

**Institut de Formation en Soins Infirmiers
Groupe Hospitalier Saint Joseph**

**Travail de fin d'études
Pour l'obtention du Diplôme d'Etat Infirmier**

**Le rôle infirmier dans l'accompagnement et le soutien psychologique d'une famille
endeuillée,
suite à un décès brutal.**

**Grassard Elodie
Année scolaire 2007/2008
Promotion Marie-Françoise Collière -2005/2008**

SOMMAIRE

Pages

<u>SOMMAIRE</u>	1 à 3
<u>INTRODUCTION</u>	4 à 6
Motivations	4
Situations cliniques à l'origine de mon choix	5
Question de départ	6
<u>PROBLEMATIQUE</u>	7 à 9
Cheminement	7 à 9
Question de recherche	9
<u>CADRE CONCEPTUEL</u>	10 à 17
I. Le décès à l'hôpital	10 à 12
1. Le décès	10
2. L'annonce à la famille.....	10 à 11
3. La toilette mortuaire.....	11
4. La présentation du corps à la famille.....	11 à 12
II. La formation infirmière concernant l'accompagnement d'une famille endeuillée	12 à 15
1. A l'I.F.S.I	12
2. La relation d'aide	13 à 15
a) Définition.....	13
b) Cadre législatif.....	14
c) Les attitudes nécessaires à la relation d'aide	14
d) La connaissance de soi.....	15
III. Les rites	16 à 17
1. Les rites	16 à 17
a) Définition	16
b) Les fonctions du rite.....	16 à 17
2. Les rites de passages	17

a) Définition	17
b) La toilette mortuaire : rite de passage des soignants.....	17
<u>METHODOLOGIE</u>	18
<u>ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES</u>	19 à 34
I. Présentation des résultats	19 à 28
1. Présentation des soignants interrogés.....	19
Questions 1/2/3/4	
2. Confrontation à la mort / Ressenti de l’infirmier(e).....	20 à 24
Question 5, 6 et 7	
3. Prise en charge de la famille.....	25 à 28
Question 8, 9, 10 et 11	
II. Analyse globale	29 à 34
<u>CONCLUSION</u>	35
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	36 à 38
<u>ANNEXES</u>	39 à 49
Annexe I :	
Décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux. Chapitre V : Mesures à prendre en cas de décès des hospitalisés. (Articles 67 à 74).....	39
Annexe II :	
Décret no 97-1039 du 14 novembre 1997 portant application de l'article L. 2223-39 du code général des collectivités territoriales et relatif aux chambres mortuaires des établissements de santé. Article 4.....	40

Annexe III :

Code de la Santé Publique ; article 1110-4.....41 à 42

Annexe IV :

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires)
du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.....43 à 44

Annexe V :

- I. Les rites.....45 à 46
 - 1. Caractéristiques.....45
 - 2. La structure du rite.....45
- II. Les rites de passages.....46
 - Les étapes du rite de passage46

Annexe VI :

Guide d'entretien.....47 à 49

INTRODUCTION

Lors de mes stages j'ai été, plusieurs fois, confrontée au décès brutal et imprévisible d'un patient. Suite au décès, l'équipe soignante s'est retrouvée face à une famille en détresse, pour laquelle, le soutien de l'équipe était très important. Pourtant, face à ces différentes situations, je me suis sentie totalement impuissante, ne sachant pas quoi faire, ni comment les soutenir dans cette épreuve douloureuse. J'ai donc fait part de mes sentiments à l'équipe soignante. Lors de ces discussions, j'ai pu constater que les soignants se sentaient également désarmés devant les émotions et les questionnements de la famille.

J'ai donc choisi comme thème :

Le rôle infirmier dans l'accompagnement et le soutien psychologique d'une famille suite à un décès, en milieu hospitalier..

Je choisis ce thème car je pense que, au cours de sa carrière, l'infirmière peut être confrontée au décès inattendu d'un patient, dans n'importe quel service de soin. De plus, elle a un rôle important auprès de la famille du défunt. En effet, suite au décès d'un patient l'infirmier et l'aide-soignant effectuent la toilette mortuaire, rangent les affaires personnelles et préparent la chambre afin d'accueillir la famille pour le recueillement. L'infirmier peut participer à l'annonce du décès avec le médecin, lors de laquelle il se retrouve confronté à la détresse de la famille.

Le thème de la mort m'a également interpellé car lors de mon stage en Unité de Soins Intensifs Cardiaque, je me suis rendue compte, que les soignants rencontraient beaucoup de difficultés à prendre en charge la famille après le décès, malgré qu'ils soient régulièrement confrontés à la mort.

Je souhaite, en tant que future infirmière, pouvoir apporter le soutien nécessaire aux familles, afin de les aider à amorcer le processus de deuil.

Descriptif des situations cliniques à l'origine de mon choix :

La première situation s'est déroulée en service de médecine générale.

La patiente Mme C., âgée de 63 ans. Elle a été hospitalisée pour altération de l'état général. Cinq ans plus tôt Mme C., avait eu une mammectomie. Après un bilan approfondi, de nombreuses métastases ont été découvertes. Puis son état, malgré les thérapeutiques mises

en place, s'est aggravé. Mme C., est décédée après un mois d'hospitalisation. Cependant elle avait souhaité que sa famille ne soit pas avertie des résultats du bilan. Ce fût mon premier contact avec la mort d'un patient, cependant je n'ai pu effectuer la toilette mortuaire, sur demande de l'équipe soignante. Cela m'avait été difficile de ne pas pouvoir la réaliser. En effet, j'avais effectué de nombreux soins pour Mme C et le fait de ne pas avoir pu faire sa dernière toilette m'avait laissée le sentiment d'avoir inachevé ma prise en charge.

La deuxième situation clinique s'est déroulée lors de mon stage, de nuit, en Unité de Soins Intensifs Cardiaque.

Le patient, Mr P., était âgé de 53 ans. Il est arrivé dans le service, suite à un arrêt cardiaque, pour lequel il avait été réanimé pendant 20 minutes. A son arrivée Mr P., inconscient, sous respirateur et intubé, présentait des clonies. Le lendemain un électro-encéphalogramme a été réalisé laissant un mauvais pronostic. Mais, lors de l'entretien de la veille, avec le médecin, la famille n'a pas été informée de l'état critique de Mr P. Puis à J.3 de son hospitalisation Mr P, a été mis sous Cordarone, afin de le maintenir en vit. Deux jours plus tard Mr P. est décédé dans la journée. Etant en stage de nuit, j'ai été informée de son décès lors des transmissions, pendant lesquelles les infirmières ont beaucoup parlé de sa famille (sa femme et ses deux enfants de 15 et 18 ans). En effet, elles disaient que l'annonce et l'accompagnement de la famille avait été particulièrement difficile. Cela été dû au fait que Mr P. était décédé jeune et qu'il « laissait » deux enfants et une femme ; de plus, les infirmières semblaient s'identifier à sa femme notamment par le fait que « ça aurait pu être leur mari ».

La troisième situation clinique s'est également déroulée à l'Unité de Soins Intensifs Cardiaque.

Le patient Mr B., 70 ans, était hospitalisé pour Infarctus du Myocarde.

Lors de son hospitalisation Mr B., a subi une coloscopie en vue d'une suspicion de cancer du côlon. Mr B., à J.6 de son hospitalisation a décompensé au milieu de la nuit, et malgré une réanimation d'une heure il est décédé. La cause du décès est restée inconnue car il n'y a pas eu d'autopsie ; cependant, le médecin soupçonnait un anévrisme abdominal qui pourrait être lié à l'endoscopie. Suite au décès, le médecin a téléphoné à sa femme pour l'informer que « quelque chose n'allait pas » et qu'il fallait qu'elle vienne dès que possible à l'hôpital. Dès son arrivée, avec son fils, dans le service, le médecin l'a accueillie puis lui a annoncé le

décès de son mari. Suite à l'annonce, avec l'infirmier, nous l'avons accompagné dans la chambre, afin que Mme B. puisse se recueillir auprès de son mari. Ce moment a été particulièrement difficile pour moi, d'une part parce que j'ai assisté à la réanimation de Mr B. et d'autre part parce que c'était la première fois que je participais à l'accompagnement de la famille.

Ces trois situations bien que similaires mais également très différentes, m'ont interpellées et m'ont amenée à différents constats :

- Les difficultés rencontrées par les soignants, à l'accueil de la famille, lors de leur arrivée dans le service, après le décès,
- L'impuissance ressentie par les équipes soignantes face à la famille du défunt,
- Les difficultés rencontrées par les soignants sur les informations qu'ils peuvent donner à la famille, en respectant le secret professionnel.

Ces différents constats m'ont beaucoup questionnée sur le rôle infirmier, auprès des familles endeuillées.

Je me suis posée ces différentes questions :

- Pourquoi et comment les soignants sont-ils démunis face à un décès brutal ?
- Comment l'équipe soignante peut accompagner la famille lors de l'annonce du décès et des moments qui suivent ?
- Quel est le rôle de l'infirmier dans cette prise en charge de la famille ?
- Quels moyens, quelles formations possèdent l'infirmière, pour cette prise en charge ?

Ces différents questionnements me mènent à formuler cette question de départ :

Comment l'infirmière et l'équipe soignante, suite au décès d'un patient, peuvent-ils accompagner la famille, lors de l'annonce du décès et des moments qui suivent, afin d'amorcer le processus de deuil ?

PROBLEMATIQUE

Aujourd'hui, la mort est un sujet tabou, notre société la refuse, en parle très peu, probablement parce qu'elle est irreprésentable, qu'elle invoque l'invisible.

Souffrir, vieillir, mourir deviennent des dysfonctionnements qui sont remis entre les mains des soignants. En effet, selon l'INSERM¹, aujourd'hui 70% des décès ont lieu dans des établissements de soins ou d'hébergements. La mort est devenue institutionnelle, hospitalière.

Mais, dans une société qui refuse la mort, comment les soignants peuvent-ils se situer ?

Pourtant, ce rôle est inscrit dans la législation² : « *Le rôle de l'équipe soignante se poursuit après le décès du malade dans le but d'assurer le suivi du deuil et de prévenir autant que possible l'apparition d'une pathologie consécutive à la perte d'un proche* ». L'engagement dans le soutien du deuil est donc en cohérence avec les missions de l'infirmière et fait partie intégrante de son travail.

Les soignants doivent donc assurer la prise en charge des personnes mourantes et de leurs familles. Ils participent activement au soutien psychologique et à l'accompagnement des proches. Mais suite au décès d'un patient, quel encadrement faut-il pour la famille ?

Je me demande si, dans un service de soins généraux où la mort est peu présente, l'équipe soignante est préparée à effectuer cet accompagnement.

Cependant, il existe des protocoles en cas de décès, dans les services, accessibles aux soignants, sur le rôle de chaque professionnel.

Autre que les protocoles, l'accompagnement de la famille fait appel à de nombreuses compétences de l'infirmière, notamment à l'empathie, à la relation d'aide, à l'écoute active...

Autant de compétences, développées et acquises par l'infirmière lors de ses études et de son parcours professionnel. Pourtant, dans les situations que j'ai vécues il était difficile pour les soignants et moi-même de mettre en place ces capacités. Cela est probablement dû au fait que la mort d'un patient nous renvoie à nos propres représentations et à notre vécu personnel face à celle-ci. Je pense que l'irruption de la mort peut modifier notre rôle.

¹ DUPONT Marc, **Le décès à l'hôpital. Règles et recommandations à l'usage des personnels**, Doin, Lamarre, Rueil-Malmaison, 2002, 429 p.

² Circulaire DGS/3D du 26 Août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale, partie IV.

Agnès Deroual³ nous dit : « *Nous ne sommes plus perçus comme professionnels mais ramenés à notre statut d'être humain, sans étiquette, expérimentant lui aussi l'angoisse de séparation et se sentant solidaire face à cette grande inconnue* ».

L'approche de la mort, nécessite donc une bonne connaissance de soi et de ses émotions, afin de pouvoir assurer le soutien indispensable aux familles endeuillées. Malgré cette connaissance de lui-même, le soignant peut tout de même se sentir dépassé par cette situation. L'individu, qu'est le soignant, va ressentir d'intenses émotions face à la perte d'un patient. Les manifestations d'afflictions du soignant peuvent-elles entraver le soutien qu'il apporte à la famille ? Pour éviter que cela se produise, il est important que chaque membre de l'équipe puisse marquer ce passage, faire son deuil du patient décédé. Ce passage est souvent effectué lors de la toilette mortuaire, qui est considérée par les soignants comme le geste d'adieu. Cette toilette ultime représente, pour de nombreux soignants, une sorte de rituel de séparation qui leur permettent d'accomplir leur rôle jusqu'au bout. Cependant le rôle de l'infirmier et du reste de l'équipe ne semble pas se terminer à ce moment. Mais si les soignants considèrent que leur prise en charge est terminée après la toilette, n'est-ce pas une façon d'éviter que leurs propres émotions, sentiments ou même le malaise qu'ils peuvent ressentir, n'interfèrent dans ce soutien de la famille ? En effet, s'investir auprès d'une famille endeuillée tout en maîtrisant ses émotions est très difficile. D'autant plus que les soignants s'impliquent également auprès d'autres patients. Ce soutien nécessite donc un investissement, un engagement, une implication de la part de l'équipe, auprès des proches du défunt. Pour cela, les soignants doivent donc faire face à leurs propres émotions ressenties face à la perte d'un patient.

Pour diminuer cette difficulté, je pense qu'il est important que chaque membre de l'équipe puisse verbaliser son ressenti et son vécu de la situation. Cela nécessite une bonne cohésion d'équipe mais également de consacrer du temps à cette rencontre. Cette méthode de débriefing est utilisée dans de nombreux services où la mort est très présente comme les unités de soins palliatifs, les services de cancérologie, de réanimation. Elle peut donc également être utilisée dans un service de soins généraux. De plus, dans certains services, les soignants sont formés à l'accompagnement et au soutien psychologique des familles endeuillées, et cela fait partie intégrante de leur travail au quotidien. Pourtant, dans les

³ BERCOVITZ Alain (coordinateur), **Accompagner des personnes en deuil : l'expérience du Centre François Xavier Bagnoud**, collection Pratique du Champ social, Erès, 176 pages. Chap. : *L'accompagnement du deuil par les soignants*, Agnès DEROUAL (infirmière).

situations que j'ai vécues en service de réanimation les soignants rencontraient tout de même des difficultés. Je me demande donc si la formation peut prévenir ce sentiment d'impuissance et de culpabilité.

Lors d'un reportage dans une unité de soins continus⁴, une infirmière dit : « *nous culpabilisons de passer plus de temps avec un patient qu'un autre, de plus lors du temps consacré à la famille : que lui dire ?* » La psychologue du service dit ensuite « *il est difficile de se retrouver devant une famille et ne pas savoir quoi lui dire et surtout comment réagir de façon adaptée, pour ne pas les angoisser plus par notre propre malaise.* » Enfin une autre infirmière déclare « *toute l'expérience professionnelle, toute la technique que l'on connaît ne peut rien faire, on a quand même un sentiment d'impuissance, l'impression d'un abîme.* »

Cela me questionne : ressentons-nous toujours un sentiment d'impuissance et de culpabilité face à la mort lorsque l'on est soignant ? L'expérience répétée de la mort permet-elle de faire face à ces difficultés ?

Je pense qu'une formation et une bonne connaissance de soi est nécessaire afin de pouvoir prendre en charge des personnes endeuillées, même si le soignant reste avant tout un être humain pour qui ces situations peuvent être difficile à vivre.

De plus, pour soutenir les équipes soignantes et les familles il existe des associations qui proposent des écoutes téléphoniques, des groupes de paroles pour le deuil, dont des dépliants doivent être présent dans le service ou l'établissement. Il y a également des équipes mobiles de soins palliatifs qui peuvent être une aide supplémentaire pour les équipes soignantes.

Tous ces éléments (méthodes, formations, compétences, protocoles, associations...) dont dispose l'infirmière et les autres soignants semblent être nécessaires, afin d'effectuer un accompagnement et un soutien de qualité. Mais, comme je l'ai énoncé précédemment, le soignant est avant tout un être humain qui possède son histoire, ses valeurs, ses représentations de la mort et pour qui le décès d'un patient peut être difficile à gérer.

J'ai donc choisi de formuler cette question de recherche :

Est-il nécessaire, pour les infirmières et l'équipe soignante, d'avoir leurs propres rites de passages, pour faire le deuil du patient décédé, et pouvoir, par la suite, assurer un accompagnement et un soutien de qualité de la famille du défunt ?

⁴ Emission LA MARCHE DU SIECLE – Soins palliatifs : les compagnons des derniers jours, l'accompagnement des mourants – mai 1997, France 3, 90 min.

CADRE CONCEPTUEL

J'ai choisi, dans un premier temps, de présenter les différentes étapes à suivre, suite à un décès à l'hôpital. Cela, afin de mettre en évidence le rôle infirmier.

I. Le décès à l'hôpital

1. Le décès

Les signes cliniques de la mort :

Par définition, il y a un arrêt des fonctions cardiaques et des fonctions nerveuses à caractères irréversibles ; cependant suite au décès d'autres signes peuvent être observables : la mâchoire inférieure qui tombe, les yeux ouverts ou mi-clos, la rigidité qui apparaît environ une demi-heure après le décès.

Les instants suivant la mort :

Suite au constat de la mort il est important d'avertir le médecin afin d'avoir un avis médical pour constater la mort. Le médecin doit apposer sa signature sur le certificat de décès.

Le décès doit être porté à la connaissance de la famille mais également à la direction de l'hôpital et à l'officier d'Etat-Civil à la mairie de la commune.

2. L'annonce à la famille⁵

Si la famille n'est pas présente dans le service, il faut leur téléphoner. L'annonce du décès doit être effectuée par le médecin ou un membre de l'unité de soin. Il faut les informer que le corps ne peut rester que 10h⁶ dans le service avant d'être emmené à la chambre funéraire.

L'annonce du décès dans l'unité de soin est une démarche difficile pour les soignants qui appréhendent ces moments chargés d'émotions et hésitent sur les mots et gestes qui conviennent. Les premiers moments qui suivent l'annonce de la mort sont souvent marqués par un état de choc, de brutalité variable, selon les circonstances du décès. Les attitudes

⁵ Annexe I : Décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux. Chapitre V : Mesures à prendre en cas de décès des hospitalisés, article 68.

⁶ Annexe II : Décret no 97-1039 du 14 novembre 1997 portant application de l'article L. 2223-39 du code général des collectivités territoriales et relatif aux chambres mortuaires des établissements de santé. Article 4.

requisites sont difficiles à codifier et dépendent le plus souvent de la faculté de l'annonçant et des proches à dire ou à écouter. Cette annonce, doit être faite avec le temps et la sollicitude nécessaire, dans un endroit calme, sans précipitation, avec les silences et les espaces adaptés. Il est nécessaire que les explications les plus claires possibles soient données aux proches, tout en respectant le secret médical⁷.

3. La toilette mortuaire

La toilette mortuaire est l'une des marques essentielle du respect porté au corps du malade décédé. L'attention portée à la propreté du corps doit rendre plus supportable l'image souvent saisissante de la personne qui vient de perdre la vie.

Elle doit être effectuée selon les procédures de l'hôpital mais doit également être adaptée aux demandes (religieuses ou non) de la famille ou du patient de son vivant.

Les règles générales de la toilette mortuaire :

Il faut tout d'abord retirer tous les dispositifs médicaux et les bijoux. Tout ce qui a de la valeur va au coffre. Le corps doit être lavé. Les pansements doivent être propres. Les soignants mettent une protection anatomique, ou couvrent les orifices. L'habillement se fait avec une chemise de l'hôpital et un drap le recouvrant. Les yeux doivent être fermés. Il faut remettre le dentier après un soin de bouche, et fermer la bouche à l'aide d'une mentonnière. Le défunt doit être rasé puis coiffé de façon habituelle.

Le patient est installé à plat sur un oreiller, les mains croisées ou le long du corps, au-dessus du drap. Enfin un bracelet d'identification sera placé au poignet du patient.

Les affaires du défunt sont réunies et rangées dans un sac. Les objets de valeurs sont mis au dépôt après un inventaire⁸ fait par deux soignants. La chambre doit être vidée de tout le matériel médical, et des fauteuils sont installés autour du lit.

4. La présentation du corps à la famille

Il est nécessaire que les équipes soignantes organisent la possibilité pour la famille, d'avoir un ultime contact physique avec le défunt, dans la chambre où il a traversé ses derniers instants. En effet, la vue du corps est un élément qui peut être important dans le travail de deuil. Il est nécessaire d'accompagner la famille jusqu'à la chambre et de lui laisser ce temps d'intimité

⁷ Annexe III : **Code de la Santé Publique**. Article L1110-4

⁸ Annexe I : **Décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux**. Chapitre V : Mesures à prendre en cas de décès des hospitalisés, article 74.

auprès du patient décédé, tout en restant disponible. Suite à ces moments de recueil, il est nécessaire d'expliquer à la famille les démarches qui vont suivre et notamment qu'il faut aller aux admissions avec le livret de famille. Il faut également leur demander leur souhait par rapport au départ du corps.

Dans la deuxième partie, je vais développer la formation initiale infirmière sur l'accompagnement. Cela, afin de mettre en évidence, les compétences, et les connaissances que possède l'infirmière, pour pouvoir prendre en charge une famille endeuillée.

II. La formation infirmière concernant l'accompagnement d'une famille endeuillée

1. A.P.I.F.S.I

La formation infirmière initiale a pour but d'inviter l'étudiant à réfléchir sur soi en tant qu'être et permet ainsi d'initier un cheminement « pour devenir un être soignant », professionnel à l'attention portée à l'autre. Lors des trois années d'études, l'étudiant apprend de nombreuses pathologies et les soins infirmiers qui s'y associent, mais il développe également des capacités telles que l'écoute active, l'empathie, l'aide, le soutien, l'accompagnement... autant de compétences, indispensables afin d'assurer l'accompagnement et le soutien d'une famille endeuillée ; cependant, afin d'assurer ce soutien, il est important d'avoir une approche conceptuelle de la mort et de cet accompagnement spécifique ; pourtant cet apport m'a manqué lors des situations que j'ai rencontrées, en effet, dans mon IFSI ce sujet a été peu abordé, nous avons eu un cours d'anthropologie sur la mort en première année, puis des cours sur l'accompagnement du mourant et de sa famille lors du module soins palliatifs qui a duré une dizaine d'heures. Une étude effectuée entre 2001-2003⁹ montre que seulement 32% des IFSI interrogés consacrent plus de 30 heures à ce module et que 39% y consacrent entre 11 et 20 heures ; il semble donc, que dans la formation initiale, il y ait peu de préparation, même conceptuelle, à la confrontation de la mort.

⁹ BONNEFOND Isabelle - Enseignement de l'accompagnement et des soins palliatifs dans la formation initiale infirmière, Résumé de l'analyse de l'enquête 2001-2003, recommandations de formation – www.sfap.org, Février 2006, pages 1 à 10, consulté le 21/01/08

2. La relation d'aide et l'accompagnement

La mort d'un être cher percute violemment les « survivants », au plus profond d'eux-mêmes. Afin d'assurer cette démarche d'aide et de soutien, l'infirmier est formé à la relation d'aide.

a) Définitions

Relation¹⁰: Lien existant entre des choses ou des personnes. Etre en relation c'est être en rapport avec quelqu'un.

Aide¹¹: Aider c'est apporter son soutien ou son secours à quelqu'un, c'est contribuer au mieux être de l'autre.

La relation d'aide¹²: selon Carl Rogers

« J'entends, par ce terme de relation d'aide, des relations dans lesquelles un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie. L'autre, dans ce cas, peut être soit un individu, soit un groupe. On pourrait encore définir la relation d'aide comme une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre partie, ou chez les deux, une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel des ressources. »

Pour un professionnel de la santé la relation d'aide est avant tout une manière d'être. La relation est centrée sur la personne en demande ou en souffrance. Elle permet de l'accompagner dans son parcours de vie. Il ne s'agit pas d'apporter des solutions mais plutôt de cheminer et d'aider la personne à trouver elle-même la solution ; cette relation passe par l'écoute et la communication.

Accompagner¹³: « Accompagner quelqu'un ce n'est pas vivre à sa place, c'est savoir que l'on peut quelque chose dans la pire souffrance, par la présence, les soins, la compétence, l'écoute, mais c'est aussi accepter la part d'inachevé, d'imperfection de nos attentes sans être détruit ou le vivre comme tel. »

¹⁰ RAOULT Alain – **Démarche relationnelle, relation d'aide et relation d'aide thérapeutique** – Théories et Pratiques Infirmières, Ed Vuibert, Paris, 2004, p.50

¹¹ Idem p.50

¹² Idem, p.53

¹³ : Définition de Jeanine Pillot (psychologue).

b) Cadre législatif

Le rôle infirmier concernant la relation d'aide est inscrit dans les différents textes législatifs régissant la profession infirmière.

En France nous nous référons au Code de la Santé Publique, Livre III Auxiliaires médicaux – profession d'infirmière, section des actes professionnels.

La relation d'aide, le soin relationnel est abordé dans le décret des compétences du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier récemment abrogé et remplacé par le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, article R.4311-1, article R.4311-2, article R.4311-5¹⁴. La relation d'aide est abordée dans le programme officielle des études en soins infirmiers dans le module 3 – démarche relationnelle.

L'article R. 4311-2, alinéa 5, imposent aux infirmiers de s'inscrire dans la prise en charge de la douleur, de la détresse physique et psychique du patient et d'accompagner son entourage, particulièrement en fin de vie. L'infirmière a donc un rôle important dans l'accompagnement du patient et de sa famille.

L'article R.4311-5, alinéa 41, imposent aux infirmiers, d'aider et de soutenir psychologiquement le patient et son entourage, selon son rôle propre. L'infirmière a donc le devoir d'accompagner et de soutenir une famille endeuillée.

c) Les attitudes nécessaires pour la relation d'aide :

Carl Rogers décrit trois attitudes à la relation d'aide :

La congruence : (ou l'authenticité) On parle de congruence lorsqu'il existe un accord entre ce que dit l'interlocuteur et ce qu'il pense. Entrer en relation d'aide c'est s'exposer soi-même comme outil de soin.

La considération positive inconditionnelle : Le soignant doit manifester l'attention qu'il porte à la personne sans aucune condition. C'est la volonté de considérer l'autre dans son humanité. Le thérapeute fait l'expérience d'une attitude positive, exempt de jugement, acceptante envers ce que le patient est sur le moment.

¹⁴ Annexe IV.

L'empathie : « 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, sans toutefois se mettre à sa place. »

C'est donc un processus dynamique où le soignant tente de comprendre le point de vue et le ressenti du patient sans chercher à le modifier.

d) La connaissance de soi

Pour dispenser une aide efficace, l'infirmière doit accepter de s'investir dans la relation. Cet investissement se caractérise par une prise de contact nécessitant l'utilisation de ses sens, un savoir-faire pour communiquer, une certaine disponibilité de temps et d'énergie, ainsi qu'une disponibilité intellectuelle et affective. Cela, afin de comprendre et d'intervenir en fonction du besoin d'aide identifié. Pour cela, l'infirmière doit être consciente de ses ressources personnelles et professionnelles dans le but de les utiliser de façon optimale. Tout comme elle doit reconnaître ses principales difficultés et leurs effets sur la qualité de la relation. En effet, si l'infirmière accepte la présence de ses propres émotions, elle pourra davantage les utiliser dans son rapport avec le patient ; plus l'infirmière aura une conscience étendue d'elle-même, plus elle est en contact avec une foule d'informations, qui, selon le besoin d'aide manifesté et les objectifs poursuivis dans la relation, peuvent être partagés avec le patient. Cette connaissance de soi, va permettre à l'aidant, de s'investir de façon significative dans cette relation d'aide, toute sa personne sera mobilisée. Elle pourra donc adopter une attitude adaptée à cette relation. Cependant, cette connaissance nécessite, de la part de l'infirmière, un long travail sur soi qui débute dès la formation initiale, avec l'apprentissage théorique et pratique.

Enfin, en troisième partie j'ai choisi de présenter les rites et plus particulièrement les rites de passages. Cela, afin de bien comprendre l'utilité d'un rite de passage. Je vais également décrire un rite de passage effectué par les soignants : la toilette mortuaire. Cependant j'ai tout de même développé les caractéristiques et la structure du rite, ainsi que les différentes étapes du rite de passage, placé en annexe V.

III. LES RITES

1. Les rites

a) Définitions

Les rites¹⁵: « Les rites qualifient toutes les conduites du corps plus ou moins stéréotypées, parfois codifiées et institutionnalisées, et qui s'appuient nécessairement sur un ensemble complexe de symboles et de croyances. Ce sont des comportements aux scénarios multiples qui mettent en scène les affects les plus profonds. Les rites funéraires censés guider le défunt dans son destin visent avant tout à transcender l'angoisse de la mort chez les survivants. »

b) Les fonctions du rite

La première fonction du rite : garantir l'équilibre de son quotidien.

Ces rites vont permettre à la société d'avoir une stabilité, ils vont réguler la vie en société en définissant des limites, comparables à un code de bonne conduite comme par exemple le rite de politesse ; de même que le rite va gérer, en partie, la vie collective au quotidien (par exemple la nomination d'un chef d'Etat). Le rite, peut également jouer le rôle d'intégration sociale d'un individu dans un groupe.

La deuxième fonction du rite : Rassurer l'homme contre les angoisses liées à tout ce qui le dépasse.

Le rite va permettre à l'homme de surmonter, l'angoisse de l'incertitude face à une situation, dont l'issue engage la sécurité de l'individu ou du groupe. Le rite, à partir d'un système de formes et de symboles, va « *dicter les recettes et les conduites à tenir pour purger les doutes et canaliser la réussite* »¹⁶ ; sa finalité profonde est bien de « sécuriser » l'individu par son pouvoir structurant et apaisant, mais, il va également permettre de préserver l'homme face à l'aménagement du devenir (avec les rites de passage).

La troisième fonction du rite : Défier les règles du sacré.

C'est-à-dire que l'individu accomplissant le rite va « *rechercher la puissance par des contacts avec les profanes* »¹⁷ ; cela signifie que les gestes accomplis, les paroles prononcées sont supposées chargées d'une puissance obscure qui a prise sur la réalité ; c'est pour cela que le

¹⁵ THOMAS Louis-Vincent – **La mort** – 5^{ème} édition, Puf, collection Que sais-je ?, Paris, 2003, p.100

¹⁶ THOMAS Louis-Vincent – **Rites de mort pour la paix des vivants** – Fayard, Paris, 1985, p.7

¹⁷ MAISONNEUVE J. – **Les rituels** – Collection Que sais-je ?, Ed PUF, 1988, p.12

rite se réfère au profane et au sacré, le profane étant la réalité ordinaire, insignifiante. Le sacré, à l'opposé du profane, est une notion permettant à un groupe ou une société humaine de créer une séparation spirituelle et /ou morale entre différents éléments qui la composent, la définissent ou la représentent (objets, actes, idées...).

2. Les rites de passage

a) Définition

Le rite de passage est un rite, qui va scander le cycle de la vie, le passage de toutes ses étapes. En effet, de la naissance à la mort, le déroulement d'une vie est la somme et la chronique d'une multitude de passages, où chaque passage est la rupture d'une identité quelconque pour acquérir une nouvelle identité. Par exemple la « fille de... » devient « la mère de... ». Il y a donc passage dès que l'individu passe d'un statut à un autre ; ce changement de statut peut être physique et/ou social. Les principaux rites de passage au cours d'une vie sont : la naissance, la puberté, le mariage et la mort. Selon Arnold Van Gennep¹⁸, celui-ci se déroule en trois étapes : la séparation, la marge et l'intégration ou l'agrégation¹⁹.

b) La toilette mortuaire : rite de passage pour les soignants

La toilette mortuaire, a été de tout temps, et dans toutes les religions, un acte fondamental de séparation, un rite de passage entre le monde des vivants et des morts. Aujourd'hui, cette toilette ultime est souvent effectuée à l'hôpital. Pour les soignants, elle s'inscrit dans la continuité de la prise en charge du patient que l'on a accompagné. Elle représente le dernier contact, de dernier soin, le dernier geste d'attention.

C'est le moment pour l'équipe de dire lui dire adieu. C'est une marque de séparation, dans laquelle le soignant a un rôle de « passeur » : il donne au défunt son nouveau statut.

¹⁸ VAN GENNEP Arnold – **Les rites de passages** – Paris, Edition Picard, Réédition de 1981,

¹⁹ Annexe VI.

METHODOLOGIE

Afin de répondre à ma question de recherche, j'ai choisi d'utiliser comme outil, l'entretien semi-directif. Ce choix, a été motivé par le fait que mon travail de fin d'études traite d'un sujet encore tabou à ce jour. Je pense donc que le thème de la mort aurait été peu appréciable au travers de questionnaires.

J'ai donc préféré aller à la rencontre d'infirmiers et d'infirmières souhaitant s'exprimer sur la mort, afin d'avoir des réponses les plus d'authentiques possibles.

De plus, l'entretien semi-directif, pour lequel j'ai rédigé un guide d'entretien²⁰, permet d'avoir un réel échange avec le soignant ; cet outil est également utile pour réajuster les questions au cours du dialogue ainsi que demander des précisions lorsque nécessaire.

Afin de pouvoir effectuer mes entretiens, j'ai appelé les cadres infirmiers des services souhaités ; contre toutes attentes, les trois services ont accédé à mes demandes rapidement. En effet, les infirmiers étaient très intéressés par mon sujet et ont donc accepté de me recevoir. Je pense que cela est dû au choix des services dans lesquels les décès de patients sont réguliers ; ils se sentaient donc très concernés par mes questions.

J'ai donc effectué cinq entretiens, au sein de trois services différents : en réanimation, en unité de soins intensifs et en unité de soins intensifs cardiaques.

Mes entretiens se sont déroulés auprès de trois infirmières, un infirmier, et d'une cadre infirmière. J'ai fait le choix d'interroger des infirmier(e)s ayant des niveaux d'expériences différents afin de pouvoir comprendre si l'expérience répétée de la mort peut aider dans cette prise en charge.

L'inconvénient de l'entretien est qu'il donne un échantillon limité ; cependant, ayant eu des réponses et des opinions variées à mes questions, je pense avoir ciblé un champ assez large d'infirmières.

²⁰ ANNEXE VI.

ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES

I. PRESENTATION DES RESULTATS

1. Présentation des infirmières

Questions n° 1/2/3/4 : Présentation des soignants interrogés

	Sexe	Age	Année du DE	Service	Nombre d'années dans ce service	Autres postes occupés
IDE 1	Femme	32 ans	2000	USI	4 ans et depuis 2 ans en tant que cadre infirmière.	4 ans en chirurgie vasculaire.
IDE 2	Femme	24 ans	2007	USI	1 an	
IDE 3	Homme	44 ans	Novembre 2007	Réanimation	Depuis avril 2008.	
IDE 4	Femme	26 ans	2004	Réanimation	Au pool depuis janvier 2008.	3 ans ½ en réanimation.
IDE 5	Femme	32 ans	2002	U.S.I.C	4 ans	2 ans en gériatrie.

J'ai donc interrogé des infirmières entre 24 ans et 44 ans, ayant des niveaux d'expérience différents ; en effet, une infirmière a 8 ans d'expérience, et l'infirmier seulement quelques mois.

2. Confrontation à la mort/ Ressenti de l'infirmier(e)

Question n°5 :

Lors de votre parcours professionnel, avez-vous été confronté à la mort d'un patient ?

Si oui : Dans quelles circonstances ?

IDE 1	<ul style="list-style-type: none">- Oui, plusieurs fois.- Décès brutaux et fins de vies.
IDE 2	<ul style="list-style-type: none">- Oui, plusieurs fois.- Décès brutaux et fins de vie.
IDE 3	<ul style="list-style-type: none">- Oui, dans le service une fois et plusieurs fois au cours de mes stages.- Un décès survenu rapidement dans la nuit et fins de vie.
IDE 4	<ul style="list-style-type: none">- Oui, plusieurs fois.- Décès brutaux et fins de vies
IDE 5	<ul style="list-style-type: none">- Oui, plusieurs fois, surtout que moi j'ai vécu la canicule, en 2003, en gériatrie, donc j'en avais 5/6 par jour.- Et je faisais des soins palliatifs déjà en gériatrie.

Je constate, que les infirmiers et infirmières ont tous vécu des décès à l'hôpital. De plus, ils ont tous vécu des décès aussi bien brutaux que des fins de vie.

Question n°6 :

Suite au décès qu'avez-vous ressenti ? (impuissance, colère, tristesse, culpabilité, soulagement, renvoi à une situation personnelle...)

IDE 1	<ul style="list-style-type: none">- « En tant que jeune diplômée, on n'est pas préparée. »- Difficulté à faire la part des choses,- Tristesse, impuissance, colère.
IDE 2	<ul style="list-style-type: none">- « C'est variable en fonction des cas. »- Si le patient est là depuis longtemps : tristesse mais aussi soulagement,- Si la mort est plus brutale : impuissance et culpabilité.
IDE 3	<ul style="list-style-type: none">- Fin de vie : soulagement,- Décès brutal : déception.
IDE 4	<ul style="list-style-type: none">- « Ça dépend à chaque fois du cas. »- Si la famille souffre : soulagement pour tout le monde,- Si c'est brutal : c'est plus difficile.
IDE 5	<ul style="list-style-type: none">- « Ça dépend des cas. »- « On s'attache, on n'a pas envie de le laisser partir. »- « y'a eu des cas vraiment difficile. »

Je constate que, suite au décès d'un patient, chaque infirmier ressent des émotions différentes, qui diffèrent également selon le patient décédé ; cependant, trois infirmier(e)s sur cinq peuvent ressentir du soulagement, deux infirmier(e)s ressentent de la tristesse mais également de l'impuissance. Je remarque également que trois des infirmier(e)s font la distinction entre le décès brutal et la fin de vie ; en effet, il semble plus difficile pour eux d'accepter un décès brutal.

Question n°7 :

Ma question de recherche porte sur la nécessité des rites de passage des soignants, pour pouvoir prendre en charge, par la suite, la famille endeuillée. Je définis le rite de passage comme étant ce qui permet de lier l'individu au groupe en fonction de son statut ; c'est ce qui va scander le cycle de la vie, ses grandes étapes (naissance, puberté, mariage et la mort) :

- Suite au décès pensez-vous utiliser des rites de passage afin d'accepter le décès du patient ?

IDE 1	<ul style="list-style-type: none">- « Non, ici on le fait différemment, on en parle entre nous, mais toujours de façon informelle, en équipe. »
IDE 2	<ul style="list-style-type: none">- Ça dépend des circonstances.- Si le patient est là depuis longtemps : les rites de passage sont débutés avant sa mort.- « Si j'ai d'autres patients à prendre en charge, je n'arrive pas à prendre du recul. »
IDE 3	<ul style="list-style-type: none">- Pas de réponse.
IDE 4	<ul style="list-style-type: none">- Non.
IDE 5	<ul style="list-style-type: none">- Oui, ça commence par le STAFF.- Le premier rite c'est l'explication.- « Nos rites sont induits par l'évolution du patient et le comportement de la famille. »- Tout au long des soins palliatifs, les rites sont mis en place,- « Le rite c'est tout ce qui va nous permettre de se dire qu'on accompagne.»

Je constate, que deux infirmier(e)s sur cinq pensent qu'ils n'utilisent pas de rites de passage afin d'effectuer le deuil du patient. Un infirmier ne répond pas à cette question. Et deux autres infirmières pensent qu'elles effectuent des rites de passage, suite au décès.

La toilette mortuaire semble être un rite de séparation important pour les soignants :

- **Pour vous, que représente-t-elle ?**
- **Vous est-il nécessaire de la faire ? Pourquoi ?**
- **Effectuez-vous la toilette mortuaire seul(e) ou en équipe ?**

	Représentation de la toilette mortuaire	Nécessité de la faire	Seul(e) ou en équipe
IDE 1	- « C'est un bon moment.»	- Faite par les soignants qui en font la demande.	- Souvent, ce sont les infirmières, à deux.
IDE 2	- Permet d'amorcer la « chose », de discuter du décès, d'évacuer son ressenti.	-« Important pour moi de la faire. »	- Souvent à deux.
IDE 3	- Façon de faire un deuil, - Pour la famille : que le défunt soit présentable.	- « J'aime bien la faire. »	- Souvent une infirmière et une aide soignante.
IDE 4	- « Oui, ça peut être un rite de séparation. »	- « Non, ça ne me gêne pas. »	- Souvent une infirmière et une aide soignante
IDE 5	- Une continuité, un passage, - Accompagnement du patient jusqu'au bout,	- « Ça dépend : ça peut être choquant dans les situations difficiles. »	- Souvent une infirmière et une aide-soignante ou deux aides-soignantes.

Je constate que chaque soignant interrogé a sa propre représentation de la toilette mortuaire, pour chacun d'eux, elle a une signification particulière.

Néanmoins, trois infirmier(e)s sur cinq trouvent que c'est important pour eux de la faire. Pour une infirmière, il n'est pas nécessaire que ce soit elle qui réalise la toilette mortuaire.

Enfin, je remarque que dans chaque service, la toilette mortuaire, est effectuée par deux soignants en même temps.

La méthode de débriefing est utilisée dans de nombreux services ; elle permet à l'équipe d'effectuer ce passage, et de faire face à ses propres émotions :

- **Est-elle utilisée dans votre service ?**
- **Aimeriez-vous qu'elle soit utilisée ?**
- **Pensez-vous que cette méthode est utile ? Pourquoi ?**

	Méthode utilisée dans le service	Utilité de cette méthode	Volonté des soignants
IDE 1	-Oui, de façon informelle, - Ce n'est pas imposé.	- Permet de faire la rupture avec le patient, de dire le vécu de chacun.	- Non, c'est très bien comme ça.
IDE 2	-« Oui, entre nous. » - Fait avec la famille, les soignants et le réanimateur.	- « Permet de désamorcer, de savoir que l'on n'a pas fait d'erreur.» - Exprimer ses émotions, son vécu, savoir comment les autres le vivent.	- Oui.
IDE 3	- Non, mais discussion entres collègues.	- Ça aide énormément,	- Oui.
IDE 4	- « A ma connaissance il n'y en a pas. »	- Ça aide, - Essayer de comprendre ce qui s'est passé, - Que chacun donne son avis sur la situation.	- Oui, mais ce serait difficile à mettre en place dans ce service.
IDE 5	- Non, pas vraiment, - On n'en parle pas assez. - Projet de service	- Lors de décès difficiles et que toute l'équipe vit mal.	- Oui, avec une psychologue.

Je constate que dans les trois services, le débriefing en équipe n'est pas effectué après un décès, mais que tous les soignants en parlent entres eux ; pourtant, 4 infirmier(e)s sur 5 souhaiteraient que cette méthode soit utilisée de façon officielle ; de plus, je remarque que chaque soignant interrogé voit un intérêt à se réunir en équipe, pour parler en équipe (exprimer ses émotions, que chacun donne son avis, son ressenti...)

3. La prise en charge de la famille

Question n°8 :

Avez-vous participé à la prise en charge de la famille à son arrivée dans le service ?

Seul(e) ou en équipe ?

	Accueil de la famille	Annonce du décès	Accompagnement de la famille auprès du défunt	Renseignements administratifs
IDE 1	- Oui, - En équipe.	- Par le médecin puis par l'équipe paramédicale.	- Equipe médicale et paramédicale	- « C'est moi qui gère tout ça. » (cadre infirmière)
IDE 2	- Oui.	- Oui,	- Par le médecin et l'infirmière	- Cadre infirmière
IDE 3	- Oui.	- Oui	- L'infirmier	- Surveillante de soins
IDE 4	- Oui, - Toute seule ou à deux.	- Le médecin	- L'infirmier	
IDE 5	- Infirmière et aide soignant référents, - Médecin	- Infirmière et aide soignant référents, - Médecin	- Infirmière et aide soignant référents, - Médecin	- Infirmière ou cadre infirmière

Je constate, que tous les infirmier(e)s, on déjà effectué la prise en charge de la famille, de l'accueil jusqu'à l'accompagnement dans la chambre. En ce qui concerne l'annonce du décès, dans un des services c'est seulement le médecin, pour les autres services, les infirmier(e)s y participent. L'accompagnement de la famille, auprès du défunt est effectué le plus souvent (3/5) par le médecin et l'infirmière ; enfin, les renseignements administratifs sont remplis par le cadre infirmier.

Question n° 9 :

Quelles compétences utilisez-vous afin d'assurer cet accompagnement ?

- Avez- vous rencontré des difficultés à les mettre en place ? Pourquoi ?
- Vos propres émotions ont-elles déjà entravées cette prise en charge ?

	Compétences utilisées	Difficultés rencontrées	Répercussion des émotions	Moyens mis en œuvre
IDE 1	- « Ça dépend du cas. » - Empathie.	- Patient jeune, - Décès brutal.	- Jeune diplômée : pas préparée, - Identification	
IDE 2	- L'écoute.	- Oui : lorsque le décès est brutal.	- Oui, au début.	- Passer la main à la collègue.
IDE 3	- La compassion, - La présence, - L'écoute, - L'empathie.	- Oui,	- Non, mais ça pourrait arriver.	- On le fait de façon automatique - Comme avec quelqu'un d'autre.
IDE 4	- Ecoute, - Explication, - Rassurer, - Connaissances professionnelles	- Oui, par rapport à moi, - Les premiers mois de travail.	- « Au début, je pleurais, donc je partais. »	- Une bonne connaissance de soi.
IDE 5	-La relation d'aide, l'empathie -Connaissances des pathologies.	- Oui, - Face au désespoir ou l'agressivité.	- Oui - Patient jeune avec des enfants, - On s'attache.	- Sophrologie, - La connaissance de soi, - Passer le relais.

Je constate que trois des infirmier(e)s utilisent, comme compétences, l'écoute ainsi que l'empathie, puis deux autres utilisent les connaissances professionnelles afin d'apporter des explications aux familles. Je remarque également que tous les infirmier(e)s ont rencontré des difficultés dans la prise en charge de la famille. Pour quatre d'entre eux, leurs émotions ont déjà entravé cet accompagnement de la famille, pour parer à ça deux des infirmier(e)s passent le relais à une collègue, deux autres pensent qu'une bonne connaissance de soi est nécessaire.

Question n°10 :

Quels sont les moyens mis à votre disposition, dans le service, pour mieux accompagner une famille endeuillée ? (formation, participation à des congrès, projet dans le service, protocoles...)

	Protocoles	Formations	Projets de service	Autres
IDE 1	- Non, rien de défini.	- Non.		
IDE 2	- Non, ou n'en a pas connaissance.	- Non, sauf les cours à l'IFSI.		
IDE 3	- Oui, il y a toute une procédure.	- Non, - Peut-être qu'il y en a de proposées.		- Envie de participer à des conférences, des congrès.
IDE 4	- Ne sais pas.	- Non, - Il y a plein de formations.		- Présence très importante des médecins.
IDE 5	- On est en train de travailler là-dessus.	- Oui, sur les soins palliatifs en gériatrie.	- Travail avec les soins palliatifs, - Modification sur l'organisation structurelle du service.	

Je constate qu'une des infirmier(e)s n'a pas connaissance des protocoles, de plus, il y a un protocole sur la procédure à suivre après un décès, dans un seul des services.

Une seule infirmière sur les cinq interrogées, a eu une formation sur les soins palliatifs.

Enfin, un seul service a le projet d'améliorer cette prise en charge, par la rédaction de protocole et un travail sur la prise en charge des patients en fin de vie.

Question n°11 :

Qu'est-ce qui, selon vous, pourrait vous aider dans cette situation et qui n'est pas présent dans le service ?

IDE 1	- Plus de temps pour faire des réunions, des STAFF, pour que les deux équipes s'accordent.
IDE 2	- Que la communication soit plus présente, - Qu'on en parle lorsqu'on est prêt.
IDE 3	- Bonne coordination entre le médecin, les infirmières et la surveillante de soin : connaître le rôle de chacun.
IDE 4	- Avoir accès rapidement à une psychologue, pour les soignants et/ou la famille.
IDE 5	- La prise en charge de la douleur : Formation, réactualisation sur les traitements...

Je constate que trois des cinq infirmier(e)s souhaitent qu'il y ait une meilleure coordination entre l'équipe médicale et paramédicale, ou qu'il y est une meilleure communication.

II. ANALYSE GLOBALE

Les infirmier(e)s interrogés ont tous un niveau d'expérience professionnelle différent, allant de quelques mois à 8 ans. Une infirmière est cadre infirmière depuis 2 ans, et trois ont déjà occupé un autre poste. Ils ont tous été confrontés à la mort plusieurs fois, des décès aussi bien brutaux que des accompagnements de fin de vie.

Ils ont également, tous participé à la prise en charge de la famille après le décès (accueil, annonce, accompagnement de la famille auprès du défunt...), décrite dans le cadre conceptuel, seuls les renseignements administratifs (certificat de décès, informations famille...) ne sont pas réalisés par les infirmier(e)s, mais plutôt par les surveillantes de soins. Parmi eux, une seule infirmière a bénéficié d'une formation aux soins palliatifs (accueil de la famille, prise en charge de la douleur, accompagnement...), lorsqu'elle travaillait en gériatrie.

Le ressenti des soignants, après un décès, varie selon les circonstances du décès, en effet, trois des infirmier(e)s font la distinction entre le décès brutal et la fin de vie, il semble que lorsque le patient bénéficiait d'un accompagnement de fin de vie, les soignants ressentent plutôt du soulagement. Lorsque la mort est de survenue brutale, les infirmier(e)s rencontrent de nombreuses difficultés, autant pour accepter ce décès que pour accompagner la famille dans cette épreuve, de plus, deux infirmières m'ont dit que lorsque le patient était en fin de vie, les rites de passage étaient débutés avant la mort.

Parallèlement, plusieurs infirmier(e)s, évoquent l'attachement aux patients et à leurs familles lorsqu'ils sont dans le service depuis longtemps, ou qu'ils y ont séjourné à plusieurs reprises, face à cet attachement, ils rencontrent des difficultés dans l'accompagnement des familles endeuillées, liées à leurs émotions.

Cela semble paradoxal, car le fait que le patient soit là depuis longtemps, permet aux soignants d'effectuer leur deuil par anticipation ; pourtant une durée d'hospitalisation longue crée des liens entre les soignants, le patient et la famille, ce qui entraîne des difficultés lors de la prise en charge de la famille endeuillée.

Je me demande alors, si lorsque le décès est prévisible, le deuil est toujours effectué par anticipation ?

Face à leurs émotions, quatre des infirmier(e)s, ont rencontrés des difficultés, lors de l'accompagnement de la famille, le plus souvent lors des premiers décès qu'ils ont vécus. En effet, l'infirmière de l'entretien n°1, pense que « *en tant que jeune diplômée, on est pas préparée* ». L'infirmière de l'entretien n°4, lors des 2/3 premiers décès vécus en milieu hospitalier, pleurait et donc préférerait s'éloigner pour se protéger, de plus, cette même infirmière, pense qu'il est important d'être soi-même « *bien cadré* » face à la mort, et qu'il faut également « *être bien équilibré dans notre vie de tous les jours, dans notre évolution, pour pouvoir l'affronter* ». Elle semble donc convaincue que la prise en charge efficace d'une famille endeuillée est en lien avec notre évolution personnelle face à la mort ; enfin, elle précise, suite à une reformulation de ma part, que la connaissance de soi et de ses émotions est très importante lors de cet accompagnement même si il y a toujours des difficultés.

Les infirmières 1 et 2 pensent qu'avec le temps « *on apprend à faire la part des choses* ».

Malheureusement, lors de ces deux entretiens je n'ai pas fait reformuler les infirmières sur ce qu'elles entendaient par ces termes.

Cependant, je me demande si elles ne font pas la distinction entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle ? Peut-être qu'avec le temps on apprend à éviter que notre propre vécu entrave cette prise en charge ?

L'infirmière n°2, pense également qu'avec le temps on apprend l'empathie ainsi que l'écoute.

L'infirmier de l'entretien n°4, diplômé depuis novembre 2007, dit que ses émotions n'ont jamais entravées l'accompagnement et le soutien de la famille, mais il pense que cela pourrait tout de même arriver, puis, dans la suite de l'entretien, il précise que le fait d'avoir vécu des décès dans sa vie personnelle lui permet d'avoir « *une façon d'approcher* » les familles et de faire preuve de « *compassion* ».

Enfin, deux des infirmier(e)s font référence à la connaissance de soi et de ses émotions, cela leur permet aujourd'hui de prendre en charge une famille endeuillée et, lorsque la situation devient difficile, elles passent le relais.

La notion de temps apparaît dans tous les entretiens de façon plus ou moins explicite, il semble donc que l'acceptation de la mort, la connaissance de soi ainsi que le développement des compétences nécessaires à la relation d'aide, décrites dans le cadre conceptuel, nécessite du temps et donc de l'expérience.

Dans le cadre de référence, je précise que je pense que la formation initiale ne nous forme pas suffisamment à la mort et aux décès de patients, mais que nous sommes formés à la relation

d'aide. Lors des ses trois années d'études, nous développons donc certaines compétences indispensables à l'accompagnement des patients et de leurs familles.

Compétences, que tous les soignants interrogés utilisent. En effet, les infirmiers font tous appel à la relation d'aide lors des ces situations. Trois infirmier(e)s font preuve d'écoute et trois autres d'empathie. Deux infirmier(e)s s'appuient également sur les connaissances professionnelles (de la pathologie par exemple), ce qui leurs permettent d'apporter des explications, de rassurer la famille. Enfin, l'infirmier n° 3 cite la présence et la compassion.

Cependant, lors de mes entretiens, je n'ai pas posé de questions concernant la formation sur la mort dans les IFSI.

Pourtant, au cours des différents entretiens, les infirmier(e)s ont précisés que les premiers décès étaient mal vécus. Une infirmière me dit également que « *en tant que jeune diplômée on est pas préparée* ».

Je me demande donc si l'accompagnement et le soutien d'une famille ne nécessite pas une certaine maturité, de la part du soignant, lié à la l'expérience professionnelle et personnelle de la mort ?

La formation initiale peut-elle réellement nous former à cette prise en charge spécifique, en dehors des pistes qu'elle nous donne ?

En effet, cette prise en charge semble nécessiter, en particulier une bonne connaissance de soi, de ses émotions et de son rapport à la mort. N'est-ce pas le temps qui permet d'acquérir cette connaissance de soi ?

Concernant les rites de passage, deux infirmières (IDE 1 et IDE 4) pensent qu'elles n'en effectuent pas après le décès, pourtant, l'une de ces infirmières précise que dans son service cela est fait différemment, c'est-à-dire qu'ils en discutent en équipe mais de façon informelle ; néanmoins, elle poursuit en me disant que ce « *débriefing informel* » leur permet de faire la rupture avec le patient, et elle précise que la toilette mortuaire est effectuée par les soignants qui le souhaitent, et que souvent ce sont les infirmières qui en font la demande.

La deuxième infirmière m'ayant répondu négativement à cette question, me dit, par la suite, que la toilette mortuaire peut tout de même être un rite de séparation, cependant, pour elle il n'est pas nécessaire de la faire. Elle poursuit en déclarant que l'acceptation du décès, passe plutôt par l'efficacité de la prise en charge du patient, dans ces derniers instants de la vie (Exemple : savoir que le patient n'a pas souffert, pourquoi il est décédé et que rien d'autre ne

pouvait être fait...). Ce qu'elle confirme, lorsqu'elle parle du débriefing qui représente un moment d'échange avec l'équipe pour comprendre les circonstances du décès et savoir si quelque chose a manqué dans la prise en charge, cela lui permet d'accompagner la famille plus facilement. De plus, elle souhaiterait avoir accès à une psychologue rapidement, pour les soignants ainsi que la famille.

Face à ces comportements, ne pouvons-nous pas parler de rites de passage ?

Je me demande donc pourquoi, ces deux infirmières m'ont répondu non, aussi spontanément ? En effet, elles semblaient avoir compris la question, car l'une a reformulé. Puis les deux m'ont dit que l'acceptation du décès était faite différemment. Est-ce le terme de rite de passage qui est difficile à entendre ? Ce terme n'est-il pas habituellement utilisé pour la famille du défunt plutôt que pour les soignants ? La place du soignant n'est-elle pas plutôt d'aider la famille à accepter cette mort, que de l'accepter soi-même ?

Puis l'infirmière n°5, pense que des rites de passage sont effectués dans le service, pour elle, le premier rite de passage est l'explication, c'est-à-dire le STAFF avec les médecins ; cela rejoint ce que m'a dit l'infirmière précédemment citée. Elle me dit également que lorsque le patient est en phase terminale, les rites de passage des soignants, sont effectués tout au long de l'accompagnement de fin de vie et qu'ils sont induits par l'évolution du patient et le comportement de la famille ; elle précise, par la suite, que les rites de passage comprennent la prise en charge globale du patient, c'est-à-dire tout ce qui lui permet de dire « *j'accompagne le patient* » (prise en charge douleurs accompagnement, mobilisation...). Pour elle, cela passe aussi par la toilette mortuaire, qu'elle se représente comme une continuité des soins, un accompagnement du patient « jusqu'au bout » ; cependant, lors de situation difficile, elle pense qu'il peut être choquant de faire cette toilette ultime ; elle considère que dans son service, suite à un décès, l'équipe soignante ne parle pas assez, alors que certains décès sont mal vécus dans le service.

L'infirmière de l'entretien n°2, me dit également que les rites de passage sont débutés avant le décès lorsque le patient est là depuis longtemps. Il est important pour elle de faire la toilette mortuaire et le débriefing car ils lui permettent d'évacuer son ressenti, ses émotions, de « *désamorcer la chose* ». Le débriefing lui permet également de comprendre pourquoi le décès est survenu, et de connaître le vécu de chacun des membres de l'équipe.

Cependant, dans son service, il n'y a pas de débriefing officiel, il s'agit seulement d'une discussion entre collègue.

Enfin, l'infirmier, lors de l'entretien n°3, ne me répond pas à cette question. Cependant, il se représente la toilette comme « *une façon de faire un deuil* », il me dit, également, qu'il est important pour lui de la faire, afin que le corps soit présentable pour la famille. Puis, il ajoute, concernant les débriefings, qu'il n'y en a pas dans son service, mais qu'ils en parlent entre eux très facilement et que ça l'aide beaucoup.

Il me semble donc que chaque soignant interrogé, effectue des rites de passage, après le décès d'un patient, même ceux ayant répondu non. Ces rites, semblent plutôt induits par les circonstances de la mort ; en effet, si le décès était prévisible, le deuil est fait par anticipation et les rites sont effectués tout au long de l'accompagnement du patient et de sa famille, avant le décès. Si le décès est brutal, l'important pour les soignants est de comprendre pourquoi il est décédé et que la prise en charge a été efficace, cela se faisant lors d'un débriefing formel ou non.

De plus, ces rites de passage semblent être faits en équipe. En effet, dans chaque service la toilette mortuaire est le plus souvent faite à deux soignants ainsi que les discussions, après le décès, se font souvent à plusieurs. Enfin, deux infirmières me disent que c'est important que chacun donne son avis sur la situation vécue par tous.

Je pense donc répondre à ma question de recherche positivement. En effet, il semble que tous les soignants effectuent des rites de passage, le plus souvent en équipe, suite au décès d'un patient, ces rites leurs permettant d'accepter le décès afin d'accompagner la famille endeuillée, efficacement.

Cependant, d'autres éléments semblent également nécessaires à l'accompagnement de la famille. Afin de mieux comprendre ce dont disposaient les soignants, au sein du service, pour la prise en charge de la famille, j'ai posé la question suivante : « *Quels sont les moyens mis à votre disposition au sein du service, pour mieux accompagner une famille endeuillée?* ».

Dans deux services, il n'existe pas de protocole défini permettant aux soignants de connaître le rôle exact de chacun, suite à un décès. Dans, un des services, il existe effectivement un protocole, cependant, à la question « *Qu'est-ce qui, selon vous, pourrait vous aider dans cette situation et qui n'est pas présent dans le service ?* », l'infirmier aimerait qu'il y ait une meilleure coordination entre l'équipe médicale et paramédicale. Tout comme l'infirmière de l'entretien n°1, et n°2 qui souhaitent une meilleure communication au sein du service.

Un des services a comme projet de soins, de former les équipes aux soins palliatifs, ils travaillent donc sur la mise en place de protocoles, de débriefing, et d'une meilleure prise en charge de la douleur.

Enfin, un autre service propose de nombreuses formations, cependant les deux infirmier(e)s interrogés n'en ont pas encore bénéficié même si l'un d'entre eux aimerait participer à des conférences sur ce thème.

Il est donc nécessaire pour les infirmiers de pouvoir accepter le décès du patient afin d'assurer, par la suite, un accompagnement et un soutien de qualité de la famille du défunt. Cette acceptation passant par différents rites de passage ; cependant, cette prise en charge nécessite aussi de la part des soignants, une bonne connaissance de soi, de ses émotions et de son rapport avec la mort. Il est également important que le service, soit lui-même bien organisé sur le rôle de chacun face à un décès, et qu'il existe, au sein de celui-ci, une bonne communication entre chaque soignant.

CONCLUSION

Le métier d'infirmière, est avant tout un métier humain. Le relationnel en est donc la base et il fait parti de tout acte qu'effectue le soignant auprès du patient. Ce relationnel, demande de la part de l'infirmière une implication personnelle importante.

Ce travail de recherche, m'a confirmé que l'accompagnement d'une famille endeuillée, dans cette épreuve douloureuse, est un soin difficile, faisant appel à de nombreuses capacités professionnelles et personnelles de la part de l'infirmière. Cela, nécessitant également un travail sur soi important. Lors de cette situation l'infirmière se retrouve donc impliquée personnellement et émotionnellement dans ce soin.

Quant à l'expérience répétée de la mort, elle semble aider les soignants à gérer leurs émotions. Cependant face à la demande de débriefing et de formations, je me demande si l'expérience est suffisante ? En effet, je pense que chaque patient est unique ainsi que la relation que l'on crée avec lui, lors de son hospitalisation. Chaque décès peut donc être vécu différemment par un même soignant.

Cette recherche m'a également fait comprendre que la mort restera toujours un événement violent, difficile à vivre autant pour la famille que pour les soignants. Je pense donc qu'il est important, lors d'un décès, de pouvoir s'exprimer sur son ressenti et son vécu de la situation, cela, afin d'éviter toute surcharge émotionnelle de la part du soignant, pouvant entraver la prise en charge de la famille.

Il est donc important que l'équipe soignante puisse faire son propre deuil du patient décédé. Cependant je me demande pourquoi il existe si peu de groupe de paroles au sein des services confronté à la mort régulièrement, malgré la demande des soignants ? Pourquoi existe-t-il ce manque de communication au sein des services, cette communication qui est pourtant la base de notre métier ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

BERCOVITZ Alain (coordinateur) - **Accompagner des personnes en deuil : l'expérience du centre François Xavier Bagnoud** - collection Erès, Pratiques du Champs social, Romonville Saint-Agne, 2004, 138 p.

BIOY Antoine, BOURGEOIS François, NEGRE Isabelle - **Communication soignant-soigné : Repères et pratiques** - Collection IFSI formations paramédicales, Bréal, Paris, 2003, 143p.

CAZENEUVE Jean - **Sociologie du rite** - Ed PUF, Paris, 1971, 334 p.

CHALIFOUR Jacques - **La relation d'aide en soins infirmiers, une perspective holistique, humaniste** - Edition Lamarre, Paris, 1989, 296 p.

DUPONT Marc - **Le décès à l'hôpital. Règles et recommandations à l'usage des personnels** - Doin, Lamarre, Rueil-Malmaison, 2002, 429 p.

KEIRSE Manu - **Faire son deuil, vivre un chagrin. Un guide pour les proches et les professionnels** - Edition De Boeck, Paris, 2005, 251 p.

KUBLER-ROSS Elisabeth - **Accueillir la mort** - Pocket, Editions du Rocher, 1998, 188 p.

RAOULT Alain – **Démarche relationnelle, relation d'aide et relation d'aide thérapeutique** – Théories et Pratiques Infirmières, Ed Vuibert, Paris, 2004, 425 p.

THOMAS Louis-Vincent – **Rites de mort pour la paix des vivants** – Fayard, Paris, 1985, 288 p.

THOMAS Louis-Vincent – **La mort** – 5^{ème} édition, PUF, collection Que sais-je ?, Paris, 2003, 128 p.

VAN GENNEP Arnold – **Les rites de passages** – Paris, Edition Picard, Réédition de 1981, p.288

Reuves et articles :

DE MATHIEU France – **Soigner après la mort** – L'infirmière magazine, n°199, Novembre 2004, pages 34-39.

FOULON Muriel – **Le cadre face aux rites de passage des soignants** - Recherche en soins infirmiers, n° 63, Décembre 2000, pages 52-72.

MANICOT Claire -**L'hôpital face à la mort** - l'infirmière magazine, n°154, novembre 2000, pages 34 à 38.

PESRIN Anne-Marie – **Accompagnement de la souffrance, souffrance de l'accompagnement, qui accompagne qui ?** – ASP Liaison, n°27, juin 2003, pages 31-34.

VEILLARD Stéphanie - **L'accompagnement des familles lors d'un deuil** - Revue de l'infirmière, n°129, Avril 2007, pages 28-29.

Documents non publiés :

DANIAU B. – **Les soins palliatifs : soins infirmiers en fin de vie** – cours 3^{ème} année, I.F.S.I Saint Joseph Paris XIVème, le 29 octobre 2007.

Mme DOZOUL – **La mort** – cours d'anthropologie 2^{ème} année, I.F.S.I Saint Joseph Paris XIVème, 2 mars 2006.

Vidéo :

Emission LA MARCHE DU SIECLE – **Soins palliatifs : les compagnons des derniers jours, l'accompagnement des mourants** – mai 1997, France 3, 90 min.

Conférences :

DANIAU Béatrice (Cadre infirmière UMSP) – **Comment appréhende-t-on le décès à l'hôpital ?** – Association A.S.P.A.L.J.O, Site Hôpital Notre Dame de Bon secours, le 12 mars 2008.

Dr FAURE Christophe – **Le processus de deuil : vivre le deuil au jour le jour, vivre un deuil et se reconstruire** – Association A.S.P.A.L.J.O, site I.F.S.I Saint Joseph, le 22 janvier 2008.

Internet :

BONNEFOND Isabelle - **Enseignement de l'accompagnement et des soins palliatifs dans la formation initiale infirmière, Résumé de l'analyse de l'enquête 2001-2003, recommandations de formation** – www.sfap.org, Février 2006, pages 1 à 10, consulté le 21/01/08.

Textes législatifs et réglementaires :

Décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux

Décret 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières.

Décret no 97-1039 du 14 novembre 1997 portant application de l'article L. 2223-39 du code général des collectivités territoriales et relatif aux chambres mortuaires des établissements de santé

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2005 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière.

ANNEXE I :

Législation :

Décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux

Chapitre V : Mesures à prendre en cas de décès des hospitalisés.

Article 68

La famille ou les proches doivent être prévenus dès que possible et par tous moyens appropriés de l'aggravation de l'état du malade et du décès de celui-ci.

Le décès est confirmé par pneumatique ou par télégramme.

La notification du décès est faite :

Pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche.

Pour les militaires, à l'autorité militaire compétente.

Pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au directeur de l'action sanitaire et sociale.

Pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne gardienne du mineur.

Article 74

L'inventaire mentionné à l'article précédent est signé par le surveillant ou la surveillante, ou l'infirmier ou l'infirmière et le témoin, puis remis avec les objets qui y figurent à l'agent chargé des services économiques (ou le directeur économe). Aucun de ces objets ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droit du malade ou à ses amis.

Les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement versés dans la caisse du receveur.

ANNEXE II :

JORF n°266 du 16 novembre 1997 page 16617

**Décret no 97-1039 du 14 novembre 1997 portant application de l'article L.
2223-39 du code général des collectivités territoriales et relatif aux
chambres mortuaires des établissements de santé**

Art. 4. - Dans toute la mesure du possible, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire sans que ce dépôt ne soit différé, de ce fait, d'un délai supérieur à dix heures tel que prévu au deuxième alinéa de l'article R. 361-37 du code des communes.

ANNEXE III :

Code de la Santé Publique

Article L1110-4

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

ANNEXE IV:

J.O n° 183 du 8 août 2004

Ministère de la santé et de la protection sociale

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

Article R. 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou

social ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article R. 4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

41° Aide et soutien psychologique.

ANNEXE V:

I. Les rites

1) Les caractéristiques du rite

Pour J. Cazeneuve²¹ les caractéristiques du rite sont au nombre de trois :

La première caractéristique est que le rite est toujours « stéréotypé » c'est-à-dire qu'il est « *caractérisé par la répétition automatique d'un modèle antérieur, anonyme ou impersonnel et dépourvu d'adaptation à la situation présente* »²².

La deuxième caractéristique du rite est qu'il est « répétitif », en effet J. Cazeneuve nous dit que c'est « *une manière d'agir se reproduisant avec une certaine invariabilité* » ; cependant, le rite évolue en fonction de la société et de ses besoins, il s'adapte à celle-ci.

Enfin, la troisième caractéristique du rite est qu'« *il est dépourvu de raison pour l'observateur tout en présentant les apparences d'une nécessité* » ; de plus, cette situation est difficile à comprendre pour l'observateur car cette nécessité ne répond à aucun besoin vital et ne procure aucun plaisir à celui qui le réalise, ni aucun confort.

2) La structure du rite

Lors d'un rite, selon L.V. Thomas, il « *s'agit de mettre en scène une situation qui, par le média des corps, suscite chez les acteurs et dans l'assistance, une émotion dont l'intensité est la condition même de l'efficacité du rite* »²³ ; il nous dit également que le rite est structuré selon 5 éléments.

Dans un premier temps, le rite présente un « *espace scénique* », un décor (comme par exemple une église pour célébrer la messe), dont à l'intérieur de cet espace, les objets, le mobilier, sont généralement lourds de sens, de symboles, ils ont donc « *une valeur emblématique, une fonction sacrée* ».

²¹CAZENEUVE Jean - **Sociologie du rite** - Ed PUF, Paris, 1971.

²² Dictionnaire LAROUSSE, 2005

²³ THOMAS Louis-Vincent – **Rites de mort pour la paix des vivants** – Fayard, Paris, 1985, Introduction p.12

En second lieu, le rite possède une « *structure temporelle* », il se déroule selon une succession d'étapes ou de séquences qui sont elles-mêmes réparties en épisodes ponctuels d'actions et de paroles.

Puis, le rite ne va pas sans un certain nombre d'acteurs dont chacun joue un rôle.

Il a également besoin d'une « *organisation de symboles* » qui à la fois montrent et cachent, de façon métaphorique ce qui est mystérieux et inexprimable.

Enfin, le cinquième élément structurant le rite est son « *efficacité symbolique* ».

II. Les rites de passage

Les étapes du rite de passage :

Afin d'illustrer les différentes étapes, j'ai choisi comme exemple les rites de mort.

La séparation : C'est l'isolement de l'individu par rapport au groupe. A. Van Gennep, appelle également cette étape « rite préliminaire » c'est-à-dire la séparation avec le monde ancien.

Il peut se matérialiser par un lieu. Dans le rite funéraire, après l'ultime hommage au mort, la séparation vivant/défunt devient effective avec la mise à l'écart du cadavre inhumé, incinéré ou momifié selon la culture.

La marge : Elle est également appelée la « liminalité » ou encore « rite liminaire » ; c'est le moment où s'effectue l'efficacité du rituel, à l'écart du groupe ; pendant cette période l'individu est entre deux mondes, comme par exemple entre le monde des vivants et des morts. Arnold Van Gennep le matérialise par un seuil, une frontière ; ce temps de latence permet à l'individu de préparer son intégration dans le nouveau monde, avec sa nouvelle identité. Sa durée est variable en fonction des cultures.

L'intégration ou l'agrégation : Cette étape est aussi appelée « le rite post-liminaire ». Sa fonction est d'intégrer l'individu dans son nouveau monde, avec son nouveau statut. On peut faire référence aux endeuillés qui, après cette période de deuil, sont réintégrés à part entière dans la société ; comme rite d'agrégation nous pouvons citer le repas après les funérailles qui a pour fonction de reconstituer le groupe des vivants.

ANNEXE VI :

GUIDE D'ENTRETIEN

I. PRISE DE CONNAISSANCE AVEC L'INFIRMIER(E)

(Objectif : Connaître le parcours professionnel et l'expérience de l'IDE interrogé(e).)

1. Quel âge avez-vous ?
2. Depuis quelle année êtes-vous infirmier(e) ?
3. Depuis combien d'années exerçait vous dans ce service ?
4. Quels autres postes avez-vous occupés ?

II. CONFRONTATION A LA MORT D'UN PATIENT / RESSENTI DE L'INFIRMIER(E)

5. Lors de votre parcours professionnel, avez-vous été confronté à la mort d'un patient ?

(Objectif : Connaître les expériences de l'IDE, concernant la mort)

Si oui : - Dans quelles circonstances ?

(Objectif : Savoir si c'était des décès brutaux ou de l'accompagnement de fin de vie)

6. Suite au décès qu'avez-vous ressenti ? (impuissance, colère, tristesse, culpabilité, soulagement, renvoi à une situation personnelle...)

(Objectif : Connaître les émotions ressenties par l'infirmière et savoir si elle reconnaît ses propres émotions : lien avec la connaissance de soi.)

7. Ma question de recherche, porte sur la nécessité des rites de passage des soignants, pour pouvoir prendre en charge, par la suite, en charge la famille endeuillée. Je définis le rite de passage comme étant ce qui permet de lier l'individu à un groupe en fonction de son statut. C'est ce qui va scander le cycle de la vie, ses grandes étapes (naissance, puberté, mariage et la mort) :

(Objectif: Comprendre le comportement de l'équipe soignante, à la suite du décès, afin d'effectuer le deuil du patient décédé.)

- **Suite au décès pensez-vous utiliser des rites de passages, afin d'accepter le décès du patient ?**

La toilette mortuaire semble être un rite de séparation important pour les soignants :

- **Pour vous, que représente-t-elle ?**
- **Vous est-il nécessaire de la faire ? Pourquoi ?**
- **Effectuez-vous la toilette mortuaire seul(e) ou en équipe ?**

La méthode de débriefing, est utilisée dans de nombreux services. Elle permet à l'équipe d'effectuer ce passage, et de faire face à ses propres émotions :

- **Est-elle utilisée dans votre service ?**
- **Pensez-vous que cette méthode est utile ?**
- **Aimeriez-vous qu'elle soit utilisée ? Pourquoi ?**

III. PRISE EN CHARGE DE LA FAMILLE

8. Avez-vous participé à la prise en charge de la famille à son arrivée dans le service ? (accueil, annonce, accompagnement de la famille dans la chambre, renseignements administratifs...)

(Objectif: Connaître l'organisation du service et le rôle de chaque soignant dans cette prise en charge)

- **Seul(e) ou en équipe ?**

9. Quelles compétences utilisez-vous afin d'assurer cet accompagnement ? (relation d'aide, empathie, écoute active...)

(Objectif : Connaître les compétences et les capacités que l'infirmière met en œuvre, afin d'assurer cette prise en charge.)

- **Avez- vous rencontré des difficultés à les mettre en place ?**

Si oui : Pourquoi

- **Vos propres émotions ont-elles déjà entravées cette prise en charge ?**

Pourquoi ?

10. Quels sont les moyens mis à votre disposition, dans le service, pour mieux accompagner une famille endeuillée ? (formations, méthode de débriefing, participation à des congrès, projet dans le service, protocoles, UMSP...)

(Objectif : Connaître les moyens dont disposent les infirmières, et savoir ce qu'il leur manque et ce qu'elles voudraient avoir.)

11. Qu'est-ce qui, selon vous, pourrait vous aider dans cette situation et qui n'est pas présent dans le service ?

(Objectif : Connaître les demandes des infirmières pour mieux améliorer cette prise en charge)

