cardiovasculaire et médecine cardiaque, puis, durant 2 ans, a été tournante dans les divers services de cardiologie. Depuis maintenant 11 ans, par choix, elle exerce en service de

soins intensifs de cardiologie. Cet entretien s'est déroulé au domicile de cette infirmière et a duré 30 minutes. Lors de celui-ci, nous avons été interrompu plusieurs fois par le téléphone et ses enfants.

Analyse

Afin de mieux cerner le sujet de ce travail écrit, il me paraît pertinent de définir et expliciter les mots clefs constituant la question de départ. Je vais donc extraire trois concepts me semblant être indispensables à la compréhension de ce travail de recherche.

A - La Mort

Dans un premier temps, il me paraît nécessaire de définir ce qu'est la mort à travers les diverses lectures que j'ai pu effectuer.

D'après le dictionnaire médical la mort se définit comme : « *un arrêt complet et définit des fonctions vitales d'un organisme vivant avec disparition de sa cohérence fonctionnelle et notamment de l'activité électrique (tracé encéphalographique plat) et destruction progressive de ses unités tissulaires et cellulaires* »². Celle-ci est donc une cessation définitive de la vie, c'est une loi naturelle que l'on ne peut transgresser vu qu'elle fait partie de notre programme génétique. Sur le plan anthropologique, celle-ci fait partie intégrante de la vie, la mort est l'état progressif qui débute dès la naissance : on naît et on meurt.

A – 1 La mort d'aujourd'hui

D'après Marc Augé : « *parce que chacun ne peut faire une expérience vécue et authentique de sa propre mort, la mort est toujours apparue comme l'impensable par excellence* »³. La mort est un mystère que nul ne peut décrire, étant une certitude, elle reste malgré tout quelque chose d'impensable. C'est une interrogation qui tout au long de notre vie reste angoissante. Mais à l'aube de celle-ci, reste l'appréhension des derniers instants de la vie en fonction de la représentation que chacun se fait de sa propre mort. A part la connaissance physiologique, elle reste quelque chose d'insaisissable. En effet, elle a toujours été pour l'homme un objet de répulsion. Pourtant, nous savons que cette mort est inéluctable, on ne peut la vaincre. De ce fait, notre inconscient ne peut l'envisager comme une réalité. L'être humain est donc tenté de la refouler, c'est-à-dire l'ignorer ; mais cette perception de la mort a-t-elle toujours été celle-ci ?

² MANUILA. L, MANUILA. A, NICOULIN. M, Dictionnaire médical, 7^{ème} édition, Paris, Masson, 1996

³ AUGÉ. M dans BIO. C, GUINAND. F, HORTALA. F, « Mourir vivant », Paris, éditions de l'atelier / éditions ouvrières, 1996, p.12

A – 2 Historique : la médecine et la mort

La mort, est une étape qui a été perçue durant les siècles de différentes façons selon l'homme et la médecine. **Du temps d'Hippocrate** (de 460 à 365 avant Jésus Christ), les médecins ne devaient pas s'épuiser à vaincre un mal incurable ; ce mal en question est « la mort » ; les mourants étaient donc laissés à l'écart. **Au Moyen Age** (Xème – XVème siècle), la mort est dite « apprivoisée », celle-ci est préparée par le mourant, des cérémonies sont célébrées à son décès ; la mort est donc idéalisée. Les médecins quand à eux sont un luxe que seul les privilégiés peuvent s'offrir. Pour les moins aisés, les religieux et les gardes malades sont de simples substituts. **Du XIIIème au XVIIIème siècle**, l'homme doit se racheter des péchés auxquels il a succombé auprès de l'église catholique, c'est ce que l'on nomme « la mort de soi ». La notion du « jugement dernier » voit le jour suite à l'apparition du purgatoire et de l'enfer. Les rites débutent et la notion de deuil se dévoile (pleureuses, port de vêtement de couleur noir, christianisation des cérémonies funéraires et personnalisation des tombes, le dernier portrait du mourant, la photographie...). La mort devient alors beaucoup plus intéressante à l'œil des médecins car ces derniers s'interrogent sur le diagnostic clinique qui va permettre de constater le décès. **Par la suite, jusqu'au XIXème siècle**, les médecins visitent les mourants agonisants pour deux raisons ; D'une part, sur un plan de recherche car l'agonie des personnes permet d'obtenir des renseignements afin de mieux comprendre les maladies et dans un second temps, le rôle du médecin tend vers un rôle social et humaniste : c'est « la mort de toi ». Lors de celle-ci, tout est dans l'exagération, soit elle est vécue comme un soulagement ou alors un grand drame. Les souvenirs prennent une place importante. **Depuis le XIXème siècle**, dans notre société, l'image que l'on se fait de la mort touche prioritairement les personnes âgées, mais ce visage d'une mort lente et inéluctable est caché et occulté par une société qui privilégie beauté, performance et longévité. De surcroît, le développement de la médecine à travers les découvertes thérapeutiques ont permis à la mort d'être repoussée ; celle-ci est dite « interdite » ce qui fait de la mort l'ennemie du 20^{ème} siècle. Illich. I dit : « *La médecine de pointe est l'élément le plus solennel d'un rituel qui célèbre et consolide le mythe selon lequel le médecin livre une lutte héroïque contre la mort.* »⁴ A l'inverse, Marie de Hennezel stipule : « *Si la maladie est une ennemie à combattre, la mort n'en est pas une...*

⁴ ILLICH. I, « L'infirmier(e) et les soins palliatifs », Paris, Masson, 1999, p.38

elle fait partie de la vie... il y a deux façons de réagir : faire face ou fuir. »⁵ L'origine de ce désir illusoire de vaincre la mort, ne fait-t-il pas penser à la peur de sa propre mort ?

En France, la plupart des décès s'effectuent à l'hôpital alors qu'il y a peu, cette ultime étape avait lieu au domicile. Pourquoi ce mouvement ? Ce déplacement du lieu où l'on meurt n'est-il pas dû à une décharge de la société et des familles sur les institutions médicalisées ? Mais l'hôpital est-il vraiment adapté ? Comment prendre soin d'une personne mourante dans un établissement où la mission première est de guérir ? Comment trouver le temps de les accompagner lors de cette ultime étape ? Il est donc nécessaire en tant que soignant de connaître ses propres ressentis par rapport à la mort afin de pouvoir accompagner un patient mourant dans les meilleures conditions possibles pour pouvoir combler les besoins que ce patient demande⁶.

A – 3 Les représentations de la mort et du patient mourant dans notre profession

En ce qui concerne la mort, chaque infirmière que j'ai interviewé stipule à l'unanimité qu'elle fait partie de la vie. Mme A. dit qu'« *elle va avec la naissance, la mort est l'aboutissement du chemin du vivant.* » Mme B. ajoute « *c'est à chaque fois une nouvelle aventure, un nouvel évènement.* » A travers cela ; on peut comprendre que la mort est la dernière étape que le vivant effectue. Evènement final de la vie marqué par divers rites et célébrations⁷. Mais c'est aussi une étape difficile qui peut faire peur ; par ailleurs, Mme B. le dit bien : « *la mort fait toujours peur mais elle est plus acceptée aujourd'hui par les professionnels de santé.* » La mort « *n'est pas un phénomène purement biologique, c'est une notion construite, élaborée, une façon d'être culturelle, morale et religieuse.* »⁸ A part la connaissance physiologique, la mort reste une interrogation ; nous ne la connaissons pas réellement ; elle reste un questionnement auquel nous ne pouvons répondre. Mme A. pense que « *la mort est quelque chose que l'on ne veut pas voir en face... elle reste un mystère... qui nous apprend à mieux accompagner l'autre.* » En ce qui concerne le patient mourant, chacun est singulier, il reste avec ses principes, ses valeurs, ses cultures ; il est donc nécessaire au soignant qui en a la charge de prendre tout cela en compte car ce patient

⁵ DE HENNEZEL. M, « La mort intime », édition Robert Laffont, 1995, p.31

⁶ Besoin du patient mourant (Annexe II)

⁷ Toilette funéraire, veillée funèbre et rites funéraires (Annexe III)

⁸ ENYOUMA Marcus, FALCON Nathalie, SOUBEYRAND Pascal, « les nouveaux cahiers de l'infirmière », Sciences Humaines, 2^{ème} édition, édition Masson, 2002, p. 121-122

qui se retrouve face à la mort s'accroche à ses convictions ; c'est également ce que m'a apporté Mme A. durant l'entretien, elle a dit « *il faut prendre en compte les habitudes de vie du patient afin d'aboutir à un accompagnement personnalisé* ». Par ailleurs, l'article 8 de la charte des personnes hospitalisées stipule « *l'établissement de santé doit respecter les croyances, les convictions des personnes accueillies.*»⁹ et d'autre part, « *le respect... du patient doit être préservé lors des soins, de la toilette, ..., la personne hospitalisée est traitée avec égards.*»¹⁰ Cet accompagnement personnalisé nécessite que le soignant connaisse le patient grâce à un recueil de données approfondi ainsi qu'une relation de confiance soit instaurée entre ces deux éléments. Lorsque la mort apparaît brutalement, il devient difficile d'accomplir les derniers souhaits du patient mourant. Mme B. m'a alors stipulé que le ressenti du patient comme du soignant était divergeant selon la façon dont la mort arrive car « *lorsque la mort est brutale, cela est plus difficile... on ne peut la préparer...* » alors que « *... lorsque la mort est attendue, l'accompagnement du patient ce fait en douceur.* » Elles m'ont toute stipulée que la représentation de la mort se faisait différemment si celle-ci avait déjà été côtoyée auparavant. Mme A. a même ajoutée que « *le regard du soignant envers le patient mourant était différent selon son vécu personnel et/ou professionnel* ». On peut alors découvrir que chacune a vu son regard évolué grâce à sa propre expérience de la mort qu'elle soit personnelle ou professionnelle.

B – Le Soin

B – 1 Qu'est ce que soigner ?

Soigner : Le mot « soigner » se définit comme un « *agir pour soi-même ou pour autrui afin d'entretenir la vie, de maintenir, restaurer et promouvoir la santé.* »¹¹ Soigner, c'est donc aider un individu qui a besoin de soins, en lui prodiguant ces derniers, afin de lui assurer un bien être. Walter Hesbeen stipule que le soin « *trouve son origine dans le travail d'humanité (...)*»¹². Il spécifie donc que l'humanité, c'est « *le soucis de l'humain*

⁹ <http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/chartecouleur.pdf>

¹⁰ Ibid

¹¹ Dictionnaire des Soins Infirmiers et profession infirmiers, amiec recherche, édition Masson, 3^{ème} édition, 2005, p.256

¹² HESBEEN Walter, « Travail de fin d'études, travail d'humanité se révéler l'auteur de sa pensée », édition Masson, Paris, 2005, p.36

pour l'humanité. Elle procède de l'implication des personnes dans le monde (...) un tel soucis nécessite de se porter intérêt à soi (...) il nécessite aussi de porter intérêt à l'autre, un autre unique et particulier qui existe en une situation. »¹³ A travers cette citation, on peut donc voir que pour soigner, il faut une implication de soi-même envers l'autre, être singulier ; soigner c'est donc l'un et l'autre.

Prendre soin : *« C'est prendre et puiser en soi l'énergie et les ressources propices à proposer à l'autre mais aussi à soi, une attention à la fois respectueuse et particulière en vue d'un agir qui se veut sensé (...) »¹⁴ Prendre soin c'est porter un regard à l'autre en respectant ses composantes biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et spirituelles afin qu'il puisse se sentir comme une personne prise en compte en totalité. Accompagner le patient ne rejoint-il pas cette perception du prendre soin ?*

B – 2 L'accompagnement

Avant tout, il me paraît important dans un premier temps de définir ce que peut être l'accompagnement.

Accompagner :

Accompagner vient du latin « compagno » qui signifie « compagnon » « celui qui partage son pain ». Le partage est donc l'idée dominante de ce terme. C'est « *Se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui, aller de compagnie avec.* »¹⁵ Accompagner l'autre c'est également « *marcher vers l'accomplissement de l'inconnu sans cesse renouvelé. Il s'approfondi tout au long de l'existence animé par la vie qui habite chacun et celui des évènements de la vie rencontrés.* »¹⁶

De par ces définitions du mot accompagner, on peut se rendre compte que cela signifie

¹³HESBEEN Walter, « Travail de fin d'études, travail d'humanité se révéler l'auteur de sa pensée », édition Masson, Paris, 2005, p.34

¹⁴Ibid, p.16

¹⁵ Dictionnaire Le Petit Robert, édition Robert, Paris, 2002, p.17

¹⁶ Docteur HACPILLE Lucie accompagnée de l'équipe mobile des soins palliatifs du C. H. U. de Rouen, « les soignants et le soutien aux familles », soins palliatifs, édition Lamarre, 2006, p.XXX

conduire une personne, l'escorter, l'emmener, l'aider à, partager avec elle les évènements de la vie. Mais quand est-il de l'accompagnement ?

Accompagnement :

C'est « l'action d'être et de cheminer avec une personne, de l'entourer, de la soutenir physiquement et moralement. »¹⁷ C'est également une « démarche de soutien thérapeutique fondée sur une relation soignant-soigné et qui assure la continuité des soins en liaison avec l'environnement. »¹⁸ L'accompagnement se traduit donc par un rapport entre deux personnes, c'est être avec l'autre afin de lui éviter l'angoisse, la peur, la solitude qui pourrait émerger d'une situation complexe. C'est également être en relation avec le malade, que celle-ci passe par une communication verbale ou non verbal, support de la relation. Afin de pouvoir effectuer cette tâche, il est nécessaire au minimum d'être deux éléments afin de pouvoir communiquer, échanger, soutenir :

> Le soignant, vient du latin « soniare » qui signifie « s'occuper de ». D'après le dictionnaire des soins infirmiers, c'est un « professionnel de santé qui dispense des soins en fonction du diplôme qui l'y habilite. »¹⁹ C'est donc une personne qui s'occupe d'une autre personne en lui prodiguant des soins et en lui apportant un bien être. L'infirmier(e) est donc un soignant qui d'après l'article n°2 du décret n°2004-802 du 29 Juillet 2004 du code de la santé public, doit « protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes. »²⁰

> Le soigné, dit patient, vient du latin « patiens » qui signifie « souffrir », « supporter » ». Le dictionnaire des soins infirmiers le définit comme une « personne qui présente un ou plusieurs problèmes de santé pour lesquels elle à recours aux soins. »²¹ C'est une personne dont la santé se détériore ce qui engendre un état de dépendance. Le patient est un être humain que l'on se doit de soigner car

¹⁷ Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, Reuil Malmaison, Lamarre, novembre 2002, p.4

¹⁸ Dictionnaire des Soins Infirmiers et profession infirmiers, amiec recherche, édition Masson, 3^{ème} édition, 2005, p.3

¹⁹ Ibid, p.256

²⁰ BERGER-LEVREAUULT, Profession Infirmier, recueil des principaux textes, réf. 531 001, 91 pages, p.81

²¹ Opus.cit., p.193

l'article 3 des droits de l'homme mentionne « *tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne.* »²²

Le soignant de part son statut, sa posture, la représentation que l'on peut en avoir, se situe dans une position de supériorité par rapport au patient qui lui, consécutif à sa position de malade, sa demande de soins, se retrouve réduit à sa vulnérabilité. L'accompagnement d'un patient autonome est-il le même qu'un patient mourant ? C'est pourquoi après avoir explicité le terme accompagnement, je vais principalement le cibler sur le patient mourant, sujet de cet écrit.

Accompagnement des mourants :

« *Soins relationnel global s'adressant à une personne en fin de vie, lui adressant présence, soutien, attention, disponibilité, auquel s'ajoute l'ensemble des soins indispensables de confort et de prise en charge de la douleur.* »²³ Une autre définition stipule que l'accompagnement des mourants est un « *ensemble de soins qui permettent une prise en charge global du malade en fonction de ses réactions et de son attitude face à la mort, dans le respect de sa dignité et de ses désirs.* »²⁴

Il est vrai que durant leurs études, les infirmier(e)s reçoivent une formation sur l'accompagnement des personnes en fin de vie. Dans ce type de relation, c'est à l'aidant de s'adapter à l'autre, et il faut en permanence, tenir compte de l'autre. Mais cela est-il suffisant pour assumer un accompagnement de qualité dans un service où la nécessité de prodiguer des soins avec rapidité est présente ? Comment y trouver la disponibilité, afin d'accompagner ces personnes dans leurs derniers moments de vie ? Et pour nous, soignant, restons nous intact dans ce type de relation ? Que faire de nos émotions ? Devons nous nous en servir pour adopter un accompagnement de qualité envers le patient mourant ?

²² Les droits de l'homme (Annexe IV)

²³ Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, Reuil Malmaison, Lamarre, novembre 2002, p.4

²⁴ Dictionnaire des Soins Infirmiers et profession infirmiers, amiec recherche, édition Masson, 3^{ème} édition, 2005, p.259

C - Les Emotions

C – 1 Les émotions lors du soin

Ethymologiquement, le terme émotion vient du préfixe « é » qui signifie un déplacement vers l'extérieur et du suffixe « motion » qui indique un mouvement. Elle se définit comme un « *trouble affectif, global, brusque, intense et passager d'un sujet, de tonalité agréable ou pénible (joie, peur, colère), provoqué par une situation inattendue et qui s'accompagne d'une réaction organique confuse de dérèglement, de désadaptation et d'un effort plus ou moins désordonné pour rétablir l'équilibre rompu.* »²⁵

A travers cette définition, on peut remarquer que l'émotion provient de l'intérieur et s'extériorise de façon spontanée selon les événements extérieurs. C'est un processus agréable ou désagréable manifesté par une réaction physique (pleurs, rougeur, chaleur, rire) qui émerge lors d'une situation inattendue. C'est également « *un processus dynamique constitutif de la construction de la personnalité* »²⁶ car, « *notre vie entière et l'ensemble de nos conduites dépendent des émotions que nous ressentons.* »²⁷ L'émotion fait donc partie intégrante à l'enrichissement de notre personnalité en la développant. Chaque personne, soignant, patient, a ses propres émotions, vécues de diverses façons selon une situation identique car nous sommes « *touché émotionnellement (...) en fonction de notre propre histoire, de notre propre mémoire.* »²⁸

Les émotions sont diverses et sont perçues de différentes façons selon chacun.²⁹ Notre vécu s'élabore en fonction de notre histoire ce qui permet à notre mémoire d'intégrer l'émotion, qu'elle soit consciente ou inconsciente au fur et à mesure de notre vie. Le soin « *met au contact deux corps vivant, qui perçoivent des sensations, qui ressentent des émotions, et qui pensent.* »³⁰ Pour l'infirmière(e), l'émotion est ressentie à un moment fort du soin, mais le comportement qui en découle est singulier, il reste propre au soignant. La

²⁵ Définition du vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines, p.94

²⁶ ENYOUMA Marcus, FALCON Nathalie, SOUBEYRAND Pascal, « les nouveaux cahiers de l'infirmière », Sciences Humaines, 2^{ème} édition, édition Masson, 2002, p.94

²⁷ Ibid, p.94

²⁸ Opus. cit., p.94

²⁹ Les 4 expériences émotives (Annexe V)

³⁰ PRAYEZ Pascal, « Distance professionnelle et qualité du soin », gestion des ressources humaines, édition Lamarre, 2003, p. 8

maîtrise de l'émotion ne peut être envisageable vu que l'on ne peut la contrôler ; seul sa régulation reste possible. Lors de l'accompagnement du patient mourant, les émotions sont-elles bénéfiques ? ou au contraire invalidantes ?

C – 2 L'influence de la mort sur les émotions

L'approche de la mort est un soin pour lequel on ne reste pas indem, c'est une relation à l'autre où les émotions sont activées en permanence. Le soignant est un être humain qui tout comme la personne soignée a un cœur, une âme, des émotions. L'accompagnement d'un patient mourant peut donc être vécu difficilement par le soignant. L'aggravation de l'état de santé du patient, engendre une incertitude, une angoisse permanente pour celui-ci ; sentiments que l'infirmier reçoit et ressent. Il se retrouve confronté à l'évolution de la maladie et doit en même temps, accompagner le patient qui lui, vit dans une incertitude permanente ; il se retrouve à la fois entre l'espoir d'une amélioration de son état de santé, une guérison ; et effectuer l'accomplissement d'un processus de deuil face à la mort.³¹

Cette fatalité de la mort, peut renvoyer chez le soignant un sentiment d'impuissance, ce qui le rend vulnérable lors du soin. Celui-ci perd donc sa neutralité et ne peut adopter une attitude empathique, attitude par laquelle le soignant a la « *capacité à se mettre à la place d'autrui afin de comprendre ce qu'il éprouve* »³² ; c'est donc avoir la capacité de s'immerger dans le monde subjectif du patient afin de l'aider à cheminer et accepter le processus de la vie, tout en sachant se protéger soi-même. En contrepartie, si le soignant « baisse sa garde », les émotions surgissent, et il peut soit se retrouver dans « *un surinvestissement, qui se manifeste par une hyperactivité, une implication personnelle au-delà des exigences de la profession ; soit, au contraire, par un désinvestissement traduisant un sentiment de découragement.* »³³ Lors de l'accompagnement des patients mourant, les émotions sont plus intenses et plus diverses, car la mort, renvoie au soignant une incapacité à guérir la maladie. Mais l'article 25 du décret n° 93-221 du 16 février 1993, relatif aux règles professionnelles des infirmier(e), stipule que « *l'infirmier doit*

³¹ Les différentes étapes du processus de deuil (Annexe VI)

³² LE GOFF Claire Bernard, Revue Inter bloc, « l'accueil au bloc opératoire, donner du sens aux soins », édition Masson, Tome XXV, Septembre 2006, p.197

³³ ENYOUMA Marcus, FALCON Nathalie, SOUBEYRAND Pascal, « les nouveaux cahiers de l'infirmière », Sciences Humaines, 2^{ème} édition, édition Masson, 2002, p.95

dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il éprouve à son égard... »³⁴. Il est donc difficile, pour nous soignant, de savoir ce que l'on renvoi à l'autre, patient, à travers ses émotions. Afin de dispenser des soins sans prendre en compte nos ressentis, comment, le soignant peut-il se protéger de ses propres émotions lors de l'accompagnement au patient mourant ? N'est ce pas ce qu'il s'est passé lors de la situation que je vous ai expliquée précédemment ? Ne me suis-je pas assez protégé ? Ai-je laissé une trop grande place à mes émotions durant ce soin ? Ont-elles prisent le dessus ? Comment aurais-je du réagir ? Ais-je réagi ?

C – 3 Les ressentis spécifiques lors de l'accompagnement au patient mourant

Elle m'ont toutes évoquées que le ressenti prioritaire était la tristesse ; Mme B. à même stipulée que le ressenti « *dépend selon le vécu de l'infirmier... cela engendre de la tristesse, de la peine car nous sommes humains et nous accompagnons le patient dans cette étape de la vie qu'elle soit de courte ou de longue durée.* » Mme A. ajoute que l'« *on repense à ce que l'on a vécu avec le patient et à ce que l'on n'a pu faire avec les patients antérieurs.* » Chaque patient est unique et il est donc « *nécessaire de prendre du temps avec le patient afin de ne pas passer à côté de ses demandes.* » En effet d'après mes lectures j'ai pu expliquer précédemment qu'il était nécessaire que la notion de « prendre du temps » avec le patient lors de l'accompagnement se fasse, afin de pouvoir repérer les besoins perturbés de celui-ci mais également l'écouter pour pouvoir satisfaire ses demandes. C'est alors que Mme B. me dit que « *la surcharge de travail et le manque de personnel ne peuvent faire que l'on prenne le temps avec le patient* » ; phrase qui rejoint le questionnement que je me suis fait également lors de l'approche théorique de mon travail. Elle stipule également que « *lors de l'approche à l'autre, le soignant peut appréhender les questions du patient par rapport à la mort...* » Il est donc nécessaire pour nous professionnel soignant de nous protéger et de savoir où nous en sommes avec la mort. Mais pour pouvoir s'assurer une protection, d'après Mme A. « *...avant d'effectuer un accompagnement de ce type, il est nécessaire de faire un travail approfondi sur soi.* » Ce travail approfondi de soi permet au soignant de connaître ses propres limites et d'« *être disponible sans déborder.* » car lorsque nous sommes en relation avec le patient, « *nous*

³⁴ BERCER-LEVRAULT, « profession infirmier », Décret n°93-221 du 16 février 1993, article 25, réf. 531 001, p.76

sommes avec le patient et non avec une personne extérieure, un membre de la famille ou un ami. » Il est donc essentiel pour nous soignant de nous connaître pour assurer notre protection. Mme A. a ajoutée « l'expérience professionnelle permet au soignant de se sentir plus à l'aise avec le patient lorsqu'il l'accompagne. »

C – 4 Les répercussions des émotions sur l'accompagnement

Lors de l'accompagnement au patient mourant, soin dans lequel le soignant entre relation avec l'autre, les émotions sont présentes aussi bien pour le soignant que le patient. Lors du soin, chaque soignant peut anticiper ses actes, mais lorsque les émotions sont intensifiées par une situation, au moment de les accomplir, ils deviennent tout autres. La situation peut faire que ses actes réfléchis auparavant se retrouvent bouleversés. Mme B. m'a dit « *certaines soignants, prennent la fuite et passe le relais face au patient mourant ou au contraire, d'autre s'impliquent d'avantage.* » En effet, le soignant va s'adapter à ce type de situation en adoptant des mécanismes de défenses qui vont lui permettre de se protéger lorsque les émotions sont trop fortes. En effet, Mme B. indique que « *si on ne prend pas en compte ses émotions, il y aura la mise en place de mécanisme de défenses.* » Ils se définissent comme « *des activités du moi destinées à protéger le sujet contre les tensions internes d'ordre pulsionnel et contre les situations qui provoqueraient ces tensions.* »³⁵ N'est-ce pas le principe d'apparition des émotions ? Ne naissent-elles pas suite à une situation qui déclenche une tension interne ? Les mécanismes de défenses permettent donc au soignant de s'adapter, se protéger de manière naturelle à son environnement lorsque celui-ci devient trop difficile à gérer. Lors du soin, nos propres émotions ont-elles déclenchées des mécanismes de défenses afin de nous protéger ? Ces mécanismes ont-ils été les facteurs d'un comportement auquel on ne peut adhérer lors du soin ? Ai-je subi le mécanisme de projection lorsque j'ai remonté le drap afin de respecter la pudeur de la patiente ? Ce comportement est-il subi inconsciemment ? Ce mécanisme de défense signifie, « *prêter à autrui des sentiments ou émotions que nous refusons de reconnaître en nous.* »³⁶ Me suis-je identifié à la patiente ? L'identification projective fait que « *le soignant s'identifie au malade et en même temps projette sur lui ses propres*

³⁵ ENYOUMA Marcus, FALCON Nathalie, SOUBEYRAND Pascal, « les nouveaux cahiers de l'infirmière », Sciences Humaines, 2^{ème} édition, édition Masson, 2002, p.99

³⁶ Ibid, p.131

*émotions. Il y a donc confusion entre son ressenti personnel et celui de l'autre »³⁷. » Lors de l'accompagnement des patients mourants, les mécanismes de défenses des soignants se mettent en place afin de faire face à une situation qui se révèle trop pénible, trop douloureuse. Mais ces derniers ne sont pas les mêmes pour tous les soignants, chaque soignant adopte un mécanisme de défense qui lui est propre (le mensonge, la fuite en avant, la fausse réassurance, la rationalisation, l'évitement, l'identification projective)³⁸ car chaque soignant est unique. Par la suite, les émotions doivent alors pouvoir être évacuées afin de ne pas devenir « intrusives » ; elle ajoute que « *cela doit être dit, évacué afin d'éviter l'augmentation de ses propres sentiments.* » L'évacuation de nos sentiments à nous professionnels de santé peuvent donc être mis en œuvre par le biais d'une thérapie comportementale et cognitive, une réunion avec le psychologue, échanger avec un membre du personnel, se confier à une personne qui puisse nous écouter. Mettre des mots sur ce que l'on ressent en tant que soignant, nous permet ainsi de réguler et rediriger nos émotions. Mme B. émet qu'« *il est nécessaire de montrer ses émotions car le patient et sa famille, voient l'infirmier(e) proche de leur peine* ». Mme A. ajoute que « *laisser montrer ses émotions permet à la personne mourante de sentir les émotions du soignant ce qui va lui permettre de libérer les siennes* ». Le refoulement des émotions est-il envisageable ? Au bout d'une certaine période, ou lors d'une situation similaire, lorsque les émotions ne sont pas exprimées, elles peuvent ressurgir de manière intensifiée et ne plus être en rapport avec le moment présent. Les émotions ressenties, seront le résultat de la situation vécue sur le moment, additionné d'un « effet rebond » de la situation antérieure. Mme A. m'a même dit que « *gérer ses émotions permet de prendre du recul afin d'avoir une relation à l'autre plus facile.* » Il est donc nécessaire pour Mme B. de « *suivre une formation pour être plus à l'aise dans l'accompagnement* »*

C – 5 La distance relationnelle

Comme je l'ai explicité auparavant, chacun d'entre nous est singulier, chacun réagit avec ce qu'il a comme ressource, comme valeur. Tous les soignant ne peuvent donc pas exprimer leur ressenti ; Mais lorsque le soignant est submergé par ses émotions, peut-il aller au-delà de ce qui lui est autorisé ? Il est certain qu'une même situation serait

³⁷ Opus. Cit., p.131

³⁸ Les mécanismes de défenses (Annexe VII)

appréhendée différemment par une autre personne. C'est pour cela qu'il est nécessaire d'adopter une distance relationnelle « *séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable* »³⁹, entre le soignant et le soigné afin d'acquérir une protection supplémentaire. « *Pour son propre équilibre personnel comme pour un bon accompagnement du patient...le professionnel gagne à trouver une juste distance non défensive. Elle lui permet de ne pas être dépassé par une implication passionnée, qui le ferait excessivement souffrir sans aider la personne soignée de façon efficace.* »⁴⁰ Cette protection, est nécessaire pour ne pas devenir l'élément intrusif dans la vie du patient et savoir garder une place de professionnel soignant. D'après Mme B. « *il faut bien la doser* », il faut « *être assez proche pour bien accompagner le patient et sa famille et savoir prendre du recul afin de nous protéger.* » Elle m'a bien stipulée qu' « *une prise de distance trop grande ne permet pas d'obtenir une relation de confiance avec le patient.* » Il faut que nous soignant, gardions une juste distance ; pas trop éloignée car par la suite, le patient se renfermerait, ne livrerait plus ses sentiments, ses ressentis à propos de la mort et être assez proche, afin de pouvoir garder une relation de confiance avec lui. Selon l'anthropologue E. Hall, il existe quatre types de distances relationnelles : la distance publique, sociale, personnelle et intime.⁴¹

D – La Famille

D – 1 L'importance de la place de la famille

Cet aspect de la place de la famille est nécessaire au patient car d'après Mme A la famille « *est le seul lien qui reste au patient de l'extérieur* » celui-ci « *s'accroche à ses semblables durant cette épreuves et à besoin de leur soutien.* » Pour nous soignant, nous ne devons pas remplacer la famille, nous devons rester à notre place de soignant et au contraire « *faire le maximum pour que le lien entre la famille et le patient se renforce* ». Lors de l'accompagnement, les familles ont besoins de nous car elles se retrouvent également en souffrance de voir l'être avec qui elles ont toujours vécu disparaître à petit feu. Mme B. m'a affirmée que « *lors du processus de deuil du patient face à l'acceptation*

³⁹ PRAYEZ Pascal, « Distance professionnelle et qualité du soin », gestion des ressources humaines, édition Lamarre, 2003, p. 9

⁴⁰ PRAYEZ Pascal, « Distance professionnelle et qualité du soin », gestion des ressources humaines, édition Lamarre, 2003, p. 2

⁴¹ Les différents types de distances (Annexe VIII)

de sa mort prochaine, la famille accomplit également ce processus. » Nous nous retrouvons donc avec une double responsabilité, celle du patient et de sa famille. En contre partie, c'est cette famille qui va nous permettre à nous soignant d'avancer dans l'accompagnement du patient mourant car « *la famille connaît le patient* ». Elle a un rôle important ; c'est elle qui va nous apporter les informations que nous ne soupçonnons pas, soit parce que nous ne l'avons pas remarqué ou bien parce que nous sommes à effectuer des soins techniques ou relationnels à un autre patient. L'accompagnement du patient ne se fait pas seulement entre un soignant et un patient, il se fait également avec sa famille. Ce trinôme soignant / patient / famille, est quelque chose de nécessaire à l'acceptation du patient à propos de son état ; de sa vision de la mort. Certes durant cette accompagnement nous pouvons également nous soignant nous retrouver avec une pression de la famille qui voit « l'être cher » dans la souffrance, la tristesse, la révolte ou le déni. Nous devons garder un positionnement professionnel et ne pas nous laisser submerger par nos ressentis personnels. Nous devons expliquer à la famille le pourquoi de cette attitude que le patient adopte ; attitude qui se révèle être le processus de deuil face à cette mort inéluctable. En contre partie, nous devons tout mettre en œuvre, nous soignant pour pallier à la douleur et la souffrance du patient. C'est pourquoi il est nécessaire de ne pas être dans l'acte immédiat selon son ressenti mais en informer l'équipe pluridisciplinaire afin d'obtenir un accord collégial.

Après vous avoir émis l'analyse de mon travail écrit de fin d'étude, je vais vous faire part de la problématique qui en a découlé.

Problématique

Cette étude avait pour objectif de comprendre pourquoi certains soignants notamment les infirmiers, réagissent d'une façon autre à leur convictions lorsqu'un patient se retrouve face à la mort ce qui pouvait rendre l'accompagnement de celui-ci complexe. Au fil de l'année, mon questionnement s'est affiné, j'ai pu comprendre que cette réaction inadaptée pouvait être due aux émotions du soignant suite à ce que pouvait renvoyer le patient à l'infirmier(e). En a donc découlé ma question de départ : « En quoi la place des émotions de l'infirmier influence-elle la prise en charge lors de l'accompagnement des patients mourants ? »

J'ai donc réalisé diverses recherches dans divers ouvrages et divers sites Internet et c'est à ce moment que j'ai pu comprendre que les émotions dictent notre comportement et que celles-ci sont liées à ce que le patient peut nous renvoyer ; à ce que l'on peut revivre à travers lui. Les représentations de la mort que l'on peut avoir, peuvent influencer également notre façon de réagir aussi bien sur le plan intellectuel qu'émotionnel. Hors, lors d'un soin sur un patient mourant, une relation entre ces deux éléments (le patient et le soignant) s'instaure ce qui peut faire émerger une émotivité qui va dicter ses actes. A ce moment précis, va se mettre en place des mécanismes de défenses pour contrôler cette sensation perçue comme dangereuse. C'est pourquoi les répercussions des émotions sur l'accompagnement du patient peuvent se transformer soit en un contact minimum ou soit en une assistance maximale. C'est deux façon de réagir ne vont pas permettre une aide, un accompagnement optimal du patient et peuvent mettre l'infirmier(e) dans une situation dangereuse. C'est pour cela qu'il est nécessaire que le soignant se protège en instaurant une distance avec le patient.

Au cours des entretiens, mon questionnement a évolué, j'ai intégré la place de famille dans l'accompagnement, aspect auquel je n'avais pas pensé. Il est vrai que la famille a une place importante ; elle est le « troisième œil » des soignants. Ce trinôme patient / soignant / famille est donc un atout supplémentaire à prendre en compte. Les entretiens exploratoires réalisés montrent également que notre comportement est relié à nos émotions qui sont elles associées à nos représentations. Toutes les personnes interrogées se sont bien positionnées comme « professionnels » et précisent toutes qu'il est important « de se connaître et de prendre du recul. » Cela va permettre au soignant d'adapter sa réponse et sa conduite au patient qu'il accompagne afin d'aboutir à une relation d'aide la

plus efficace possible. C'est l'expérience qui permet une prise de conscience de ces émotions et de leurs conséquences sur le soin. Mme A. l'a bien stipulé : « *l'expérience professionnelle permet au soignant de se sentir plus à l'aise avec le patient lorsqu'il l'accompagne.* »

Une pratique régulière de l'accompagnement des patients mourants permet-elle une meilleure approche ? L'expérience professionnelle nous permet-elle de maîtriser nos émotions ? Permet-elle également une modification des représentations que nous nous faisons antérieurement ? Qu'est-ce qui donne le droit à l'expérience de limiter les erreurs qui peuvent arriver lors de l'accompagnement au patient mourant et sa famille ?

La question qui découle de toute cette réflexion est « **En quoi l'expérience professionnelle nous permet-elle de maîtriser nos émotions et de réaliser un accompagnement de qualité ?** »

Conclusion

Ce travail écrit de fin d'étude résulte d'un questionnement incessant qui a grandi tout au long de ma formation en soins infirmiers. J'ai pour projet professionnel de travailler soit en service de cancérologie ; soit aux urgences.

Dans ces types de services comme tout autres, je pense que la mort est présente et qu'il est nécessaire au soignant de savoir où il en est rendu dans sa vision de la mort. Il est également primordial que chaque professionnel de santé, connaisse ses limites, car le soignant doit instaurer une juste distance lorsqu'il entre en relation avec le patient que cela soit pour un soin technique ou relationnel.

Il est vrai que durant notre formation, on nous demande de contrôler nos émotions. En contre partie, si le soignant a des émotions, des sentiments, il doit pouvoir les évacuées en mettant des mots à ses émotions, à ses maux. Dans ce type de relation qui est l'accompagnement du patient vers sa mort, le soignant doit adopter une attitude empathique ; il doit également savoir être proche du patient lorsque ce dernier en a le besoin, garder une distance qui va lui permettre de s'assurer une protection mais aussi savoir rester à sa place. En aucun cas il ne doit remplacer la famille, même si pour multiples raisons, cette dernière n'est pas présente durant cette ultime étape. N'oublions pas que chacun est singulier, qu'il soit patient ou soignant ; mais devant certaines situations de détresse, notamment celle de la mort, il est parfois difficile de rester professionnel. Trouver une juste distance et savoir adapter ses gestes à la situation à travers ses propres émotions, exige du soignant une véritable réflexion.

C'est pourquoi nous ne devons pas être dans le jugement même si les émotions peuvent être durs parfois ; car si chaque soignant ne se met pas de limites et n'évacue pas ses émotions, un épuisement professionnel pourrait survenir.

Références Bibliographiques

Livres :

⌘ Docteur ABIVEN Maurice, DE GENTILL-BAICHIS Yves, « Vivre avec celui qui va mourir », édition Centurion, Paris, 1991

⌘ AUGÉ M dans BIO C, GUINAND F, HORTALA F, « Mourir vivant », éditions de l'atelier / éditions ouvrières, Paris, 1996

⌘ BERGER-LEVREAU, « Profession Infirmier », Recueil des principaux textes, Références 531 001

⌘ DE HENNEZEL Marie, « La mort intime », édition Robert Laffont, Paris, 1995

⌘ ENYOUMA Marcus, FALCON Nathalie, SOUBEYRAND Pascal, « Sciences Humaines », édition Masson, 2^{ème} édition des Nouveaux cahiers de l'infirmière, n° 6

⌘ Docteur HACPILLE Lucie accompagnée de l'équipe mobile des soins palliatifs du C. H. U. de Rouen, « les soignants et le soutien aux familles », soins palliatifs, édition Lamarre, Pays-Bas, 2006

⌘ HESBEEN Walter, « Travail de fin d'études, travail d'humanité, se révéler l'auteur de sa pensée », édition Masson, Paris, 2005

⌘ ILLICH I, « L'infirmier(e) et les soins palliatifs », Paris, Masson, 1999

⌘ IRELAND Marie, « Jusqu'au bout du chemin », édition Presse du Châtelet, Paris, 1998

⌘ KUBLER-ROSS Elisabeth, « Les derniers instants de la vie », édition Labor et Fides, Paris, 1975

⌘ MANUILA L, MANUILA A, NICOULIN M, Dictionnaire médical, 7^{ème} édition, Masson, Paris, 1996

⌘ MERCADIER Catherine, « Le Travail Emotionnel des Soignant à l'Hôpital », édition Seli Arslan, 3^{ème} édition, Paris, 2006

⌘ PRAYEZ P, « Distance professionnelle et qualité du soin », gestion des ressources humaines, édition Lamarre, Paris, 2003

⌘ Dictionnaire des Soins Infirmiers et profession infirmiers, Amiec recherche, édition Masson, 3^{ème} édition, Paris, 2005

⌘ Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, Reuil Malmaison, Lamarre, Paris, novembre 2002

⌘ Dictionnaire Le Petit Robert, édition Robert, Paris, 2002

Revues :

☞ DORTIER Jean-François, « Les émotions donnent-elles un sens à la vie ? », Revue Sciences Humaines, Mai 2006, N°171, p. 33

☞ LE GOFF Claire Bernard, « L'accueil au bloc opératoire, donner du sens au soins », Revue Inter Bloc, Septembre 2006, Tome XXV n°3, p. 195

☞ AUTEUR, « Décès : annonce et prise en charge » Revue Soins Gérontologie, Novembre / Décembre 2006, N°62, p. 7 et 8

Modules Optionnel :

☞ « Fin de vie », la Roche sur Yon, 2007, 2^{ème} année

Liens Internet :

☞ <http://perso.orange.fr/gregory.bottier/chap2.htm>, Le cadre conceptuel

☞ <http://redpsy.com/guide/index.html>, Les 4 types d'expériences émotives

☞ <http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/chartecouleur.pdf>, charte de la personne hospitalisée

Cours Théoriques à l'institut de formation infirmier du C. H. U. de Nantes :

☞ « Approche Anthropologique de la Mort », Heas Stéphane, Intervenant, Module Sciences Humaines, le 08 Février 2007, 2^{ème} année

Annexe I

Grille d'entretien

validation par Mme Provost, référente de Travail Ecrit de Fin d'Etude

> La place de la mort

- Le ressenti envers la mort
- Le ressenti envers la patient mourant

> Les différentes émotions

- La réaction éventuel du sujet lorsque ses émotions sont trop fortes
- Les émotions récurrentes lorsque l'on accompagne un mourant

> La gestion des émotions

- La prise en compte des émotions lors du soin
- La manière de gérer les émotions

> La distance relationelle

- Qu'est ce que c'est ?
- Le type de distance à adopter

Annexe III

1 - Les quatre types d'expériences émotives

Présentation du guide des Emotions de Michelle LARIVEY

Données extraites du site Internet www.redpsy.com/guide/index.html

Émotions simples

Ce sont les émotions proprement dites, dans leur plus simple expression. Pour s'informer sur ce qui est important pour nous, il est nécessaire de les ressentir.

Les émotions simples se divisent en deux grandes classes :

- Positives : elles indiquent que le besoin est comblé,
- Négatives : elles signalent que le besoin n'est pas comblé.

Dans chacune de ces classes, il y a trois catégories :

- 1. Par rapport au besoin** : quel est le besoin en cause
- 2. Par rapport au responsable** : qu'est-ce ou qui aide ou nuit à la satisfaction du besoin
- 3. D'anticipation** : mes réactions à ce qui pourrait survenir

Émotions mixtes

Elles sont composées de plusieurs expériences émotives. Elles contiennent habituellement une ou deux émotions et d'autres genres d'expériences qui servent à se défendre contre une de ces émotions. Pour s'informer correctement, il faut donc décomposer l'émotion mixte afin de pouvoir ressentir la ou les émotions et traiter adéquatement les autres expériences qui la composent.

Émotions repoussées

Ce sont des expériences habituellement à dominance corporelle. Elles prennent place lorsqu'on repousse une émotion ou que l'on évite son expression. Il faut retrouver l'émotion refoulée.

Pseudo-émotions

Elles ont l'apparence d'émotion. Elles sont plutôt des "façons de dire les choses" qui cherchent à cerner l'émotion. Il faut identifier l'émotion qu'elles traduisent.

2 - Inventaire des différentes expériences émotives

abaissé	déception	faible	panique
abandonné	découragement	fatigué	paralysé
abhorrer	défensif	fébrilité	paresse
absent	dégoût	fermé	passion
admiration	délaissé	fierté	patient
adorer	délectation	figé	peine
affection (affectueux)	dépendant	flottement	perdu
affolement	déprimé	fort	persécuté
agitation	dérangé	fou	perturbé
agité	désespoir	frayeur	pessimiste
agrément	désir	frustré	peur
agressif	désœuvrement	fureur	peur-panique
aimable	detester	gelé	pitié
aimé	de trop	gêne	plaisir
ambivalent	dévalorisé	gentil	positif
amertume	différent	gratitude	proche
amitié	diminué	haine	rage
amour	distant	harmonieux	raisonnable
angoisse	douleur	heureux	rancune
anxiété	doute	honte	ravisement
apathie (apathique)	doux	hostilité	reconnaissance
appréhension	drôle	humiliation	refusé
arrogant	écarté	impatience	regret
attachement(attaché)	écoeuré	impuissant	rejeté
attendrissement	effroi	impulsif	reposé
béatitude	égoïsme	incompris	repoussé
bégalement	éjecté	indifférent	réservé
bizarre	éloigné	inférieur	ressentiment
blessé	émerveillé	inquiétude	retiré
bloqué	embarras	insécurité	révolté
bonheur	emprisonné	intimidé	ridicule
boule dans la gorge	enchanté	irrité	rougissement
brisé	énervement (énervé)	jalousie-amoureuse	satisfaction
burnout	engourdissement	jalousie-envie	sensuel
cafard	ennui	joie	sérénité (serein)
calme	enragé	jouissance	solitude (seul)
chagrin	enthousiaste	jugé	soupir
chérir	envahi	loin	stressé
choqué (colère)	envahissant	malaise (mal à l'aise)	supérieur
coincé	envie	mal de tête	surpris
colère	épouvante	manipulation	sympathie
compassion	estime	manipulé	tendresse
confiance	étouffement	Migraine de tension	tensions diverses
confusion	étourdissement	mécontentement	terreur
considération	euphorie	méfiance	tics
contentement	évalué	mélancolie	timide
crainte	évanouissement	mépris	trac
crise de panique	exaspération	mort	trahi
culpabilité	excitation	nausées	transpiration excessive
	exclu	négatif	tremblement
	exécrer	nervosité	tristesse
	extase	non-désiré	vanité
	extrémités froides	nostalgie	victime
		optimiste	vide
		ouvert	violence

			vivant volupté
--	--	--	-----------------------------------