

**Mémoire de fin d'étude - UE 5.6.S6 – Analyse de la qualité et traitement
des données scientifiques et professionnelles**

Récit de mort imminente et rôle infirmier : nouvelles perspectives soignantes



**Diplôme d'Etat Infirmier
Sous la direction de Madame Arbia Bodet
Institut de Formation en Soins Infirmiers du C.H.U. d'Angers**

PROMOTION 2011/2014

Note aux lecteurs : « Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur »

« Si quelques heures font une grande différence dans le cœur de l'homme, faut-il s'en étonner ? Il n'y a qu'une minute de la vie à la mort » Aristote

REMERCIEMENTS

Remerciements d'ordre professionnel :

- je remercie Mme Arbia Bodet pour son accompagnement, son investissement et sa guidance tout au long de ce travail
- je remercie M. Xavier Rodier pour son soutien permanent
- je remercie les différents intervenants infirmiers qui m'ont aidé à réaliser ce travail
- je remercie ma référente pédagogique, Mme Frédérique Bouron-Legrand, pour son accompagnement durant mes années d'études

Remerciements d'ordre personnel :

- je remercie mes parents, ainsi que ma famille pour leur soutien et leur aide constante
- je remercie le Dr Mehdi Elkhiry pour son amitié indéfectible
- je remercie Sandrine, Karl, Marvin, Sixtine, Nadège, Patrice, Julie pour leur précieux soutien
- je remercie tous mes amis étudiants avec qui j'ai partagé des moments et souvenirs indélébiles
- je remercie la Musique pour l'immense bonheur qu'elle peut nous apporter, ainsi que mes co-musiciens.

RESUME :

Les états de mort imminente sont des expériences connues de longue date, décrites de façon scientifique dans de nombreuses études, notamment par des auteurs tels que le Dr Charbonnier, Dr Postel, et M. Xavier Rodier.

Ils décrivent des phases multiples, irrationnelles, pouvant être décrites par des patients en état de mort ou proche de mort clinique, revenant « à la vie ». Ils contiennent généralement une décorporation, le passage par un tunnel lumineux, la sensation de bien-être et un lien retrouvé avec des proches disparus.

Bien que ces éléments soient de nos jours connus à la fois dans les cercles scientifiques et médiatiques, il demeure une certaine méconnaissance de ce sujet en milieu hospitalier notamment parmi le personnel soignant infirmier.

Or ce dernier semble le plus à même à recueillir les divers témoignages évoqués par les patients susceptibles de vivre ces expériences en milieu de soin.

Nous suggérons, et ce malgré une certaine réticence à prendre en compte significativement ces phénomènes en pratique de soin quotidienne, qu'une bonne connaissance de ce sujet par le personnel infirmier permettrait de réaliser une prise en charge optimale de soin des patients relatant ces expériences, ces derniers ayant encore pour un certains nombre d'entre eux, une difficulté à relater leur vécu au personnel soignant.

ABSTRACT:

The « near Death experiences » are known since a long time ago, described in Science thanks to numerous authors such as Dr Charbonnier, Dr Postel, and Mr Xavier Rodier.

They describe multiple irrational phases, which may possibly be related by some patients close to condition of clinical death, whom “come back to life”. They generally include a decorporate estate, going through a light tunnel, well-being and a link to late relatives.

Despite the fact that these elements are known today, in both scientists and media circles, there is still some lack of knowledge of this subject in hospital, in particular among nurse personal.

Still, this personal seems to be the more adequate to collect the different depositions that could be related by patients who live this kind of experience.

We suggest, despite the fact that some professionals might feel some reluctance about this subject in their daily work, that a good knowledge of this subject by the nurse personal could help to achieve an optimal support of these kind of patients, because these ones might have some difficulties to relate their experience still.

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION.....	6
II. SITUATION DE DEPART	8
III. CONSTAT.....	9
IV. QUESTIONNEMENT	8
V. QUESTION DE DEPART	9
VI. MOTS CLES	9
VII. CONCEPTS	9
VIII. PHASE EXPLORATOIRE	9
IX. CADRE CONCEPTUEL	10
1. Expérience de mort imminente.....	10
1. Prendre soin	12
2. Relation d'aide.....	12
3. Emotion	16
4. Communication.....	18
5. La Mort.....	19
6. Les mécanismes de défense.....	20
7. Représentation sociale.....	20
X. METHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE	22
a. Publics ciblés	22
b. Objectifs	22
c. Outils d'enquête	23
d. Limite de l'outil.....	23
XI. ANALYSE DES ENTRETIENS ET QUESTIONNAIRES	24
1. Analyse des questionnaires et des entretiens :	25
b. Analyse entretien infirmier (E).....	27
c. Mise en relation des questionnaires et entretiens	28
XII. PROBLEMATISATION	30
XIII. HYPOTHESE.....	30
XIV. CONCLUSION	30
XV. BIBLIOGRAPHIE ET SITOGRAFIE	31

I. INTRODUCTION

Depuis très longtemps, avant mon entrée en institut de formation en soins infirmier, je me suis intéressé aux récits d'expérience de mort imminente (EMI). Lors de ma deuxième année d'étude, j'ai découvert par hasard un reportage diffusé sur une chaîne de télévision française, c'est alors que j'ai commencé à m'y intéresser de manière plus approfondie. En effet, ce sujet m'interpelle et me questionne.

De plus, je me suis questionné sur le rôle de l'infirmier quand une personne lui relate ce récit dans un contexte hospitalier.

Actuellement en troisième année d'étude d'infirmier, les recherches que j'ai effectuées m'ont conduit à ce travail de fin d'étude sur cette thématique dont l'on parle peu à l'hôpital.

Cependant depuis 1976, des scientifiques dans le monde et en France réalisent des travaux sur cette nouvelle perspective que perturbent certains paradigmes de la Médecine.

Alors que le nombre de patients vivant cette expérience est exponentielle, un seul mémoire de fin d'étude infirmier a été réalisé en 1997, il est l'œuvre de M. RODIER Xavier.

Dans un premier temps, je vais introduire ce sujet par l'exposé d'émissions télévisées. Les expériences d'états de mort imminente suscitent de plus en plus d'interrogations auprès des Français, plusieurs programmes de télévision ont d'ailleurs dédié leur temps à ce sujet.

L'intitulé du reportage était " ils sont revenus de l'au-delà". Ce documentaire expose de nombreux témoignages de personnes qui racontent ce qu'elles ont vécu alors «*qu'elles-ont-failli-mourir* », voire qui ont été réanimées pour un grand nombre. Ces témoignages d'une extrême sensibilité et d'une grande authenticité nous interpellent au plus profond de nous-mêmes et ne peuvent qu'entamer notre saine curiosité.

Face à ce type de témoignages nombreux et reconnus, les médecins et scientifiques s'interrogent et font état de leurs recherches et travaux.

En France, de nombreux médecins font des recherches, étudient, et travaillent autour des expériences de mort imminente. Le docteur Charbonnier et le docteur Postel considèrent que les expériences de mort imminente se produisent lors d'un moment d'inconscience en arrêt cardiaque. D'un instant à l'autre, le sujet a la sensation de reprendre conscience à l'extérieur de son corps et perçoit tout ce qui se passe autour de lui. En général, il visualise un tunnel avec une lumière lointaine définie comme un « *amour* » immense. Il dit rencontrer un être de lumière.

Le docteur Jourdan, médecin français spécialisé depuis plus de 25 ans sur les EMI et Président de IANDS-France¹, a constaté que ses patients avaient une grande difficulté à se confier ; il nous dit que l'écoute est l'élément primordial.

Le docteur Jean-Jacques CHARBONNIER apporte également une attention particulière à ces récits. Il a mis en place des temps d'écoute spécifiques afin de permettre aux patients d'extérioriser leur expérience et leurs émotions.

Suite à cela, j'ai lu deux ouvrages du docteur CHARBONNIER : « *la médecine face à l'au-delà* » et « *les 7 bonnes raisons de croire à l'au-delà* ». Grâce à ces lectures, j'ai pu approfondir mes connaissances sur cette expérience à travers les nombreux témoignages et les explications médicales relatives à ce sujet.

Ce médecin a repris l'ensemble des témoignages reçus, les a mis en corrélation entre eux. Ensuite, il a essayé de comprendre ce phénomène de manière multidimensionnelle (psychologique, sociologique, culturelle).

Ces lectures m'ont permis de faire le lien avec les deux reportages cités précédemment. En effet, ces médecins citent dans leur livre, une certaine difficulté du personnel soignant face à ce type de récit. Dr Charbonnier indique également une relation conflictuelle avec ses autres confrères, cependant celui-ci apporte une attention

¹ Association internationale pour l'étude des états proches de la mort – International Association for Near Death Studies – Fondée en 1975, Seattle et en 1977 en France, par Louis Vincent Thomas

particulière sur une prise en charge adaptée à chaque patient. De plus, il a interpellé et sensibilisé le personnel paramédical de son service sur ce sujet.

Il y a un an, une amie m'a un jour confié un récit très personnel voir intime. Elle sait mon intérêt sur cette thématique, en voici le contenu.

II. SITUATION DE DEPART

La situation que je vais exposer s'est déroulée hors contexte hospitalier. Un après-midi, je rends une visite à une amie qui avait quelques problèmes de santé. A la fin de notre discussion, elle m'interroge sur mon métier, puis me questionne sur mes représentations de la mort. Surpris, je lui expose mon avis et je lui renvoie cette question et lui demande les raisons pour lesquelles mes représentations l'intéressent, c'est alors qu'elle m'exposa une expérience vécue.

Lors d'un accident de voiture, à l'âge de 13 ans, elle relate ce qui s'apparente assurément à une expérience de mort imminente. Cet événement s'est déroulé un soir de pluie d'hiver vers 19h, alors qu'elle était passagère. Sa mère conduisait, elle a perdu le contrôle de son véhicule à la sortie d'un virage. La voiture a fait plusieurs tonneaux pour finir dans le fossé. Suite au choc, cette amie est tombée dans le coma. Elle présentait un traumatisme crânien et de multiples fractures (bassin, fémur). Dans la nuit, elle dit s'être réveillée, voici son récit :

Dans un premier temps, elle se retrouve à un point extérieur à son corps, précisément au plafond. Elle pouvait ainsi apercevoir son corps dans la voiture. Sa vision était de 360 ° et pouvait voir ce qu'il se passait dans les autres pièces. Elle était surprise de ne ressentir aucune douleur physique ni morale. Elle pense alors qu'elle vient de perdre la vie.

Mademoiselle X entendait également les secouristes qui tentaient de la sauver. Puis elle aperçut un tunnel dans lequel elle s'est sentie aspirée. Une fois dans celui-ci, elle entendit une musique qu'elle décrit comme « *divine* », puis autour d'elle se trouvaient des personnes décédées dont sa grand-mère.

La sensation vécue est un état de bien-être profond inexplicable. Soudain me dit-elle, une entité lui fait comprendre par télépathie qu'elle doit retourner dans son corps terrestre car ce n'est pas « *son heure* ».

C'est à ce moment qu'elle se sent revenir en arrière, contemplant la lumière qui s'éloignait, puis elle réintégra son corps. Elle décrit cette sensation comme « *un gant qui épouse une main* ». Quelques temps plus tard, elle ouvre les yeux et prend conscience qu'elle est à l'hôpital. Elle ressent immédiatement les douleurs physiques liées aux fractures présentes. Elle se souvient d'avoir entendu l'infirmière lui demander d'évaluer sa douleur à l'aide de l'échelle numérique, elle répondit 8/10. Elle se souvient parfaitement de son expérience hors de son corps, son premier sentiment étant la tristesse d'être revenue dans le monde terrestre et surtout dans un corps où elle souffrait des douleurs dues à l'accident.

Ensuite, elle dit avoir hésité à en parler aux médecins et à l'infirmière, inquiète d'être prise pour, comme elle dit, « *une folle* » ; peur que le corps médical et paramédical ne croient pas en son discours. Durant toutes ces années, elle n'en parla à personne, pas même à ses parents.

Elle voulait en parler et faire partager son expérience, mais ne s'en sentant pas capable, elle se tût et garda cet événement pour elle. Je suis la première personne à qui elle dévoila son histoire. Tout d'abord elle me dit : « *Je sais que tu es intéressé par ces sujets mystiques, c'est pour cette raison que je peux t'en parler. Tu n'es pas obligé de me croire et si c'est le cas, cela ne me dérange pas du tout je ne te jugerai pas. Cependant, je suis persuadée et convaincue par mon expérience, c'est d'ailleurs pour cette raison que je n'ai plus peur de la mort.* »

Suite à cela, je lui ai fait part de toute l'attention que je porterai à son récit. J'ai adopté une écoute active et utilisé la technique thérapeutique des « *4R* » pratiquée notamment dans l'alliance thérapeutique et qui fait référence à l'unité d'enseignement 4.2 du Semestre 3 et 4 étudié en IFSI.

III. CONSTAT

- Cette expérience unique pour chaque personne, est décrite de la même manière quelles que soient leurs religions, leurs cultures, leurs modes de vies sociaux, et leur genre.
- La personne est dans état de bien être, elle est capable de communiquer autrement qu'avec ses cinq sens physiques.
- Le retour dans son corps est une expérience difficile et douloureuse.
- Mademoiselle X a éprouvé une certaine difficulté à entrer en relation avec le soignant sur ce sujet, et à relater cette expérience. De ce fait, la personne éprouve un sentiment de solitude.
- Je constate l'impact de cette expérience sur une personne humaine : changement des convictions spirituelles, de ses représentations sur ce thème.
- Je constate qu'elle eût une peur de révéler son histoire à une autre personne et notamment au corps paramédical et médical.
- Elle se sent obligée de vivre avec cette expérience, l'accepter et essayer de l'expliquer par elle même.

IV. QUESTIONNEMENT

- En quoi cette expérience peut-elle perturber un patient et dans quelle sphère psychocognitive peut-elle interagir ?
- En quoi le rôle de l'infirmier est important et pertinent auprès d'un patient ayant vécu ce type d'expérience?
- En quoi est-ce une difficulté pour les patients de parler de cette expérience aux soignants?
- Quelles sont les moyens pouvant être mis en place pour accompagner ces patients?

V. QUESTION DE DEPART

Comment et par quel moyen les soignants peuvent-ils prendre en soin, accompagner un patient ayant vécu une expérience de mort imminente à l'hôpital?

VI. MOTS CLES

- Mort
- Peur
- Douleur

VII. CONCEPTS

- Ecoute active
- Relation d'aide
- Représentation sociale
- Emotion
- Prendre soin
- Empathie

VIII. PHASE EXPLORATOIRE

Pour la poursuite de mon mémoire, je vais l'orienter vers des questionnaires destinés aux soignants. Dans un premier temps, cela me permettra de connaître les différentes représentations des professionnels de santé, mobiliser leur attention sur ce sujet, et pour finir analyser les solutions qui selon eux peuvent être envisagées afin d'optimiser la prise en charge de ces patients.

Les services ciblés sont la réanimation, les urgences, la cardiologie. En effet, ces services, de part leur spécialité, sont régulièrement amenés à réanimer des patients en état de *pseudo-mort* clinique.

Ma prochaine lecture est : « *l'infirmier face aux récits d'expérience de mort imminente* ». C'est un mémoire de fin d'études d'un infirmier puériculteur réalisé en 1997 par M. Rodier Xavier.

IX. CADRE CONCEPTUEL

1. Expérience de mort imminente

Avant d'introduire mon cadre conceptuel, il me semble fondamental de mettre un mot sur cette expérience. « *Near death experience* » terme Anglais dont le créateur est le docteur en philosophie et psychologie Raymond Moody. Sa traduction française s'intitule : expérience de mort imminente. En 1976, cet auteur décide d'écrire un livre où il explique comment son intérêt sur les expériences de mort imminente est né. Pendant son exercice professionnel, il a pu recueillir des témoignages qui l'ont amené à rédiger un article de synthèse à ce sujet, qui fut lui-même repris dans une revue scientifique médicale. Cet intérêt du monde scientifique au sujet des EMI l'amena à écrire un ouvrage : « *la vie après la vie* » publié en septembre 1974².

Citons sa définition :

« *Il désigne les témoignages des "rescapés de la mort" (dits aussi expérienceurs) qui suggèrent une expérience de " vie après la vie " : entre un tiers et la moitié des personnes réanimées après un accident grave, un coma, ou même une mort clinique, déclarent qu'au moment de la mort, on sort de son corps, on traverse un tunnel, guidé par des personnes décédées vers une lumière " ineffable ", avant de passer en revue toute sa vie. »*

²Ce livre n'est rien de moins que le deuxième livre le plus publié et le plus traduit dans le monde après la Bible.

D'après les sondages réalisés par l'institut GALLUP, en 1982, 4% de la population occidentales et 8 millions d'Américains auraient vécu cette expérience. Il cite le nombre de 9 à 18% des personnes ayant frôlé la mort et reviendraient d'une « *near death experience* ».

De plus, le journal « *The Lancet* » (revue scientifique médicale britannique) en 2001 précise que 12% des personnes réanimées suite à un arrêt cardiaque auraient vécu une expérience de mort imminente.

Voici le résumé des phases indiquées par plusieurs scientifiques notamment M. Moody, cependant toutes les personnes ne vivent pas toutes les mêmes étapes. Les voici :

- 1^{ère} phase : les personnes se retrouvent le plus souvent en état d'inconscience clinique (accidents, arrêts cardio-respiratoire, traumatismes, chocs, interventions chirurgicales...).
- 2^{ème} phase : la décorporation : c'est une sortie de son enveloppe corporelle. La personne aperçoit son corps, elle a également une vision de son environnement à 360°. Les personnes décrivent une sensation « *d'hyper-réalité* », comme si tous les sens étaient démultipliés : *la vision, l'audition, les couleurs, le déplacement...*
- 3^{ème} phase : l'*expérienceur* entrevoit un « *tunnel* » de couleur noire dans lequel il est aspiré. A l'écoute de l'ensemble des témoignages, ce tunnel semble se poser comme une zone de séparation, une zone de transition, de « *passage entre deux mondes* ».
- 4^{ème} phase : c'est la rencontre avec une lumière très intense mais non éblouissante accompagnée d'un sentiment de bien-être et de plénitude totale. Il est assez édifiant d'entendre ces témoignages extraordinaires où certains racontent « n'avoir fait qu'un avec l'univers-crédation » ou encore « *être amour infini* »³.
- 5^{ème} phase : Pendant cette rencontre, le sujet voit sa vie défiler (*revue de vie*) et a conscience des « *bons et mauvais* » actes accomplis pendant sa vie terrestre.

³ Expérienceurs, anglicisme repris couramment dans la littérature ; « Témoin » est la version Française. Depuis le 2^{ème} colloque international sur les EMI à Marseille en 2013

- 6^{ème} phase : Les sujets décrivent des rencontres avec d'autres « entités » : des personnes proches décédées, des entités de Lumière, toujours décrites comme rayonnantes, bonnes, pleine de compassion et d'Amour...
- 7^{ème} phase : Le retour dans le corps est souvent décrit comme « désagréable » ; en effet, le sujet passe de sensations, de sentiments et d'émotions de félicité, de bien-être, de paix, d'amour, de béatitude... à une sensation de lourdeur, d'un corps étriqué, reprenant possession avec la matérialité, la douleur...
- 8^{ème} phase : cette étape est appelée « la 3ème mi-temps » par le docteur Bernard Samson. Il s'agit de *la transformation de l'individu*. Trente années d'études, de recherche et de travaux plus tard, le fait est incontestable et ressort dans toutes les publications et conférences: les personnes qui racontent avoir vécu une EMI voient leur système de valeurs totalement changer ultérieurement. Il y a une transformation de la personne dans toutes ses dimensions : spirituelle, psychologique, physique, intellectuelle, émotionnelle, sociale, familiale, et professionnelle.

Comme le relate la quasi-totalité des expérienceurs, c'est un long et pénible processus de « retour à la vie », au prix, le plus souvent, d'un long et pénible cheminement.

Maintenant, voici les phases décrites que je vais mettre en corrélation avec ma situation de départ. Lors du récit de mademoiselle X, j'ai identifié quatre de ces phases expliquées ci-dessus :

- Impression d'être mort : elle s'est retrouvée à l'extérieur de son corps pouvant observer toute la scène se déroulant devant elle; par exemple elle entendait les sapeurs pompiers.
- Paix et absence de souffrance : elle dit ressentir un état de bien-être profond, qu'elle ne peut elle-même expliquer.
- Le tunnel : elle indique un élément supplémentaire lors de son passage dans le tunnel qui est l'écoute d'une musique divine.

- Les êtres de lumières : cette rencontre avec un être de lumière a été courte. En effet, elle a immédiatement reçu un message par télépathie, lui disant de revenir à sa vie terrestre.

- L'envie de ne pas revenir : mademoiselle X exprime rapidement une tristesse de ne pas être restée dans l'état où elle se trouvait, celle-ci étant majorée par les douleurs physiques qu'elle ressentait.

1. Prendre soin

Après avoir énoncé ces phases, quel rôle le soignant peut-il adopter ? L'infirmier est un professionnel de santé, il exerce une profession dont la valeur fondamentale est de prendre soin du patient.

Selon W. HESBEEN « *prendre soin, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation particulière c'est-à-dire unique* ».

Le concept de « *prendre soin* » est ce dont pourquoi en tant que professionnel de santé nous nous destinons. Il peut s'inscrire aussi bien dans une démarche en rapport aux soins techniques qu'à la relation avec une personne. Il doit avoir un sens précis pour le soignant.

Comme l'indique Mme Danielle Blondeau, docteur en philosophie et enseignante à la faculté des sciences infirmières : « *le soin infirmier est un art moral car il est destiné à l'individu et à son bien-être* ». L'infirmier est avant tout un professionnel de santé dont la préoccupation principale est le bien-être du patient qui est au centre du soin.

D'autre part, M. Walter HEESBEN, infirmier et docteur en santé publique, présente huit notions pour créer un lien de confiance avec le patient : « *chaleur, écoute, disponibilité, simplicité, humour et compassion.* ».

Prendre soin associe tant le domaine somatique que le domaine psychologique. De ce fait, prendre soin d'un patient relatant un récit de mort imminente exige du soignant d'entreprendre une relation d'aide thérapeutique.

2. Relation d'aide

Défini au travers d'un cours infirmier du semestre 3, les soins relationnels "*sont un ensemble de moyens et d'outils utilisés, mis en œuvre par un soignant formé avec pour objectif premier de réduire la souffrance psychique afin de faciliter la progression du patient vers un mieux être.*"

En lien avec ma situation de départ, il n'y avait chez cette personne, aucune souffrance psychique du fait qu'elle définissait son expérience comme positive. Néanmoins, une difficulté peut survenir chez le patient lorsqu'il ne peut pas exposer son récit.

Dans un premier temps, je vais introduire un cadre législatif du décret infirmier :

Article R. 4311-3

« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière, les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. »

L'infirmier a pour fonction d'identifier les besoins précis de la personne à un moment donné, et de mettre en œuvre des actions adaptées à la situation. La relation d'aide peut se définir comme une relation « *soignant-soigné* ». C'est une relation thérapeutique entre un professionnel de santé et un patient qui permettra à ce dernier de donner sens à un problème, un conflit, une expérience passée afin d'évoluer dans un état de bien être.

Ce soin relationnel débute par un entretien d'accueil entre le soignant et le soigné qui s'articule sous deux formes :

1° Le cadre matériel : il est préférable de s'entretenir dans une pièce isolée, calme et de s'assurer que les deux personnes ne soient pas dérangées, soit par l'arrivée d'une tierce personne, soit par exemple par une sonnerie de téléphone.

2° L'attitude : le soignant adopte une attitude adéquate pour ce type de relation. Il peut se placer à sa hauteur, près du patient afin de limiter une trop grande distance.

Ensuite, deux éléments sont importants quant à l'attitude du soignant. Tout d'abord, la gestuelle de ce dernier lui permettra d'être entièrement disponible pour le patient. Il peut également la jauger chez le patient.

Le deuxième élément est la tonalité de la voix. L'infirmier adopte une voix calme, posée et adaptée au patient.

Parmi les obstacles pouvant nuire à cet échange, deux éléments identifiés sont les plus à risques :

- Le transfert et le contre-transfert : lors d'un exposé, le récit d'expérience de mort imminente du patient peut renvoyer à des expériences négatives en lien avec la mort.
- La crainte du jugement : lors de mes lectures sur les témoignages de ces expériences, la majorité des patients sont inquiets à l'idée de relater leurs expériences. La raison commune qui se dégage est la peur d'être « *psychiatrisé* ». De ce fait, le patient ne parle pas de son expérience et la garde pour lui-même. D'après le docteur Jean-Jacques Charbonnier et le psychiatre Raymond Moody, les personnes relatant ces récits vers les années 1900 étaient directement transférées dans des centres psychiatriques.

Selon M. Carl ROGERS (psychologue Américain qui a notamment réalisé des travaux sur la relation d'aide), « *un individu a la capacité de résoudre ses conflits intérieurs, en essayant de comprendre les raisons de ces conflits* ». Le soignant, en ayant une attitude ouverte et centrée sur le patient, facilite la communication et l'interactivité entre lui-même et le celui-ci.

Lors d'une relation d'aide, le soignant a un rôle déterminant notamment dans quatre domaines:

L'empathie d'après M. Carl ROGERS : « être empathique consiste à percevoir avec justesse le cadre de référence interne de son interlocuteur ainsi que les raisonnements et émotions qui en résultent. Exemple : ressentir ce que le patient ressent, souffrir en même temps que le patient, comprendre le patient. » .

L'attitude empathique : C'est la capacité à ressentir ce que perçoit le patient. Cette attitude va permettre au patient de réaliser que le soignant est dans la compréhension la plus ouverte.

Ensuite, l'autre élément qui suit est la compréhension empathique qui est définie comme telle selon M. Carl ROGERS :

« La compréhension empathique est issue de la préoccupation du thérapeute pour le monde perceptif et subjectif du client ».

La congruence : c'est la capacité du sujet à être à l'aise avec son propre conflit, mais également avec ses émotions générées, ses sentiments et sa pensée.

L'acceptation : prendre en compte le patient tel qu'il est, dans ses croyances et ses valeurs nécessite et exige un profond respect de la part du soignant. Il doit être vierge de tout jugement de valeur et mettre ainsi de côté ses propres représentations morales et/ou spirituelles.

Etre professionnel : c'est acquérir des compétences relationnelles pouvant être sollicitées pour comprendre la problématique du patient et proposer des solutions qui seront à évaluer.

Suite à cela, une méthode enseignée en institut de formation en soins infirmiers dans le cadre de l'UE soins relationnels s'intitule la méthode des « 4R ». Elle permet au patient de sentir qu'il est écouté, compris par le soignant. Elle s'articule de quatre manières:

- Recontextualiser : L'infirmier recentre les éléments évoqués par le patient dans le contexte donné pour permettre de cibler l'attention sur le patient afin de mieux le comprendre sur le ressenti de son histoire.

- Reformuler : Le soignant reprend les propos du patient et les lui retranscrit avec ses propres mots. Cette technique peut permettre d'aider le patient à verbaliser et à mettre des mots sur sa pensée.

- Résumer : L'infirmier résume la situation afin de s'assurer que le soignant et le soigné se soient bien compris sur les éléments exposés auparavant.

- Renforcer : cette dernière étape renforce la relation collaborative entre les deux sujets avec une reconnaissance de la part du soignant de la souffrance potentielle du patient.

- Relation : Les relations humaines décrivent un ensemble d'interactions qui concernent au moins deux être humains. Une interaction est un échange de signes que le soignant est capable d'observer et de décrire à la fois dans leurs manifestations verbales et non verbales.

La relation soignant-soigné est avant tout une relation entre deux individualités humaines.

Pour que celle-ci soit efficace, elle doit être réalisée dans un climat de confiance instauré par l'infirmier. Ce dernier utilise et observe un certain nombre d'éléments du patient, ce qui est primordial lors d'un entretien d'aide thérapeutique. Dans un premier temps, le soignant utilise des questions ouvertes afin de ne pas fermer la communication. Ensuite, il instaure des moments de silence volontaire et observe la communication non verbale du patient.

Un élément important dans la relation d'aide est l'écoute active. Selon son étymologie, l'écoute active provient « *du latin auscultare qui signifie écouter avec attention, elle nécessite une décentration de soi et une intentionnalité.* ». L'écoute active doit permettre une compréhension du message. Il ne suffit pas d'entendre, il faut donc être réceptif à ce que l'on entend et attentif à la personne aidée pour accéder à son vécu.

Elle s'appuie sur la bienveillance et la réceptivité de l'audient et favorise l'expression du soigné qui ressent cette présence positive comme une aide potentielle devant ses difficultés présentes. De ce fait, l'écoute active est l'essence même d'une relation entre deux individus.

Cependant, cela demande des exigences de la part du soignant lors du soin :

- Prendre une distance avec ses propres représentations pour pouvoir être réceptif aux propos du soigné
- Etre disponible
- Eviter d'interrompre le patient durant son discours
- Formuler des questions ouvertes qui permettront aux patients de verbaliser au maximum
- Reformuler ses propos avec ses propres termes, puis ceux du soignant
- Laisser volontairement des moments de silence
- Faire preuve d'empathie envers le patient

3. Emotion

En déclinant cette démarche, je fais un lien avec le concept de l'émotion. En effet il découle d'une relation empathique avec un patient. L'émotion s'articule sur deux domaines :

- L'émotion du patient lors de son récit de mort imminente.
- L'émotion soignante lors de l'écoute de ce récit.

Définition :

Tout d'abord, les émotions sont des réactions physiologiques qui interviennent chez un individu dans une situation donnée. Ces réactions peuvent être positives ou négatives. Les émotions sont perceptibles par l'autre, elles reflètent l'intensité de l'événement responsable de celles-ci.

L'individu peut avoir la capacité de contrôler ses émotions à l'exception de certaines situations. Elles sont également agréables ou désagréables.

Elles peuvent se manifester sous plusieurs formes :

Peur : « *sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé d'une menace. Cette émotion est éprouvée dans certaines situation* » d'après le dictionnaire Larousse

Colère : La colère est une émotion qui signifie que l'individu est dans l'insatisfaction. « *Etat affectif violent et passager, résultant du sentiment d'une agression, d'un désagrément, traduisant un vif mécontentement et accompagné de réactions brutales.* » D'après le dictionnaire Larousse

Joie : « *Sentiment de bonheur et de plaisir.* » la joie est une émotion expressive sous plusieurs formes et une humeur positive.

Tristesse : elle est un état émotionnel contraire à la joie ; le sujet n'éprouvant pas de gaieté. Elle peut se caractériser par des pleurs, un repli sur soi, une volonté de ne pas communiquer.

A travers ces émotions, certaines d'entre elles ont été ressenties par mademoiselle X. Tout d'abord, le sentiment profond de bien-être, la communication non verbale était révélatrice de ce sentiment. En effet, son visage était souriant, détendu. Ensuite, elle m'a exprimé cette peur d'être prise « *pour une folle* », il était inconcevable pour elle d'en parler à quiconque : amis, famille, ni même au corps médical et paramédical.

Pour finir, je pouvais ressentir, à travers sa voix, sa tristesse d'être revenue de cette expérience.

L'ensemble des notions citées ci-dessus est répertorié dans la catégorie des émotions primaires.

Ces émotions, plus ou moins contrôlable, peuvent être acceptées ou rejetées par le patient, ce qui dans ce dernier cas lui fera adopter des mécanismes de défense.

4. Les mécanismes de défense

Selon Freud, les mécanismes de défense « *représentent la défense du moi contre les pulsions instinctuelles et les affects liés à ces pulsions. Elles peuvent être inconscientes et involontaires.* ».

Elles peuvent concerner le patient mais également le soignant.

Mécanismes de défense chez le soignant :

- Le déni: le professionnel n'entend pas ce que le patient lui dit, il l'évite.
- La rationalisation : en lien direct avec le déni, il va rationaliser cette expérience et tenter de l'expliquer.
- La projection : lorsque le patient expose son récit, ce dernier peut bouleverser les représentations personnelles du soignant.

Mécanismes de défense chez le patient :

- la conduite d'évitement d'un sujet : le patient change de conversation
- l'agressivité.

5. Communication

Tout d'abord, l'écoute est un élément indispensable de la communication interpersonnelle qui vise à la compréhension plutôt qu'à l'évaluation du message.

D'une relation d'aide, la communication est un élément pertinent dans l'analyse et le bon déroulement d'un entretien d'accueil. Elle peut-être verbale et non verbale.

Tout d'abord, nous allons définir ce concept d'après le dictionnaire "*le petit Robert*" :

« *Le fait de communiquer, d'établir une relation avec quelqu'un, quelque chose.* »

La communication est un élément indispensable dans la relation d'aide. Elle nécessite :

- un émetteur qui adresse un message
- un message comprenant des signes interprétables à l'aide de règles dédiées.

Selon le modèle de *SHANNON et WEAVER, 1949*, la communication est définie ainsi :

« *Source d'information à Emetteur à Message à Récepteur à Destinataire* ».

Alors que le modèle de *WIENER, 1948*, le définit autrement :

« *Emetteur à Canal (message) à Récepteur et le feedback, ce dernier correspond au renvoi de l'information du récepteur à l'émetteur, pour assurer à ce dernier que le message a bien été compris.*»

6. La Mort

Voici la définition du code de santé publique :

« *Absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée, abolition de tous les réflexes du tronc cérébral, et une absence totale de ventilation spontanée* » (Article R1232-1)

Lorsqu'il y a une mort clinique, elle doit être confirmée par :

- « *deux électroencéphalogramme plats, nuls et aréactifs espacés de quatre heures minimum*»

Ou

- « *une angiographie objectivant l'arrêt de la circulation encéphalique et dont le résultat est immédiatement consigné par le radiologue qui en fait l'interprétation*». (Article R 1232-2)

Un certain nombre d'expériences de mort imminente se déroulent pendant une phase de mort clinique, et c'est d'ailleurs pour cette raison que le docteur Charbonnier précise que ces personnes sont revenues de la mort puisque le diagnostic médical de celle-ci a été certifié. La mort est un mot qui provoque une certaine peur chez les individus dans le monde occidental étant donné qu'il représente le néant.

Chaque soignant a sa propre représentation sur ce thème, d'autant plus qu'ils en sont confrontés quotidiennement.

7. Représentation sociale

Selon JODELET, la représentation " *est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.* ".

Selon FISCHER, la représentation sociale « *est la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personnes, événements, catégories sociales) et donnant lieu à une vision commune des choses qui se manifeste au cours des interactions sociales.* ».

Selon P. MANNONI « *les représentations sociales sont à la base de notre vie psychique* ».

J. PIAGET montre « *que si les représentations collectives pèsent sur les représentations individuelles (et donc le développement) de l'enfant, en grandissant, il acquiert une autonomie de ses propres représentations.* ».

Nous allons ensuite introduire trois types de représentations :

Représentation individuelle

Selon J. CLENET, « *ces représentations individuelles sont fondées sur des expériences singulières et sont construites de manière tout autant singulière dans un environnement qui devient alors singulier.* ».

Pour DURKHEIM, elles sont *«propres à chaque individu, sont variables et emportées dans un flot ininterrompu. »*.

Représentation collective

Elle désigne des représentations communes à un groupe, à un mode de pensée commune à ce groupe en rapport à des normes socio-culturelles.

M. DENIS explique : *« Ces représentations comportent une spécificité individuelle mais également un noyau commun partagé par la plupart des esprits humains participant de la même culture »*.

Représentation sociale

J.CLENET indique que *«les représentations se construisent par l'interaction avec les autres, par le contact avec la réalité dans l'action»*.

D'autre part D.JODELET définit les représentations sociales comme *« une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social »*.

L'intérêt de connaître les représentations d'un individu permet de cerner son mode de pensée, ses convictions sur un sujet donné. Les représentations sociales sont dues à une idéologie sociétale, à des valeurs.

Chaque individu d'une société est régi par sa propre représentation sur tel ou tel sujet. La représentation de la mort pour les soignants peut être différente selon la culture, la religion, le mode de vie social.

Mademoiselle X démontre son changement de représentation sur la vie et la mort suite à cette expérience.

X. METHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

J'ai choisi d'effectuer un entretien pour avoir un témoignage concret d'une situation vécue par un patient. Ensuite, j'ai décidé de réaliser des questionnaires destinés aux infirmiers.

1. Publics ciblés

- ✓ Infirmière de réanimation, cardiologie soins intensifs, chirurgie orthopédique, infirmier en soins à domicile
- ✓ Patient relatant un état de mort imminente

2. Objectifs

- ✓ Connaître les représentations soignantes sur ce sujet
- ✓ Appréhender et apprécier leurs avis
- ✓ Recueillir un témoignage d'expérience de mort imminente
- ✓ Appréhender son ressenti, ses émotions
- ✓ Connaître l'impact ou non du soignant quant à son vécu

3. Outils d'enquête

- ✓ Questionnaire anonyme comportant quatre questions ouvertes
- ✓ Entretiens comprenant huit questions ouvertes

4. Limite de l'outil

J'ai distribué vingt questionnaires dans deux unités de réanimation médicale. J'ai laissé les questionnaires à disposition dans les services durant une semaine. Je n'ai eu aucun questionnaire rempli.

Lorsque je suis allé récupérer celle-ci, on m'a expliqué que les infirmières n'avaient pas connaissance de ce phénomène à l'hôpital. De plus, selon ces soignants, les patients n'en parlent pas : « *le service ne serait pas propice au recueil de ces récits puisque les patients sont intubés et ventilés.* » En complément, les infirmiers de réanimation estiment que « *les patients n'ont pas le temps de relater ce type de récit étant donné qu'ils sont rapidement transférés dans un autre service.* ».

Suite à cet échec, j'ai décidé de m'orienter vers le service de soins intensifs de cardiologie. Ce service accueille des patients souffrant de pathologies cardiaques comme l'insuffisance cardiaque ou l'infarctus du myocarde. D'après mes récentes lectures, certains patients relaient des récits de mort imminente lors d'un arrêt cardiaque.

A mon arrivée, j'ai fait connaissance avec le cadre de santé et une infirmière. Je leur ai exposé mon sujet de mémoire qui les a immédiatement interpellé et intéressé. D'ailleurs, l'une d'entre elle connaissait une personne qui relate un récit d'état de mort imminente et depuis se documente à travers des reportages télévisés. Elle m'a également mis en relation avec deux infirmières exerçant en cardiologie, spécialisées dans l'éducation thérapeutique des patients ayant eu un infarctus du myocarde. Ces infirmières sont donc plus sujettes à connaître des récits de mort imminente.

A mon grand regret, pour des raisons diverses, je n'ai pas eu la possibilité de m'entretenir avec celles-ci.

Pendant ce temps, dix questionnaires ont été mis à disposition des infirmières de l'unité de soins intensifs de cardiologie. Seules deux infirmières ont connaissance de ce sujet ; autrement aucun professionnel de santé n'a été en relation avec un patient relatant un récit de mort imminente, et c'est pour cette raison qu'ils n'ont pas rempli ce questionnaire.

Toutefois, un infirmier du service m'interpelle et décide de me contacter. Il me raconte son intérêt personnel et surtout professionnel sur ce sujet. Je lui propose un entretien dans la journée, qu'il accepte.

Une semaine avant le rendu de mon travail, un ami a communiqué mon sujet de mémoire à des collègues infirmières. Immédiatement, je me destine vers ces professionnels afin de recueillir leur avis de soignant.

Au total, quatre infirmières ont rempli ce questionnaire. Deux entretiens ont été réalisés, le premier avec un patient et le deuxième avec un infirmier du service de soins intensif de cardiologie.

XI. ANALYSE DES ENTRETIENS ET QUESTIONNAIRES

Je vais analyser le témoignage d'un patient relatant un récit d'expérience de mort imminente.

L'entretien avec cette personne que je nomme Mr X, a duré 22 minutes. Je suis le premier étudiant infirmier à qui il en parle. Il s'est déroulé dans un lieu dépourvu de tout bruit extérieur.

J'ai repéré un certain nombre d'éléments pertinents ; en voici l'exposé :

M. X a ressenti un sentiment de bien-être dans la lumière, il n'évoquait plus de stress.

Voici les étapes décrites par le docteur Raymond MOODY pour ce patient :

- Paix et absence de souffrance : le sentiment de bien-être
- Le tunnel : il décrit une spirale dans lequel il s'est senti aspiré
- Les êtres de lumières : M. X parle uniquement de la lumière qu'il a aperçue

Durant ce moment, le patient était détendu, souriant, calme. Emotif, il parlait de son histoire comme une expérience positive.

Au moment de la perte de connaissance, le patient décrit une spirale dans laquelle il est entré. Puis rapidement, il aperçut une belle lumière où il ressentit une sensation agréable, un sentiment de bien-être dépourvu de stress.

Il n'a plus de souvenir en rapport avec l'étape de sortie hors du corps. Cependant, il était en mesure d'entendre le personnel soignant, c'est pour cette raison qu'il a pu intercepter ce que les médecins et infirmiers disaient. A partir de cet instant, il est revenu à la vie.

A son réveil, il exprime un sentiment angoissant même s'il a vécu une expérience positive. En effet, ce sentiment vient du fait qu'il ne sait pas comment interpréter ce phénomène, ni à qui en parler. M. X avait peur de la réaction soignante, comme il le dit : peur d'être pris pour un « fou ».

De cette expérience, il en a parlé à sa famille qui était dans l'interrogation. Sa représentation et son rapport à la mort a changé, ses craintes et ses inquiétudes sont diminuées.

Pour ce patient, cette expérience n'est pas traumatisante, et depuis cet événement, il s'est renseigné au travers d'émissions de télévision et a constaté qu'il n'était pas le seul et que d'autres personnes l'avaient vécu également.

Pour conclure, le patient aurait souhaité parler de cette expérience irrationnelle avec l'équipe soignante, deux ou trois jours après, afin de pouvoir mettre des mots dessus. A plusieurs reprises, M. X aurait voulu que les infirmiers, ou les médecins le questionnent sur une éventuelle expérience pendant la réanimation. En effet, il était incapable de prendre l'initiative d'en parler.

1. Analyse des questionnaires et des entretiens :

➤ Infirmière A

Tout d'abord dans la première question, elle fait un lien avec son père qui a vécu une situation similaire. Les éléments qu'elle précise sont :

- ✓ vision d'une lumière blanche

- ✓ sentiment d'apaisement, avec envie d'aller toucher cette lumière.

Ensuite, elle exprime sa difficulté à croire à ce phénomène, se positionner dans cette situation est délicat car aucun patient ne lui a relaté ce genre d'expérience.

Cependant, elle indique plusieurs éléments d'accompagnement de ses patients :

- ✓ l'aide psychologique
- ✓ son rôle d'infirmière serait l'écoute, la réassurance, puis la mise en relation avec des groupes associatifs ayant le même vécu.

Pour finir, son rôle d'infirmière –entre autres- est d'acquérir des connaissances sur ce sujet.

➤ **Infirmière B**

Elle a connaissance de ce sujet à travers les médias mais aucun patient ne lui a relaté ce phénomène.

Dans la question deux, cette infirmière précise que c'est régulièrement un sujet tabou et non expliqué par la science.

D'après elle, l'infirmier doit instaurer une relation de confiance avec le patient afin qu'il exprime son expérience. Pour cette soignante, c'est dommageable que les infirmiers n'aient pas d'apport théorique sur ce sujet.

Question 4 non répondue.

➤ **Infirmière C**

Cette soignante a connaissance des expériences de mort imminente au travers d'un film.

Elle indique les différentes étapes : sortir hors du corps, passage dans un tunnel, vision d'une lumière blanche, vision de sa vie défilée devant soi, immense sensation de paix et de bien-être, vision de parents et amis défunts.

Selon cette infirmière, voici les moyens pouvant être mis en place :

- temps avec un psychologue
- temps d'écoute soignant (infirmier, aide-soignant)

Elle précise également une éventuelle réticence des patients à en parler.

Selon elle, ce temps d'écoute n'est pas spécifique à un rôle infirmier. Il peut concerner tous les soignants y compris le médecin.

➤ Infirmière D

Dans la première question, elle n'a jamais rencontré de patient à l'hôpital ayant eu cette expérience, cependant elle a les connaissances à travers des reportages télévisés.

En ce qui la concerne, la première intention d'un soignant face à ce récit est l'écoute. Il doit prendre en considération ces propos et rassurer le patient. Pour ce professionnel, si le soignant pense que le patient présente des signes d'allure psychopathologique, ce dernier peut se replier sur lui-même et n'osera plus l'exprimer.

a. Analyse de l'entretien infirmier (E)

Question 1

Selon lui, les infirmiers du service n'ont pas connaissance de ce phénomène puisque les patients n'en parlent pas. Ce tabou provient des années 1950 (comme le confirmait le docteur Charbonnier) lorsque les patients relataient leurs récits, ils étaient psychiatisés. De part cet élément, maintenant, les personnes ont peur d'être « *pris pour des fous* ».

Question 2

Si le patient en parle, cela signifie que cela représente un besoin pour lui d'en parler.

Il me racontait une histoire diffusée à la télévision, une personne a été capable de donner le numéro de série de la table d'opération, lors de son opération chirurgicale.

Certains médecins mettent même des « *paquets cadeaux* » en salle d'opération, afin de tester la véracité des patients susceptibles de relater ce genre d'expérience. Je fais le lien avec le docteur POSTEL qui a mis une « *cible cachée* » dans sa salle d'opération chirurgicale. Elle contenait un mot à l'intérieur que seul cet anesthésiste réanimateur connaissait. Dans le cas où un patient vivrait un état de mort imminente, cela serait pour lui une preuve de la réalité des propos relatés par le patient.

Question 3

MENARD Régis

IFSI CHU ANGERS

PROMOTION 2011-2014

Page 31

- ✓ Rôle d'écoute dans un premier temps.
- ✓ L'orientation sans donner de précision peut-être une solution à apporter au patient.
- ✓ D'après cet infirmier, ce type d'expérience doit sûrement arriver dans son service.

Même si les soignants ont leurs propres croyances, ils doivent rester neutres, sans jugement et faire en sorte que nos propres représentations n'interagissent pas à ce moment-là pour ne pas mettre le patient et ainsi qu'eux même en difficulté. A la différence d'un soin somatique, auquel un soignant pourra naturellement apporter une réponse adaptée, ce genre d'expérience relatée peut mettre le soignant en difficulté.

- ✓ En dernier lieu, cette expérience vécue par les patients, est généralement rassurante sur l'idée même de la mort.

Question 4

- ✓ Ce sujet n'est jamais abordé entre collègues dans le service, sans pour autant être tabou.
- ✓ Il propose d'interroger les patients qui ont eu un arrêt cardiaque pour leur demander s'ils ont vécu une situation extraordinaire. L'intérêt de le savoir peut-être important dans la prise en charge du patient durant son hospitalisation,
- ✓ Selon lui, beaucoup de patients auraient vécu ce genre d'expérience mais n'oseraient pas en parler par peur de la réaction soignant.

b. Mise en relation des questionnaires et entretiens

Premièrement, ce sujet représente pour la plupart des patients, un « *tabou* », comme l'a décrit l'infirmier « *E* », la peur d'être pris pour un « *fou* » domine la pensée des expérienceurs. Ce sentiment est confirmé par les infirmières « *A* » « *E* » et « *B* », qui selon leurs dires, certains soignants pourraient croire déceler des troubles psychiatriques chez le patient. L'infirmier « *E* » émet une nuance, ce tabou concernerait uniquement le patient mais le sujet ne poserait pas de difficulté à être discuté entre collègues soignants.

D'autre part, l'ensemble des infirmiers interrogés identifient l'importance du rôle d'écoute. L'infirmière « *A* » ajoute la notion de réassurance qui aurait été d'ailleurs

pertinente pour le patient interrogé et la possibilité de mettre en relation le patient vers des associations dédiées. A ce jour, dans ce cas, il aurait la possibilité d'avoir un apport de connaissances et éventuellement d'échanger avec d'autres personnes ayant vécu la même chose, avis partagé par l'infirmier « E ». Concrètement, « *l'association internationale pour l'étude des états proche de la mort* » est un réseau implanté dans chaque région en France dont le directeur est le docteur Jourdan. Il offre aux personnes, la possibilité de relater leur récit dans un « *cadre d'écoute et d'échange* ». Ils peuvent se confronter à d'autres témoignages et échanger dans un groupe de parole.

De plus, la relation de confiance est un élément soulevé par l'infirmière « B » qui d'après le concept de la relation d'aide, permet au patient de se confier au soignant.

Ce soin peut mettre en difficulté le soignant, il peut même générer une crainte sur ses propres représentations et croyances comme le souligne l'infirmier « E ».

Par conséquent, ce dernier propose d'une part d'interroger les patients sur une éventuelle expérience hors du commun lors d'un arrêt cardiaque comme le réalise déjà le docteur Charbonnier, d'autre part, de mettre en place une information destinée au patient et aux soignants, sur la connaissance de ces expériences de mort imminente.

A ce propos, un médecin psychologue clinicien, prévoit l'enseignement d'un nombre d'heures spécifique à l'étude des expériences de mort imminente. A ce jour, aucun enseignement sur ce sujet n'est transmis aux étudiants en soins infirmiers.

En outre, trois infirmiers soulignent l'absence de connaissances sur ce sujet pour les professionnels de santé.

Alors que l'infirmier D pense que nombre de patients dans son service ont vécu une expérience de mort imminente, les infirmières du service de réanimation optent pour le contraire. Cette différence de point de vue est-elle liée à une méconnaissance du sujet, ou alors les expériences de mort imminente n'y seraient-elles pas fréquentes statistiquement? Notons que les deux médecins anesthésistes réanimateurs cités précédemment exercent en service de réanimation; et que de ce fait un certain nombre de témoignages recueillis venaient de leurs propres patients, ce qui nous interroge sur cette divergence d'opinion. Depuis son investissement sur ce sujet, le docteur Charbonnier interroge régulièrement ses

patients après une anesthésie générale, leur demandant s'ils ont « vu la lumière ». Je note que cette initiative aurait agréé le patient qui aurait souhaité que les soignants lui posent la question.

XII. PROBLEMATISATION

En premier lieu, les patients ont peur de dévoiler leur histoire aux soignants. Le premier mot de mademoiselle X et Mr X est « fou ». Ce mot a une dimension négative car il fait référence un dysfonctionnement psychique. Vivre une histoire décrite d'après les patients comme merveilleuse, peut devenir soudainement s'avérer péjorative. De plus, cette expérience est hors du commun, le patient peut-il garder cette histoire pour lui et s'en suffire lui-même ?

En deuxième lieu, la méconnaissance des soignants sur ce sujet peut les également les bouleverser. Si les soignants n'ont pas d'information et de connaissance d'un domaine, comment peuvent-ils prendre en charge un patient qui leur expose ledit domaine méconnu d'eux-mêmes?

XIII. HYPOTHESE

Plusieurs hypothèses sont envisageables. Tout d'abord, l'enseignement dans les instituts de formations des professions médicales et paramédicales d'un nombre d'heures en rapport aux récits de mort imminente devrait être pourvu.

Ensuite, dans le cas où le patient relate un récit de mort imminente, l'infirmier peut se rendre disponible pendant ou après son hospitalisation, afin de privilégier un temps d'écoute et d'accompagnement. Ce temps permettrait au patient d'exprimer son histoire, puis d'apprendre à vivre avec.

XIV. CONCLUSION

Tout d'abord, ce travail a été un long cheminement, très enrichissant. C'est un sujet particulier dont on parle encore très peu à l'hôpital. Pendant la durée de mon mémoire, j'ai eu la chance de rencontrer M. Xavier Rodier, infirmier précurseur dans l'étude de ce sujet.

L'exposé de mademoiselle X a été l'élément déclencheur de cette envie de corréler les récits de mort imminente associé au rôle infirmier qui leur est inhérent. En effet, j'ai immédiatement identifié ce besoin d'en parler et parallèlement la difficulté que peut rencontrer un patient dans cette situation.

Les concepts que j'ai identifiés sont liés à l'exposé de ma situation de départ. Ils concernent essentiellement la relation soignant-soigné. Cette situation n'était pas dans un contexte de soin en centre hospitalier, cependant ce moment relationnel peut se produire à l'hôpital.

Pendant mon enquête, j'ai ressenti que certains professionnels étaient réticents quant au sujet abordé. D'ailleurs une « *enquête d'opinion publiée au mois d'avril 2011 montre que 35% des gens interrogés en 1981 croyaient à une vie après la mort et seulement 39% en 2008 soit une modeste augmentation de 4% en vingt-sept ans.* »

Cependant, d'autres soignants ont été agréablement surpris et m'ont soutenu afin d'aller au bout de mon mémoire. Peu de professionnels de santé ont souhaité s'exprimer sur ce sujet malgré leur anonymat garanti. Il aura fallu une certaine persévérance afin de recueillir quatre témoignages.

Enfin, la remise en question personnelle a été fréquente, mais n'a point altéré la réalisation de ce travail, guidée en cela par le fait que le sens premier de l'infirmier est de soigner et d'accompagner les patients.

XV. BIBLIOGRAPHIE ET SITOGRAPHIE

-CHARBONIER Jean-Jacques « *Les 7 bonnes raisons de croire à l'au-delà* ». Editeur TREDANIEL Guy.

-CHARBONNIER Jean-Jacques « *La médecine face à l'au-delà* ». TREDANIEL Guy éditeur, 2010,2011.

-Reportage « *ils sont revenus de l'au-delà* » diffusion sur Direct 8
http://www.dailymotion.com/video/xrh27i_ils-sont-revenus-de-l-au-dela-temoignages-1ere-partie_tech

-Reportage « *la vie après la mort, NDE, mort provisoire* »,
http://www.youtube.com/watch?v=-E6JD_FqAhk

-Reportage « *ils sont revenus de la mort* » Diffusion enquête extraordinaire
<http://vimeo.com/43578300>

-"*Communication soignant-soigné*", *Repères et pratiques*, 2^e édition Bréal p61

-"*La collaboration infirmière-patient, un partenariat complexe*", Laurie.N Gottlieb et Nancy Feely avec la collaboration de Cindy Dalton, édition Beauchemin

- "*Soins infirmiers, démarches relationnelles et éducative, initiation et stratégies de recherche*" 2^e édition" *Nouveaux cahiers de l'infirmière*", ed MASSON

-"*L'infirmier face aux récits d'expérience de mort imminente*" auteur M. Xavier Rodier, *mémoire de fin d'étude infirmier* 1997.

- "*Relation d'aide en soins infirmiers*" Collectif SFAP chez MASSON

-<http://www.redpsy.com/guide/colere.html>

-<http://www.notrefamille.com/dictionnaire/definition/joie>

-<http://fr.wikipedia.org/wiki/Surprise>

[-http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repr%C3%A9sentation/68483](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repr%C3%A9sentation/68483)

[-http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html](http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html)

[-http://www.infirmiers.com/pdf/la-relation-d-aide.pdf](http://www.infirmiers.com/pdf/la-relation-d-aide.pdf)

[-http://natyinfirmiere.files.wordpress.com/2010/10/le-soin.pdf](http://natyinfirmiere.files.wordpress.com/2010/10/le-soin.pdf)

[-http://cyrille.chagnon.free.fr/Psychologie/pso_RepresentationSociale.htm](http://cyrille.chagnon.free.fr/Psychologie/pso_RepresentationSociale.htm)

[-http://daimon.free.fr/mediatrices/representations.html](http://daimon.free.fr/mediatrices/representations.html)

[-http://sd-g1.archive](http://sd-g1.archive)

host.com/membres/up/97d3ef2dc4137df829142ee110b49efcdb9d2100/42/Relation_daide.pdf

[-http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/synthese-les-points-importants-de-entretien-infirmier.html](http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/synthese-les-points-importants-de-entretien-infirmier.html)

[-http://psyifsi.over-blog.com/article-cours-2-les-mecanismes-de-defense-et-d-adaptation-psychologie-et-sante--37787633.html](http://psyifsi.over-blog.com/article-cours-2-les-mecanismes-de-defense-et-d-adaptation-psychologie-et-sante--37787633.html)

[-http://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/Une-ethique-infirmiere.html](http://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/Une-ethique-infirmiere.html)

[-http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/NDE](http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/NDE)

[-http://eglise.animiste.pagesperso-orange.fr/emort.htm](http://eglise.animiste.pagesperso-orange.fr/emort.htm)

[-http://www.canv.ch/fr/les-nde-emi?showall=1](http://www.canv.ch/fr/les-nde-emi?showall=1)

[-http://www.fsi.ulaval.ca/faculte/personnel/storage-personnel/single-view/1213f98fd1cbb5e6c7ab78e012eedabb/?tx_wecstaffdirectory_pi1%5Bcurstaff%5D=13](http://www.fsi.ulaval.ca/faculte/personnel/storage-personnel/single-view/1213f98fd1cbb5e6c7ab78e012eedabb/?tx_wecstaffdirectory_pi1%5Bcurstaff%5D=13) --

http://agora.qc.ca/thematiques/mort/dossiers/definition_juridique_de_la_mort_de_la_personne_humaine

[-http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-psychiatrie-mecanismes-de-defenses.html](http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-psychiatrie-mecanismes-de-defenses.html)

[-http://iands-france.org.pagesperso-orange.fr/iands_activ.html](http://iands-france.org.pagesperso-orange.fr/iands_activ.html)

[-http://www.entretienmotivationnel.org/articles/empathie/](http://www.entretienmotivationnel.org/articles/empathie/)

[-http://www.lepsychologue.be/psychologie/congruence-acceptation-empathie.php](http://www.lepsychologue.be/psychologie/congruence-acceptation-empathie.php)

- <http://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/Une-ethique-infirmiere.html>

- <http://www.inrees.com/articles/La-science-face-aux-experiences-de-mort-imminente/>

RETRANSCRIPTION ENTRETIEN PATIENT

1. Je vous ai contacté à la suite d'une situation que vous aviez vécue lors d'une hospitalisation, tout d'abord pour quel motif avez-vous été hospitalisé?

J'avais eu un accident de travail, donc j'avais les genoux brisés et une fracture du crâne un scalp donc j'étais à Cholet ils m'ont rattrapé à ANGERS et puis l'opération s'est bien passé, les genoux les ligament croisé ben ils étaient mort donc ils m'on refait une chirurgie plastique et eu ça n'a pas marché ça marche pas donc la rotule, donc j'ai eu des adhésions 9 je me souviens toujours, 9 et eu j'étais en rééducation je ne pouvais plus plier le genou donc j'ai été aux capucins et eu... (silence) au chu je devais rester 1 journée normalement, et puis il devait m'endormir et puis la il dit on va faire un truc on l'a jamais fait encore, mais il dit on va vous faire une péridurale, oui ba faite une péridurale, mais c'est que le chirurgien c'était le côté droit mais je ne sais pas mais selon l'examen ou on fait ça, je ne suis pas médecin mais donc ça m'endormais, ça m'endormais que le côté gauche et puis c'était le côté droit qui devais me casser

Alors dès qu'il me touchait et me cassais une adhésion ça me faisait un mal monstrueux donc ils m'ont réinjecté à chaque fois de la morphine et puis à un moment donné, l'anesthésiste dit mais il y a un truc ce n'est pas normal, il tape sur le côté gauche, je dis ba non je ne sens rien, et puis en tout cas ça commence à monter au cœur alors l'anesthésiste dis moi je ne touche plus il dit on ne peut pas y remettre d'autres morphine, mais le chirurgien lui dit mais moi il faut que je lui recasse ses autres adhésions, alors ils m'ont cassé les adhésions dans la douleur eu je ne vous imagine pas le mal, et après aussitôt qu'ils ont cassé les adhésions, ils y avait deux infirmiers qui me tenait et eu a plié comme ça, c'était atroces, je les aurais tués (rire), et après ils m'ont mis sur une machine avec un mouvement jour et nuit après avec toujours cette douleurs, bon ça a duré une semaine puis ils m'ont remis au centre de rééducation, je n'étais pas à jeun, je suis descendu faire le et puis ba c'est alors elle a appelé ça la kiné, ils m'avaient vidé j'avais plus rien c'était, donc je suis tombé dans le coma et puis c'est là que je suis parti.

C'était pendant l'opération ?

Non, non c'était après, le cœur n'avaient pas tenu, il s'était arrêté et hop c'est la que je suis partis dans le tunnel.

2. Quand et ou a eu lieu votre expérience de mort imminente?

Donc, j' étais allongé sur un tapis, c'était pendant la rééducation j'étais debout je ne me sentais pas bien je sens que, elle me dit ba alors allonge toi et puis quand je me suis allongé, plus rien, c'est la qu'elle a prévenu tout le monde je l'entendais, ah il est partit, il me claque dans les doigts on fait quoi, la grosse panique quoi, elle dit il rentre de l'hôpital. Et après ils m'ont remonté dans la chambre, la perf et tout, , donc hospitalisé encore une semaine,

Donc vous étiez réanimé?

Oui j'étais réanimé.

C'était quand ?

C'était en 1992 un mois après mon hospitalisation

Pouvez-vous me décrire les étapes de celle-ci?

Alors là j'étais le me trouvais, je me suis allongé, et puis ba d un coup j'avais plus rien déconnecté, comme si je dormais et je dormais et ils criaient tous à coté je ne pouvais pas me réveiller, jet ais bien je partais, j'étais serein, ils avaient beau me secouer, non je partais, j'étais inconscient mais je partais.

Vous les voyez?

Je n'arrive pas à m'en souvenirs mais je sais que je les entendais

Et ensuite?

je m'endors, et puis d'un coup plus ça allait, c' était une grande spirale, et puis hop je descendais, je descendais puis je descendais , un trou sans fond, et puis d un coup paf , une lumière, une belle lumière, pas une lumière qui éblouis, c'était comment dire, une belle lumière on peut pas le définir, on la suit on se dirige vers elle, et puis on y va, on y va franchement et puis à force que les infirmiers et les médecins me disent, non Mr H, pensez à votre famille, c'est le déclic. J' ai pensez a ma femme et a mes enfants et c est la que j ai vu sortir une main de lumière, je lui ai donné et puis c est la que je suis remonté, ça fait tout drôle et eu comme si on' était aspiré, on remonte tout le tunnel et là ça va plus vite, on est moins bien là, on s est qu on ne plus aller plus bas autrement on ressent que l'on remontera pas si on continue on est mort, et puis la après j ai ouvert les yeux, fatigué...

3. Qu'avez-vous ressenti pendant ce temps?

J'ai ressenti que je partais, pas angoissé, c'était je sais pas moi, bien, on va pas dire que c'était agréable, si ça l'était, c'est bête à dire, c est pour ça qu on y va parce qu on es bien, on a plus de stress, on a beau entendre les gens a coté s'affoler, on est tellement , baigné par cette lumière, vachement bien enveloppé, un cocon, on y va, moi je dis c'est un nuage.

4. Quelle a été votre réaction lors de votre réveil?

Ca fait, on voit plus la vie de la même façon, au réveil on voit les gens, on se dit en fin de compte.

Quel sentiment vous mettez à votre réveil?

C'est angoissant, je vous jure ça a été dure, et puis déjà de pas en parler, on garde ca pour soi, on a fait quoi, on a vu quoi, et puis comme personne nous en parle, personne nous explique, alors que maintenant on explique bien ce phénomène, moi j aurai aimé qu on me dit ba si vs avez bien vécu ça, ce n'est pas le cerveau qui a disjoncter

5. Comment interprétez-vous cette expérience à court et à long terme?

Au début, on est angoissé, et sur le long terme c'est bête ce que je vais dire mais on a vécu une belle expérience, ce n'est pas traumatisant, non ça ne m'a pas, on apprécie, quand les gens sont malades on est plus sensible à leur mal, plus d'empathie.

Le sentiment d'angoisse ressenti au départ, le ressentez-vous encore maintenant?

Non du tout, non, on en a parlé, je sais on en a entendu à la télé plusieurs personnes qui ont vécu ça aussi, on n'est pas seule, on voit que d'autres ont vécu ça aussi.

6. Avant cet événement, quelle était votre représentation sur les expériences de mort imminente?

J'en avais entendu parler mais comme tout le monde je me disais « il a vécu ça mais il l'a vu ou? » rire

Moi aussi j'étais avant de l'avoir, je n'y croyais pas, mais quand on le vit c'est différent, je ne juge plus maintenant, de toutes façons quand on ressort de ça notre vision de la vie elle est changée, on voit plus de la même façon, on alors comment expliquer ça, on relativise plus sur la mort, pas plus croyant, mais j'ai moins de crainte par rapport à la mort

J'ai mon père qui est décédé il n'y a pas longtemps, eu je croyais que j'allais, mais non je l'ai accompagné, je lui ai dit, non tu verras c'est un truc, on rassure plus

7. Avez-vous eu la possibilité d'en référer au personnel infirmier, à votre entourage sociale, familiale?

Non, non, non je n'ai pas, je vous dis ils ne m'ont pas, ils m'auraient posé la question j'aurais pu être je leur aurais répondu.

Vous auriez aimé qu'ils vous la posent?

Ah oui, car pendant 2-3 jours, on se dit on a vu quoi, on a vécu quoi, il n'y a aucun docteur, infirmier, qui vous expliquent ce que l'on a vécu, comme ils ne posent pas de questions, on garde ça pour soi, on en parle au personnel médical, après il faut en parler à votre famille

Vous en avez parlé à votre famille?

A ba oui, ils ont trouvé ça bizarre aussi, enfin bon moi je l'ai dit ils ont répondu : « ah ouè ? »

Vous auriez eu peur d'en référer à l'infirmier?

Non on ne peut pas avoir peur d'en parler car ce n'est pas traumatisant ce que l'on vit, non je leur aurai expliqué que c'était bien. Ils m'avaient pas posé la question, je leur aurais répondu, mais comme eux ils ne veulent pas poser la question, on se retrouve dans deux eu...

Ce n'est pas tabou je vous jure, ça nous traumatise pas, on est bien. Ce qui nous traumatise c'est la réaction médicale qu'on nous dise qu'on est fou, c'est juste ça la réaction, non c'est irrationnel son truc, ça y est il croit au bon dieu et aux fantômes, ça y est on tombe sur un fou.

8. En quoi selon vous, le personnel peut aider une personne ayant expérimenté ce type d'expérience?

Ils peuvent rassurer la personne car on se sent seule, car personne n'en parle, on l'a vécu

On aimerait bien en discuter, il faut que ça sorte c'est comme même une expérience qui n'est pas anodine.

Non moi je dis qu'on devrait en parler. Il faut faire comme vous faites, venir après, poser ses questions simples il n'y a pas besoin de, non me je dis qu'elles sont très bien ces questions, ça va à l'essentiel et c'est que l'on a vécu et il n'y a rien de déplacé dans ces questions, on n'attaque pas notre foi.

Non moi je trouve que les questions sont bien, avoir un questionnaire comme ça, celui qui vit ça je trouve que quand il revient en fin pas tout de suite mais 2-3 j après posé ces questions et ba je vous jure que l'on se sent bien après en avoir parlé, j'aurais aimé parler à l'infirmier, mais oui l'infirmier peut aider le patient qui a vécu ça

Selon vous, comment l'infirmier peut-il aider le patient au moment présent?

Ba déjà poser la question, qu'est-ce qui vous êtes arrivé, est-ce qu'il vous est arrivé quelque chose de spécial, et puis on l'aurait dit, s'il m'avait posé la question je l'aurais dit, et puis après il peut rassurer.

QUESTIONNAIRE

1. Pendant ou après une hospitalisation, certains patients relatent une expérience de sortit hors du corps, vision d'un tunnel et d'une lumière lors d'un arrêt cardiaque, coma ou d'une anesthésie générale lors d'une opération chirurgicale. Avez-vous connaissance de ses récits appelés expérience de mort imminente? Si oui, quelles informations avez-vous sur ce phénomène?

2. Quelle est votre représentation soignante sur les expériences de mort imminente?

3. Selon vous, quels moyens peuvent être mis en place pour accompagner ces patients?

4. En quoi et dans quel domaine selon vous, le rôle infirmier est-il pertinent dans la prise en charge de ce type de patient?

GRILLE D'ENTRETIEN

1. Je vous ai contacté à la suite d'une situation que vous aviez vécue lors d'une hospitalisation, tout d'abord pour quel motif avez-vous été hospitalisé?
2. Quand et où a eu lieu votre expérience de mort imminente?
3. Qu'avez-vous ressenti pendant ce temps?
4. Quelle a été votre réaction au réveil?
5. Comment interprétez-vous cette expérience à court et à long terme?
6. Avant cet événement, quelle était votre représentation sur les expériences de mort imminente?
7. Avez-vous eu la possibilité d'en référer au personnel infirmier, à votre entourage sociale, familiale?
8. En quoi selon vous, le personnel peut aider une personne ayant expérimenté ce type d'expérience?
9. Selon vous, comment l'infirmier peut-il aider le patient au moment présent?

FICHE DE LECTURE

Titre de l'ouvrage

La médecine face à l'au-delà

Auteur

Docteur Jean-Jacques CHARBONNIER Anesthésiste Réanimateur

Editeur

Guy TREDANIEL

Date de publication

9 décembre 2010

Résumer

Cet ouvrage aborde le lien entre la médecine et les expériences de mort imminente. Plusieurs témoignages de professionnels de santé médicale et paramédicale sont retranscrits. Ce docteur aborde et fait le lien entre la médecine, la spiritualité, la religion.

De plus, il raconte l'approche des patients comateux en service de réanimation, l'accompagnement des patients en fin de vie, l'impact sur les représentations que cela peut emmener chez le soignant.

Apport de cette lecture

A travers ce livre, j'ai pu identifier plus précisément l'intérêt du rôle soignant.

Lecture précédente

MOODY Raymond « *la vie après la vie* », ed. Robert LAFFON, 1977.

« *La médecine face à l'au-delà* » de Jean-Jacques CHARBONNIER

FICHE DE LECTURE

Titre de l'ouvrage

Les 7 bonnes raisons de croire à l'au-delà

Auteur

Jean-Jacques CHARBONNIER

Editeur

Guy TREDANIEL

Date de publication

20 janvier 2012

Résumer

Cet ouvrage est destiné au grand public, les termes employés sont adaptés pour le lecteur n'ayant pas les connaissances médicales. Il a été réalisé pour démontrer des preuves de l'existence en l'au-delà. Jean-Jacques Charbonnier, qui a reçu depuis son intérêt sur ce sujet, de nombreux témoignages d'expérience de mort imminente. Suite à cela, il a décidé d'exposer les témoignages, les analyses, puis apporte les preuves nécessaires de cette croyance.

De plus, il confronte les avis de ses confrères médecins et les récits d'expérience de mort imminente. Il porte également une analyse précise sur ses avis et s'y confronte en apportant des preuves.

Apport de cette lecture

Ce livre a été ma première lecture. Grâce à ce livre, j'ai eu une première approche sur les expériences de mort imminente. A ce moment là, j'ai commencé à faire le lien quant à l'intérêt d'un rôle infirmier lors d'un récit d'expérience de mort imminente.

Lecture précédente

MOODY Raymond « *la vie après la vie* », ed. Robert LAFFON, 1977.

MENARD Régis

IFSI CHU ANGERS

PROMOTION 2011-2014

Lecture à envisagé

« *La médecine face à l'au-delà* » de Jean-Jacques CHARBONNIER

FICHE DE LECTURE

Titre de l'article

La science face aux expériences de mort imminente

Auteur

Aurélie Caillard

Editeur

Institut national de recherche sur les expériences extraordinaires

Date de publication

Mardi 12 novembre 2013

Résumer

Cet article énonce dans un premier temps un médecin cardiologue ayant pris en charge un patient relatant un récit d'expérience de mort imminente. Il décrit également les phases de celui-ci. Il explique le lien de cette expérience avec la physiologie du cerveau et essaye de comprendre de manière scientifique. Cet article met le doute sur la réalité de la conscience, comme il indique le cerveau ne serait qu'un récepteur de la conscience contrairement à ce qu'il a appris lors de ses années d'études de médecine.

Apport de cette lecture

Bibliographie

<http://www.inrees.com/articles/La-science-face-aux-experiences-de-mort-imminente/>

Lecture précédente

Mémoire de fin d'étude infirmier par M Xavier Rodier infirmier puériculteur

