

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

**Je vous
accompagne
vers la sortie ?**

LAUBIER Valentin
Sous la direction de
Monsieur José VERDIN

Promotion 2014
POITIERS, session janvier 2017

Remerciements

À mes amis de formation, Romy, Jonathan, Sandoz, Corentin, La Gerbouille, Cyrielle, DomDom, Karkouille, Lagoutte, Adrien, Élo, Bastien... Je les remercie tous d'avoir été là pour moi dans les meilleurs moments comme durant certains moments difficiles.

Merci à ma mère, qui a toujours été mon soutien, ma confidente, celle qui réussit à me faire rire juste par un regard, celle qui s'est toujours battue pour ses valeurs et qui, dans un sens, a pu me transmettre les valeurs soignantes que j'affectionne tout particulièrement. Je n'aurais pas pu effectuer ce travail de fin d'études sans son aide précieuse.

Merci à mes grands-parents qui m'ont toujours poussé à donner le meilleur de moi-même, qui m'ont aidé par leur soutien durant ces trois ans, qui ont toujours été là pour moi dans chaque moment de ma vie.

Je remercie Mme Daniele Gadeau qui m'a suivi tout le long de ma formation, qui m'a soutenu, également, en vue de faire de moi un soignant accompli à la fin de ma formation.

Je remercie Mr José Verdin, qui a réussi à me motiver et à me pousser à faire de ce mémoire, un travail personnel malgré certains moments difficiles de ma vie.

Je remercie tout(es) les formatrices et formateurs de l'IFSI pour leurs valeurs humaines et leur bienveillance à l'égard de tous les étudiants, j'en remercie une, tout particulièrement, pour l'aide incommensurable qu'elle m'a apportée, elle se reconnaîtra à travers mes mots.

Je tiens à remercier également tous les professionnels de santé qui ont su me faire avancer durant mes stages, tant par leur professionnalisme que par leur bienveillance et leur humanité.

Je remercie encore toutes les personnes qui ont participé à ce mémoire de fin d'étude par leur écoute, leur présence et leur soutien. Celui-ci leur est dédié !

Merci !

SOMMAIRE

Introduction.....	5
Partie I : Phase exploratoire.....	7
1. Observation.....	8
1.1 Situations d'appel.....	8
1.2 Intérêts personnels et professionnels.....	10
1.3 Élaboration de la question de départ.....	11
1.4 Élaboration de la question de recherche.....	14
Partie II : Phase théorique.....	15
2. Cadre conceptuel.....	16
2.1 La relation soignant-soigné.....	16
2.1.1 La communication.....	16
2.1.2 Les mécanismes de défense dans une relation de fin de vie.....	18
2.1.3 Le prendre soin de qualité dans une situation de fin de vie.....	21
2.1.4 La relation d'aide en fin de vie.....	22
2.2 Les émotions.....	23
2.2.1 Les émotions fondamentales.....	24
2.2.2 La tristesse.....	25
2.2.3 Le deuil soignant.....	26
Partie III : Phase d'analyse.....	29
3. Méthodologie d'analyse.....	30
3.1 Choix de l'outil.....	30
3.2 Choix de la population.....	30
3.3 Limites des entretiens.....	31
4. Analyse du contenu.....	31
4.1 Les infirmières.....	31
4.2 Les émotions et mécanismes de défense du soignant.....	32
4.3 La relation d'aide dans une situation de fin de vie.....	33
4.4 Difficultés sur le plan relationnel.....	33
4.5 La maîtrise des émotions pour un prendre soin de qualité.....	34
4.6 L'accompagnement de fin de vie de qualité.....	35
Conclusion.....	37
Annexes.....	39
Annexe N°1 : La grille d'entretien.....	40
Annexe N°2 : Retranscription d'entretien.....	41
Annexe N°3: Tableau d'analyse des entretiens.....	47
Bibliographie.....	56

Introduction

Cela fait désormais trois ans que j'ai intégré cette formation professionnelle afin de devenir infirmier. Je constate, aujourd'hui, que le chemin fût long avant d'en arriver là où j'en suis arrivé, un chemin parsemé de questionnements, de doutes et de peurs.

Avant cette entrée en formation, j'avais une certaine vision idyllique de l'infirmier, sachant toujours quoi dire pour nous rassurer, n'ayant pas peur d'effectuer des soins, dans la maîtrise tant du côté technique que relationnel. Cette vision s'est atténuée petit à petit lorsque je suis passé de l'autre côté de la porte de chambre, j'ai pu voir des infirmières pleurer, se remettre en question continuellement, ne sachant pas comment ou quoi faire lors de certaines situations complexes. Au fil de mes stages, j'ai été confronté à des situations qui m'ont troublé, interpellé, voir fait pleurer, notamment des situations de fin de vie.

Ces situations m'ont permis de découvrir mes propres limites face à la souffrance d'une personne et, également, à construire mes valeurs soignantes et personnelles. Cette relation avec la personne en fin de vie, j'ai voulu la comprendre, c'est pour cela que j'ai souhaité faire mon travail de recherche sur ce thème, cette relation si particulière, voire éphémère, où se mêle les émotions du soignant et du soigné, où s'entrechoquent les mécanismes de défense de chacun d'eux.

Je me suis alors demandé quelle place avaient les émotions dans cet accompagnement, comment prendre soin de cette personne en fin de vie où l'angoisse de la mort est omniprésente, quelle relation peut s'instaurer pour combattre ses angoisses.

Dans la première partie, la phase exploratoire, j'expliquerai mon cheminement qui a conduit à ma question de recherche, cette question de recherche qui m'a amené à lire des ouvrages et me documenter par d'autres biais en vue d'élaborer une hypothèse.

La dernière partie de ce travail d'étude consistera à confronter cette hypothèse à la réalité du monde soignant à travers deux entretiens avec des infirmières, cela me permettra de pouvoir explorer de nouvelles pistes de recherche et ainsi amener ce mémoire vers de nouvelles perspectives.

Partie I :
Phase
exploratoire

1. Observation

1.1 Situations d'appel

Ma première situation se passe en EHPAD, je suis en semestre 1, c'est donc mon premier stage, une femme âgée de 89 ans, alitée depuis son entrée dans le service (quelques mois), hydratée par 1000ml de NaCl sur 24h et s'alimentant très peu, elle ne se plaint d'aucune douleur et n'a pas l'air douloureuse. Un protocole de service concernant l'élimination est en place pour tous les résidents, à J+3 sans selle, du *Movicol* est à administrer, à J+5 sans selle, un lavement par *Normacol* est prescrit. Le médecin présent ce jour là transmet à l'équipe soignante que la résidente risque de décéder dans deux ou trois jours, son entourage est prévenu, il faut donc éviter tout geste invasif et les soins de confort sont donc à privilégier.

Le lendemain, la résidente n'a pas eu de selle depuis 5 jours, l'infirmière s'occupant de cette personne ne veut pas lui administrer le *Normacol* en vue de la situation de fin de vie, ce en quoi je suis assez d'accord malgré le peu d'expérience que j'ai dans les soins, d'autres infirmières présentes dans le service ne sont pas d'accord avec elle, j'ai pu entendre une infirmière dire « le protocole, c'est le protocole, il faut lui donner, ça lui fera du bien », après quelques minutes de débat, l'infirmière s'est laissée convaincre par l'équipe soignante. Nous avons administré ce produit à la résidente à 09h00 malgré le fait qu'elle y soit réticente. La résidente est décédée durant la nuit suivante vers 04h00. Le matin de son décès j'ai pu constater que l'équipe soignante se remettait en question sur le fait de lui avoir administré du *Normacol* la veille, sachant que la résidente ne mangeait pratiquement plus depuis quelques jours et que le médecin avait annoncé la mise en place de « soins palliatifs ».

J'ai ressenti, tout d'abord, de la tristesse face à cette situation, le choix de la résidente n'a pas été pris en compte, cette tristesse était mêlée à de la colère envers l'équipe soignante et l'infirmière qui n'avait pas su s'affirmer devant ses collègues, je n'avais, à ce moment, pas assez de connaissances et de recul pour pouvoir me permettre de m'affirmer en tant que futur professionnel, ce que je regrette aujourd'hui.

Situation n°2 :

Une personne âgée d'environ 80 ans, tout à fait autonome dans la vie quotidienne, habitant à La Rochelle a fait un choc cardiogénique chez lui, il est pris en charge par le SAMU 17, qui l'emmène aux urgences. Une fois arrivé, il est pris en salle de déchoquage. Le chirurgien du CH ne voulant pas le prendre en charge chirurgicalement au vu de son âge avancé, le patient sera transféré sur le CHU de Poitiers avec l'accord d'un cardiologue. Durant le trajet, le patient fera trois arrêts, tous récupérés.

Le patient arrivera en fin d'après-midi en service de réanimation, il aura comme traitement de la Noradrénaline en continu à forte dose, il sera curarisé et sédaté et sera également hémofiltré.

Son état ne s'améliorant pas durant la semaine suivante, la prise en charge chirurgicale est annulée, l'équipe soignante décide de se réunir, en accord avec la famille vivant à La Rochelle, afin de décider de l'avenir de la prise en charge de ce patient. Après concertation, l'équipe soignante a rendu son verdict, qui est sans appel, un arrêt des soins tout en continuant la sédation pour le respect de la dignité et du confort de la personne, la famille est mise au courant et ne souhaite pas venir le voir avant sa mort. Une fois le sang filtré rendu au patient, la Noradrénaline sera arrêtée, le patient décédera dans les 10 minutes suivantes.

D'un point de vue éthique, cela a été compliqué de faire la part des choses, le principe de la réanimation est de prendre en charge une personne afin de « le ramener à la vie », ce qui a été tenté. Mais le transfert n'a-t-il pas joué un rôle sur la mort de cette personne ? Sachant qu'il n'avait aucun antécédent lié à cette pathologie, trois arrêts consécutifs récupérés sur une personne de 80 ans me semble être de l'acharnement thérapeutique (« le sauver coûte que coûte »). Sa famille vivant elle aussi à La Rochelle aurait pu être un soutien dans l'accompagnement de fin de vie de cette personne. Est-il vraiment parti sans douleurs ? Qu'aurait-il voulu, lui ?

Dans cette situation, je me suis tout d'abord mis à la place de la famille, comment ont-ils vécu cette situation ? Nous n'avons pas eu leur ressenti, étaient-ils d'accord pour le transfert de leur proche ? Peut-on parler de soins palliatifs dans cette situation ? J'ai été surpris par l'équipe soignante qui a réalisé un "staff éthique" qui n'a duré, en tout et pour tout, pas plus de 10 minutes, comprenant l'histoire de vie de la personne soignée et la situation

actuelle, ils ne semblaient pas aussi affectés que moi par cette situation, j'ai eu l'impression que chaque soignant possédait "un blindage" forgé par l'habitude de croiser la mort.

1.2 Intérêts personnels et professionnels

Ma vision du métier d'infirmier a bien évolué au fil des années passées en formation, si j'ai voulu être infirmier, c'était tout d'abord axé sur le côté technique de la profession, je voyais en moi un futur infirmier au SAMU, connaissant ses médicaments sur le bout des doigts, pouvoir sauver des personnes... Mais j'ai pu constater après quelques mois de formation que ce n'était pas simplement ce côté technique qui me plaisait réellement mais le fait d'être en relation avec l'autre, pouvoir soulager la douleur physique et la souffrance psychique de la personne.

Aujourd'hui, si je veux être infirmier, c'est tout d'abord pour pouvoir m'épanouir dans ma vie professionnelle, certes en prodiguant des soins techniques, mais surtout en m'investissant dans les soins relationnels.

J'ai pu réellement me découvrir et m'épanouir dans un stage de pédopsychiatrie adolescente, il n'y avait, certes, pas de soins techniques à proprement parler, mais cette prise en soin par le côté relationnel m'a permis d'avoir une autre vision de l'infirmier que l'on peut s'imaginer initialement. La prise en soin de ces adolescents m'a appris à ne pas traiter la douleur simplement par la réponse thérapeutique, mais par l'écoute, la présence, l'empathie, la relation qui a pu s'installer entre nous.

Nous pouvons retrouver cet aspect relationnel dans tous les services de soins mais plus particulièrement dans certains services nécessitant plus de soins relationnels que techniques, comme par exemple dans une unité de soins palliatifs, le côté relationnel prime sur l'aspect technique des soins.

J'ai toujours eu l'appréhension de prendre en soin une personne en fin de vie, peur de m'attacher à elle, peur de ne pas savoir quoi dire, peur de pleurer devant elle. J'ai été confronté à des situations de fin de vie durant mes stages, chacune d'entre elles ont déclenché chez moi de la tristesse, que je m'efforçai de ne pas montrer aux soignants pour ne pas "perdre la face" mais cela m'affectait lorsque je n'étais plus dans le service.

1.3 Élaboration de la question de départ

En quoi les émotions du soignant influencent-elles la prise en charge d'une personne en fin de vie ?

Pour commencer, je me suis demandé ce qu'était une émotion, j'ai décidé de m'imaginer la définition que je pourrais donner à quelqu'un. Selon moi, une émotion est un phénomène provoqué par un événement extérieur déclenchant une réaction, visible ou non (Pleurs, rire, augmentation du rythme cardiaque...), chez la personne. La conséquence est la mise en place d'un ou plusieurs mécanisme(s) de défense afin de pallier à cette situation.

Si l'on s'intéresse à l'étymologie exacte de ce mot, émotion vient du latin "Movere" voulant dire "Mouvoir" et le préfixe "É" voulant dire "Vers l'extérieur"¹ nous pouvons comprendre qu'il s'agit d'un mouvement qui cherche à s'exprimer de façon extériorisé afin de nous informer d'un changement dans notre environnement. Elle est définie par le dictionnaire Larousse comme étant : "Une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement."² Les définitions du mot émotion indique toujours un changement d'état soudain face à un événement extérieur, la définition d'une émotion que je préfère retenir nous a été donné par le Dictionnaire de Furetière en 1690 qui dit ceci : "Mouvement extraordinaire qui agite le corps ou l'esprit, et qui en trouble le tempérament ou l'assiette. La fièvre commence et finit par une petite émotion du pouls."³, cette définition a toujours été reprise même actuellement afin de pouvoir définir ce qu'est une émotion.

Les émotions ont un rôle fondamental dans la relation à l'autre, nous ne pouvons pas faire abstraction de nos émotions lorsque nous entrons en contact avec une personne, même en tant que soignant avec une personne soignée.

J'ai voulu définir ce que représentait pour moi un soignant, je vois cela comme une personne ayant les compétences et les connaissances afin de s'occuper d'une autre personne dépendante de soins, veillant à son bien-être physique et psychologique, dans le non-jugement et à l'écoute des autres. Étymologiquement parlant, le mot soin vient du latin "Cura" voulant dire "Soin"⁴, le soignant est donc une personne qui prodigue des soins à une autre. Selon le

1 <http://jeanluc.lasserre.pagesperso-orange.fr/03emotions.htm>

2 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/emotion/28829?q=emotion#28701>

3 LELORD (F), ANDRÉ (C), *La force des émotions*, Édition Odile Jacob, page 14

4 <https://fr.glosbe.com/fr/la/soins>

dictionnaire Larousse le soignant est : "Une personne qui donne des soins à quelqu'un"⁵.

Cette définition me paraissant peu exhaustive, j'ai préféré m'attacher à la fonction de l'infirmière selon Virginia Henderson : "Le rôle de l'infirmière consiste à aider l'individu, malade, ou en santé, au maintien et au recouvrement de la santé (ou à l'assister dans ses derniers moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou possédait les connaissances voulues, et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible. Cet aspect de son travail, cette partie de sa fonction, l'infirmière en a l'initiative et le contrôle : elle en est le maître. De plus, elle aide le malade à suivre les prescriptions thérapeutiques du médecin. Membre de l'équipe sanitaire, elle aide aussi les autres membres comme ils l'aident eux-mêmes, dans l'élaboration et l'exécution du programme dans sa totalité, qu'il s'agisse d'amélioration de la santé, de rétablissement d'un malade ou de secours à un mourant"⁶

La difficulté de cette relation soignant-soignée réside dans le fait que l'attachement que l'on peut porter à cette personne reste éphémère, inscrit dans le temps, qui peut être plus ou moins long. Nous savons que nos émotions peuvent influencer notre jugement ou notre attitude face à certains événements, mais notre rôle soignant est d'accompagner la personne soignée tout au long de sa prise en soin, la notion de juste distance, prend ici, tout son sens.

Le fait de ressentir des émotions envers la personne soignée et son entourage contribue, pour moi, à une vision globale de la prise en soin, certains soignants parlent d'un "blindage" de leurs émotions en tant que mécanisme de défense pour pallier à certaines situations difficiles, mais ne veulent-ils pas plutôt parler "d'intelligence émotionnelle", ce concept a été défini par Peter Salovey et John Meyer⁷ comme étant : "Une forme d'intelligence qui suppose la capacité à contrôler ses sentiments et émotions et ceux des autres, à faire la distinction entre eux et à utiliser cette information pour orienter ses pensées et ses gestes."⁸.

Notre rôle de soignant est d'accompagner la personne tout au long de sa prise en soin, mais lorsque cette personne est en fin de vie, notre accompagnement ne doit-il pas être tourné vers une autre dimension ? La grande difficulté dans ces situations est de s'autoriser à s'attacher provisoirement à la personne soignée en vue de permettre une relation de confiance entre les deux partis.

5 http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soignant_soignante/73228

6 <http://fulltext.bdsp.chesp.fr/Rsi/68/5.pdf>, Page 10 *La fonction de l'infirmière* Recherche en soins infirmiers N° 68 - mars 2002

7 P. Salovey et J. Meyer sont deux universitaires américains, spécialistes en psychologie.

8 <http://www.intelligence-emotionnelle.fr/blog/lintelligence-emotionnelle-2/definition/>

La relation, il est très difficile, pour moi, de définir ce concept par moi-même, il y a tellement d'aspects et de notions dans la relation à l'autre, je dirais que la relation est un échange d'informations entre deux individus ou plus, cet échange est basé sur une confiance mutuelle entre les deux personnes. Selon le dictionnaire du Larousse la relation est : "Un ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles."⁹. Le mot relation vient du latin «Relatio» voulant dire "Lien avec des personnes, rapport"¹⁰, cela signifie qu'il y a la création d'un lien ou d'un rapport entre minimum deux personnes.

Je me suis alors demandé ce que voulait dire pour moi une personne soignée, je dirais que c'est un être unique, ayant la capacité de penser, ayant une morale, jouissant d'une certaine liberté, de droits et de devoirs, nécessitant des soins durant un certains temps. Selon le dictionnaire Larousse, une personne est "Un être humain, sans distinction de sexe"¹¹ et soignée est défini par "Qui reçoit des soins"¹², la définition du mot personne est, me semble t-il, trop simpliste, je reprend donc une définition plus précise qui m'aidera à mieux comprendre les enjeux dans la relation soignant-soigné : "Individu défini par la conscience qu'il a d'exister, comme être biologique, moral et social."¹³. Au niveau étymologique, personne vient du latin "Persona" voulant dire "Masque de théâtre"¹⁴, cela peut se justifier par le fait que nous avons tous un rôle à jouer au sein de la société.

Et pour terminer, la fin de vie, je vois cela comme la dernière étape de la vie ou la personne s'apprête à mourir dans un futur plus ou moins proche. Selon le dictionnaire Larousse, la fin est "Un achèvement, terme de quelque chose. Interruption de quelque chose, d'un état, d'une évolution. Dernière phase, période terminale de quelque chose. Mort de quelqu'un."¹⁵, la vie est définie de plusieurs façons mais je choisis celle-ci : "Fait de vivre; ensemble des phénomènes et des fonctions essentielles se manifestant de la naissance à la mort et caractérisant les êtres vivants"¹⁶, nous pouvons en conclure que la fin de vie est l'achèvement de l'existence d'une personne, c'est surtout à ce moment qu'il ne faut pas oublier de prendre en compte l'entourage de la personne soignée, car le travail du deuil est également un des nombreux aspects de la prise en soin d'un point de vue globale de la personne en fin de vie.

9 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rerelations/67845>

10 <http://www.cnrtl.fr/etymologie/relation>

11 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/personne/59812?q=personne#59447>

12 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soigné/73229?q=soignée#72399>

13 <http://www.cnrtl.fr/definition/personne>

14 <http://www.lexilogos.com/document/littre.php?q=Personne>

15 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fin/33781>

16 <http://www.cnrtl.fr/definition/vie>

1.4 Élaboration de la question de recherche

Maintenant que mes concepts sont définis, cela m'a permis de voir plus clair sur ce dont j'avais besoin pour continuer ce travail de recherche, la question de recherche qui me paraît la plus pertinente est la suivante :

En quoi la reconnaissance de ses émotions influence t-elle la relation avec la personne en fin de vie ?

Partie II :
Phase
théorique

2. Cadre conceptuel

Afin de répondre à ma question de recherche, il m'a été nécessaire de distinguer les trois concepts clés qui en ressortent, "Les émotions", "La relation soignant-soigné" et enfin "La fin de vie", j'ai fait le choix de débiter mon travail de recherche sur la relation soignant-soigné en incluant le concept de fin de vie car c'est dans ce contexte que se porte mon questionnement, puis, en découlera les émotions que cela peut susciter pour chaque acteur dans le soin dans un contexte de fin de vie.

2.1 La relation soignant-soigné

Afin de mieux comprendre l'importance de l'aspect relationnel dans le soin, j'ai voulu, tout d'abord, définir le concept de relation :

La relation constitue une activité ou une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les une sur les autres. C'est un lien de dépendance ou d'influence réciproque. Elle est ce qui, dans l'activité d'un être vivant et conscient, implique une interdépendance, une interaction avec le milieu.¹⁷

Il y a donc la notion que les personnes entrant en relation peuvent agir mutuellement l'une sur l'autre. Il y est également question d'interdépendance entre chaque acteurs de la relation et d'une certaine distance relationnel selon le type de relation entretenu, .

Au vu de cette définition, j'ai pu déceler qu'il ne peut y avoir de relation sans communication verbale et/ou non-verbale, je traiterai donc de la communication dans ma première partie, puis, dans un second temps, je m'intéresserai aux différents mécanismes de défense pouvant apparaître lors de la relation soignant/soigné avec la personne en fin de vie, en troisième partie, je tenterai de comprendre ce qu'est un "prendre soin de qualité", et pour finir, j'axerai mes recherches sur la relation d'aide en fin de vie.

2.1.1 La communication

Étymologiquement parlant, la communication vient du latin "Communicare" signifiant "mettre en commun, faire part de, partage"¹⁸, en effet, elle consiste en "l'action de communiquer avec d'autres, de transmettre, de faire participer à... Ce par quoi une personne

17 GRAVAL (J-L), GALAND (S), La relation, 1.1 S2 PSYCHO-SOCIO-ANTHROPO, *La relation soignante et ses aspects*

18 <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Communication.htm>

renseigne ou influence une autre personne et en est renseignée ou influencée"¹⁹, cela repose donc sur un échange d'informations entre plusieurs personnes et il y a, ici, une notion d'influence que l'on peut retrouver dans la relation à l'autre.

Afin d'entrer en communication avec l'autre, il faut tout d'abord réunir les éléments incontournables à toute communication :

- L'émetteur.
- Le récepteur.
- Les bruits parasites, ou tout ce qui peut gêner la communication.
- Le message que l'on veut transmettre
- Le feed-back du récepteur vers l'émetteur²⁰

Lorsque nous lisons ceci, nous avons l'impression que le message que veut transmettre l'émetteur arrivera au récepteur sans distorsion si les bruits parasites ne l'ont pas empêché d'écouter le message, cela reste théorique, car dans la pratique, "l'environnement culturel, contextuel, sonore, cognitif et émotionnel influence la transmission et le décodage du message"²¹

C'est à dire que chaque personne peut interpréter différemment le même message selon son histoire, son humeur, sa culture... Il faut prendre également en compte la communication non-verbale (le non-dit) de l'émetteur afin de pouvoir préciser et étayer l'information que l'on veut transmettre au destinataire.

P. Watzlawick indique que "majoritairement, lorsqu'une personne perçoit un décalage entre ce qui lui est dit verbalement et ce qui lui est montré non verbalement, c'est la perception non verbale qui prime"²², nous comprenons ici que la communication non-verbale est plus importante pour le destinataire du message que la communication verbale.

Une fois qu'une communication est instaurée entre deux individus, la relation se met en place progressivement. De cette relation peuvent naître des mécanismes de défense de la part des deux individus car :

19 OLAGNER (S), Sciences et techniques infirmières, 4.2 S2 SOINS RELATIONNELS *Troubles de la communication, Troubles du langage : généralités*

20 Ibid.

21 Ibid.

22 Ibid.

*Toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui, engendre en chacun de nous des mécanismes psychiques qui, s'installant à notre insu, revêtent une fonction adaptative et nous préservent d'une réalité vécue comme intolérable parce que trop douloureuse.*²³

Ces mécanismes de défense sont donc des processus psychiques inconscients qui se mettent en place afin de nous protéger de situations qui nous paraissent insurmontables de par leur complexité ou le mal-être que cela peut entraîner chez nous. Mais il ne faut pas oublier que les personnes soignées peuvent également mettre en place ces processus pour se protéger de leur environnement, de leur maladie et de leur propre mort.

2.1.2 Les mécanismes de défense dans une relation de fin de vie

M. Ruzniewski dit :

*Tous les protagonistes confrontés à l'angoisse et à l'approche de la mort – patient, soignants et parentèle – vont devoir se défendre, chacun avec ses propres armes, contre ce trop-plein de tensions émotionnelles ; ainsi cheminera la relation à l'autre, au travers de liens complexes et d'inévitables interactions souvent difficiles et douloureuses, faites de toutes ces souffrances conjuguées*²⁴

Nous pouvons comprendre ici que chaque individu, dans la relation, va devoir faire appel à ces mécanismes de défense inconsciemment pour se protéger des souffrances de l'autre et de ses propres souffrances, mais que chaque personne ne va pas utiliser les mêmes mécanismes. Il y a également la notion de l'entourage de la personne soignée dans cette relation, mais je préfère m'intéresser à la relation soignant-soigné pure car c'est ce qui motive mon travail de recherche.

Les mécanismes de défense sont, comme nous l'avons vu précédemment, des processus psychiques inconscients se mettant en place afin de nous protéger de nos conflits internes. Le soignant est confronté à des situations complexes tout au long de sa vie, les mécanismes de défense qu'il met en place sont donc nécessaires pour pouvoir accepter ou mettre à distance certaines situations.

Il y a plusieurs mécanismes de défense pouvant se mettre en place pour le soignant dans la relation soignant-soigné dans un contexte de fin de vie qui ont été identifiés par

23 RUSZNIEWSKI (M), *Face à la maladie grave*, Édition Dunod, page 15

24 Ibid., page 15

M. Ruzniewski²⁵ :

- **Le mensonge/ Le pare-excitation** est le mécanisme pouvant causer le plus de souffrance psychique au patient. Pour se protéger, le soignant va donner de fausses informations sur la nature ou la gravité de la maladie et ainsi repousser le moment angoissant de l'annonce à un moment ultérieur. Le patient ne pourra pas bénéficier d'un temps d'adaptation pour accepter la maladie ou la mort car nous annihilerons "le développement progressif et graduel de l'angoisse"²⁶. Il ne pourra plus y avoir de relation de confiance entre le soignant et le soigné.
- **La banalisation** est un mécanisme jouant sur la distance qu'à le soignant envers le soigné, il ne prendra en compte que le côté physique de la souffrance, tout en faisant abstraction des souffrances psychiques de ce dernier.
- **L'esquive** est un processus où le soignant accepte les souffrances psychiques de la personne soignée mais évite d'en parler avec elle en changeant de sujet par exemple, cela permet au soignant de ne pas avoir ce rapport d'affrontement, générant de l'angoisse.
- **La fausse réassurance** est le fait de maintenir la personne soignée dans une ignorance partielle de son état de santé et de son évolution. Il y a une notion, pour la personne soignée, de faux espoir en lui cachant une certaine vérité difficile à dire pour le soignant. Cela permet au soignant de créer un décalage entre ses connaissances et la réalité à laquelle il est confronté.
- **La rationalisation** consiste à tenir un langage incompréhensible pour la personne soignée afin de ne pas entrer dans une relation émotionnelle avec elle, le soignant se réfugie dans son savoir que lui seul peut maîtriser et ne prends pas en compte la personne soignée, ce qui rompt la communication.
- **L'évitement** est un comportement où le soignant va nié la présence de la personne soignée, il y a une notion de "patient-objet", le soignant va entrer dans la chambre et éviter de le regarder et se plonger dans son dossier de soin par exemple.
- **la dérision** est le fait de minimiser, banaliser et prendre de la distance sur les souffrances de la personne soignée, ce mécanisme de défense vient souvent de la lassitude et de la surcharge de travail du personnel soignant.
- **La fuite en avant** est un mécanisme de défense extrêmement violent pour la personne soignée car cela consiste, pour le soignant, à se délivrer de ses propres angoisses en

25 Ibid., pages 16 à 32

26 Ibid., page 17

divulguant brutalement une vérité sans préparer psychologiquement la personne soignée à la recevoir.

- **L'identification projective** consiste à s'identifier à la personne soignée, le soignant se met à la place de la personne soignée et ne prend pas en compte les attentes de l'autre, mais tente de répondre à ses propres attentes s'il était dans la même situation.

M. Ruzniewski a également défini les mécanismes de défense relatifs à la personne soignée²⁷ :

- **L'annulation** consiste, pour la personne soignée, à se raccrocher au climat de confiance instaurée avec le soignant pour ne pas être confronté à la réalité, ne pas entendre l'annonce d'un cancer par exemple si le mot "cancer" n'a pas été prononcé.
- **La dénégation** est un mécanisme où la personne soignée sait ce qu'elle a mais le rejette, elle n'intégrera que ce qui lui semble acceptable.
- **L'isolation** consiste à se détacher de sa propre maladie et en parler sans affect, comme s'il s'agissait d'une autre personne ayant cette maladie
- **Le déplacement** est un processus où la personne soignée concentre son angoisse sur quelque chose de secondaire, de moins lourd . Par exemple, le risque léthal d'un cancer va être mis de côté pour évoquer l'atteinte corporelle due à la chute des cheveux induite par la chimiothérapie.
- **La maîtrise**, comprenant deux mécanismes de défense, **la rationalisation** qui va forcer la personne soignée à vouloir comprendre sa maladie, en faisant des recherches, pour espérer mieux la maîtriser et les **rites obsessionnels** consistant à se placer en tant qu'acteur de leurs propres soins, convaincu de leurs connaissances supérieures à certains soignants, ce sont des idées fixes lui permettant de rester maître de "son corps, de sa maladie et de ses angoisses"²⁸
- **La régression**, contrairement aux autres mécanismes, est un processus où la personne soignée devient passive et dépendante des autres car celle-ci n'accomplit plus d'acte qu'elle pourrait faire en toute autonomie. Il y a une notion de maternage qui se met en place.
- La projection agressive est un mécanisme qui, au contraire de la régression, amène la personne soignée à vouloir trouver les coupables de son état de santé, le corps médical en est souvent la cible, ainsi que l'entourage.

27 Ibid., pages 38 à 58

28 Ibid., page 48

- **La combativité/ La sublimation** est un mécanisme de défense plutôt positif et cela permet à l'entourage de moins souffrir. La personne soignée utilise ses propres ressources psychiques en vue d'un meilleur état de santé physique, cette combativité lui permet de neutraliser ses angoisses.

Ces mécanismes de défense sont propres à chacun et sont nécessaires à toute relation car "les mécanismes de défense sont les différents types d'opérations psychiques, ayant pour finalité la réduction de la tension psychique interne. Ils sont généralement utiles pour la protection de la cohésion de l'appareil psychique"²⁹. Cela permet de protéger notre équilibre psychique et réduire une tension interne face à certaines situations pouvant être complexes comme les situations de fin de vie. Nous ne pouvons parler de relation soignant-soigné sans le "prendre soin", élément indispensable à tout accompagnement en fin de vie, nous recherchons toujours à prendre soin de la personne soignée de la manière la plus idéalisée possible, nous pouvons dire que nous recherchons un "prendre soin de qualité" .

2.1.3 Le prendre soin de qualité dans une situation de fin de vie

Le prendre soin en fin de vie est apparenté au concept de soins palliatifs :

La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, en accompagnant leur famille et leurs proches.³⁰

Il s'agit d'offrir des soins de confort à la personne soignée, nous ne cherchons ni à effectuer des gestes invasifs ni à provoquer la mort de la personne. La mort fait partie intégrante de la vie de la personne.

Il y a la notion d'accompagnement qui rentre en jeu dans cette relation car "L'accompagnement d'une personne en fin de vie et de son entourage consiste à apporter attention, écoute, réconfort, en prenant en compte les composantes de la souffrance globale (physique, psychologique, sociale et spirituelle)."³¹, il y a une vision globale de la personne

29 http://www.dematice.org/ressources/PCEM1/psychiatrie/P1_psy_005/co/document.pdf

30 <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/933.pdf>, Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012, page 1

31 Ibid., page 2

soignée et de ses souffrances, le soignant essaye, avec ses propres moyens personnels et professionnels, d'atténuer ces souffrances.

"La prise en charge repose sur la mise en œuvre, par des professionnels compétents, d'une écoute attentive, sensible et bienveillante..."³², l'écoute est un des principes essentiels à la relation d'aide, donc à une prise en soin de qualité, cela permettra au soignant de pouvoir percevoir :³³

- **L'intensité des divers symptômes cliniques** : Il s'agit de prendre en compte la douleur et les aspects plus globaux sur la qualité de vie que la maladie peut induire.
- **L'ensemble des besoins de la personne** : Repérer les besoins de la personne soignée pour pouvoir agir dessus.
- **Ses souhaits en matière de prise en charge** : Prendre en compte les choix de la personne soignée.
- **Le rapport bénéfique/risque de chacune des options envisagées** : Cela permet de savoir si les soins proposés ne vont pas être délétère pour la personne soignée, mais vont permettre une prise en soin plus adaptée.

Nous avons pu voir plusieurs concepts ressortir de ces recherches, comme l'accompagnement et l'écoute, nous les retrouvons dans la relation d'aide.

2.1.4 La relation d'aide en fin de vie

"La relation d'aide est la capacité que peut avoir un soignant à amener toutes personnes en difficultés à mobiliser ses ressources pour mieux vivre une situation, c'est un soin relationnel."³⁴, c'est-à-dire que cette relation permet à la personne soignée d'utiliser ses ressources pour faire face à une situation difficile en vue de mieux la vivre. Dans un contexte de fin de vie, la relation d'aide est primordiale car la personne en fin de vie est dans la situation qui semble la plus difficile à vivre pour chacun de nous, de par l'angoisse de la mort.

Il y a quatre concepts centraux dans la relation d'aide :³⁵

32 Ibid., page 2

33 Ibid., page 2

34 http://www.soins-infirmiers.com/relation_aide.php

35 PAULIEN (M) Les concepts de la relation d'aide, 4.2 S3 SOINS RELATIONNELS *La relation d'aide*, page 28 à 32

- **L'authenticité-congruence** : Il s'agit là, pour le soignant, d'être soi-même, de ne pas jouer de rôle, être naturel, "c'est donc tenter de maintenir un accord entre ce que je ressens, ce que je vis, ce que je dis et ce que je fais"³⁶.
- **L'empathie** : Ce terme exprime le fait d'essayer de se mettre à la place de l'autre, afin de comprendre ce que peut ressentir la personne soignée.
- **La juste distance** : "Distance spatiale, mais aussi symbolique entre deux personnes"³⁷, il ne faut ni être trop près de la personne soignée car il y a un risque que nos affects prennent le pas sur notre professionnalisme, il ne faut pas être trop loin non plus, car cela va rendre impossible la relation et créer des attitudes défensives de la part du soignant et de la personne soignée.
- **La révélation de soi** : Il faut partager ses émotions avec la personne soignée afin de rentrer dans une relation "...fondée sur la réciprocité"³⁸, c'est-à-dire où le soignant et la personne soignée sont égaux.

Cette relation d'aide permet donc une alliance thérapeutique entre le soignant et la personne soignée, par ce biais, une relation de confiance peut se mettre en place.

Nous avons pu voir au fil des recherches que la relation induit des émotions que ce soit pour le soignant comme pour la personne soignée, "Nous ne pouvons nier leur force, et leur influence sur nos choix, nos relations aux autres et notre santé"³⁹, elles sont inhérentes à la relation, nous ne pouvons pas instaurer une relation sans émotion. Nous pouvons constater qu'il est nécessaire de poursuivre ce travail de recherche sur la notion d'émotion.

2.2 Les émotions

Précédemment, nous avons vu qu'une émotion est, selon Le Larousse, "Une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement."⁴⁰, cette définition peut être complétée par le résumé fait par LELORD F. et ANDRÉ C. : "...On peut dire que l'émotion est donc une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit) et comportementale (nos actions)."⁴¹, ce résumé permet de constater qu'une émotion est

³⁶ Ibid., page 29

³⁷ Ibid., page 31

³⁸ Ibid., page 32

³⁹ LELORD (F), ANDRÉ (C), op.cit., page 8

⁴⁰ op.cit.

⁴¹ LELORD (F), ANDRÉ (C), op.cit., page 15

intime, car dans notre esprit, mais les réactions que cela peut susciter chez la personne peuvent être plus ou moins visibles extérieurement de par nos actions ou réaction de notre corps.

Je vais tout d'abord axer mes recherches sur les émotions fondamentales puis, dans un second temps, je m'orienterai vers la tristesse, enfin, je terminerai sur le deuil du soignant.

2.2.1 Les émotions fondamentales

Charles DARWIN, en 1872, considère qu'il y a six émotions fondamentales : "La joie, la surprise, la tristesse, la peur, le dégoût, la colère, appelés parfois les *big six* de Darwin..."⁴², Paul EKMAN étend cette liste à seize mais celui-ci "...considère que tous les critères ne sont pas encore satisfaits pour chacune d'entre elles..."⁴³, nous allons voir sur quels critères reposent ces émotions fondamentales.

Afin de pouvoir qualifier une émotion en émotion fondamentale, appelée également émotion élémentaire, il est nécessaire que cette émotion réponde à plusieurs critères :⁴⁴

- Elle doit débiter soudainement
- Durer peu
- Se distinguer des autres émotions, c'est à dire distinguer certaines familles proches, la peur et la colère sont deux émotions qui peuvent être réunies mais elles ont chacune une sous famille bien distincte.
- Apparaître chez le bébé
- Agiter le corps à sa manière
- Avoir une expression faciale universelle chez tous les humains
- Être déclenchée par des situations universelles
- Être observable chez nos cousins primates, cela ne reste que très théorique car nous ne pouvons prouver les réels affects entre eux face à certaines situations.

Ces critères rejoignent parfaitement les différentes définitions de l'émotion que nous avons pu aborder auparavant, et, précise même quelques aspects comme le fait qu'un bébé doit pouvoir ressentir ces émotions ou qu'une émotion est universelle chez l'Homme, c'est à dire que cela n'est pas lié à la culture. Selon Darwin, "les hommes et même les animaux possédaient

42 Ibid., page 26

43 Ibid., page 26

44 Ibid. page 25, BEAR M. F. et coll., *Neuroscience : Exploring the Brain*, New York, Williams and Wilkins, 1996

des expressions comprises par tous pour exprimer certaines émotions de base, indispensables à leur survie.⁴⁵ C'est-à-dire que les expressions des émotions, que ce soit chez les animaux ou les humains, seraient comprises par tous leurs semblables et seraient indispensables à leur survie.

L'anthropologue Paul EKMAN, entre 1967 et 1968, prouve cette théorie sur l'universalité des expressions de certaines émotions fondamentales en menant des expériences auprès de personnes coupées du monde (plusieurs tribus isolées en Papouasie-Nouvelle-Guinée) à qui il demande de reconnaître certaines émotions présentes sur des photos d'Américains puis, dans un second temps, montrer quel émotion ils auraient devant certaines situations pré-définies.⁴⁶

Mais chaque individu peut réagir différemment face à certaines situations complexes comme la confrontation à la fin de vie d'une personne, certains peuvent exprimer de la colère, de la peur ou de la tristesse selon son vécu. Comme j'ai pu le dire auparavant, j'ai pu être confronté à des situations de fin de vie durant mes stages et l'émotion qui prédominait à chaque fois est la tristesse.

2.2.2 La tristesse

Lorsque nous nous attardons sur les différentes émotions qui existent, nous pouvons constater que celles-ci sont essentielles pour se protéger d'un événement extérieur, mais "À première vue, la tristesse semble être un contre-exemple des hypothèses évolutionnistes sur l'utilité des émotions pour notre survie ou notre succès : voilà une émotion qui souvent nous prive d'élan et ne nous met pas en bonne posture pour affronter la vie"⁴⁷, c'est à dire qu'au premier abord, cette émotion ne nous aidera pas face à certaines situations et nous mettrais plutôt dans une posture de vulnérabilité face à l'autre, nous pouvons alors nous poser la question de l'utilité de cette émotion pour nous-même.

La tristesse a plusieurs fonctions :⁴⁸

- **La tristesse nous apprend à éviter les situations qui la provoquent**, c'est-à-dire que celle-ci ne nous protégera pas de la situation sur l'instant mais nous chercherons à ne

45 <http://www.detection-du-mensonge.com/dossier-1/les-7-emotions-universelles/> Darwin, *L'Expression des émotions chez l'Homme et les animaux* (1872)

46 Ibid.

47 LELORD (F), ANDRÉ (C), op.cit., page 154

48 Ibid., pages 155 à 165

plus répéter cette situation à l'avenir car nous savons que celle-ci nous touche. F. LELORD et C. ANDRÉ compare la tristesse à la douleur "...quand on s'est fait mal, on tend à éviter de reproduire le comportement qui en est responsable."⁴⁹.

- **La tristesse nous amène à nous retirer de l'action et à réfléchir sur nos erreurs**, cela permet de prendre du recul sur la situation qui est responsable de notre tristesse et de comprendre quelles erreurs ont été commises pour ne plus le reproduire et prendre les bonnes décisions.
- **La tristesse peut nous attirer l'attention et la sympathie d'autrui**, les personnes nous entourant voient notre tristesse et pourront éprouver de la sympathie ou de l'empathie à notre égard. Nous pouvons voir cela comme un appel à l'aide afin de bénéficier inconsciemment d'un soutien affectif et matériel pour sortir de cette situation plus rapidement.
- **La tristesse peut nous protéger momentanément de l'agressivité des autres**, "...la tristesse est un des signes de la défaite."⁵⁰, nous pouvons comprendre ici que le fait d'exprimer sa tristesse face à l'autre pourrait s'apparenter à un signe de soumission, en assurant à l'autre sa "victoire", afin d'arrêter un conflit .
- **La tristesse vous permet de développer sympathie et empathie pour la tristesse des autres**, il est plus facile de comprendre ce que ressent l'autre en ayant déjà vécu cette situation, donc en sachant la douleur que cela peut engendrer.

Cette tristesse est ressentie car il y a la notion d'une perte plus ou moins importante pour la personne :

...La perte était le déclencheur commun à tous les épisodes de tristesse. Bien sûr, selon le prix que vous attachiez à ce que vous avez perdu, votre tristesse sera plus ou moins durable : la perte de votre stylo préféré (quelques heures), la perte de vos espoirs professionnels ou de vos illusions de militant politique (quelques années), la disparition de l'être qui vous était le plus cher (parfois le reste de votre vie).⁵¹

Nous pouvons retrouver cette notion de perte dans le deuil, car le soignant traverse lui aussi chacune des étapes du deuil lorsque la personne soignée dont il s'occupait est décédée.

2.2.3 Le deuil soignant

49 Ibid., page 155

50 Ibid., page 159

51 Ibid., page 150

Afin de comprendre ce que signifie le deuil, nous pouvons dire que "Le travail de deuil est un travail de séparation et de réparation (notion d'acceptation) fait psychiquement et émotionnellement, différent du travail d'abandon."⁵², il ne s'agit pas seulement d'une perte provisoire mais bel et bien d'une perte définitive et les étapes du deuil sont présentes inconsciemment pour nous aider à accepter cette perte. Le soignant doit également passer par ce processus pour accepter la mort à venir de la personne soignée :

C'est ce qui arrive à l'infirmière qui doit souvent se faire accompagnante de malades en fin de vie, mais en tant que soignante, elle fait l'expérience d'un deuil particulier. Au-delà de l'attachement qu'elle a pu développer pour une personne soignée, pour sa valeur personnelle et pour ce qu'elle représente comme être humain, elle vit l'amertume de voir cette vie se dissoudre et la tristesse inéluctable de l'échec de ce qui est sa mission principale, c'est-à-dire, le prendre soin.⁵³

Nous pouvons comprendre que la notion de mort chez la personne soignée, pour le soignant, pourrait être vécu comme un échec de par sa profession et ses valeurs professionnelles, et cela va bien au-delà des affects qui pourraient s'imposer à elle en rapport avec la relation soignant-soigné qui s'était instaurée.

Le soignant doit pouvoir se séparer de la personne soignée en fin de vie pour pouvoir continuer à prendre soin et maintenir une juste distance avec elle, comme avec les autres personnes soignées dont il s'occupe et il y a plusieurs étapes :⁵⁴

- **Avant le décès** : Le soignant doit ressentir le fait d'avoir été utile à la personne soignée, que le travail qu'il a effectué auprès d'elle rentre dans ses valeurs personnelles et professionnelles, son idéal soignant. S'il travaille en équipe, il peut exprimer ses difficultés à l'équipe et l'organisation du service et du travail est également importante. Enfin, le fait de soulager les douleurs physiques de la personne soignée est primordial.
- **Lors du décès** : Pouvoir dire au revoir à la personne soignée, nous pouvons voir cela comme mettre fin à une relation qui arrive à son terme et cela aide à accepter la mort de la personne soignée. La toilette mortuaire peut nous aider également dans le sens où nous effectuons les derniers soins de cette personne.
- **Après le décès** : Le soignant doit pouvoir parler, exprimer ses émotions avec l'équipe

52 TEXIER (J-M), Le Deuil, 4.7 S5 SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE *Le Deuil généralités (cours 1)*, page 5

53 <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2014/10/Le-vecu-de-la-soignante-devant-la-mort.pdf>

54 http://www.respel.org/fileadmin/telechargements/Journ_e_des_r_f_rents_SP_-_juin_2014-_deuil_des_soignants__Mode_de_compatibilit_.pdf

soignante ou une autre personne afin de ne pas s'isoler et risquer de tomber dans la dépression, certaines formations aident à mieux accepter la mort de la personne soignée en identifiant certains mécanismes de défense pouvant se mettre en place dans la relation ou en aidant les soignants à prendre du recul sur certaines situations.

En conclusion de ce cadre conceptuel, nous pouvons retenir que toute relation ne peut se faire sans communication verbale et/ou non-verbale, qu'une relation de confiance s'instaure avec le temps mais que celle-ci peut être dissoute à cause de nos mécanismes de défense, tout en n'oubliant pas que la personne soignée peut y avoir recours également, il s'agit de pouvoir les identifier. Nous ne pouvons entrer en relation avec la personne soignée sans y inclure nos émotions et sans prendre en compte les siennes, et enfin, que le travail de deuil du soignant est indispensable pour pouvoir continuer.

À la suite de mes recherches sur la relation soignant-soigné et les émotions que cela peut engendrer dans un contexte de fin de vie, j'ai émis l'hypothèse suivante :

L'identification des mécanismes de défense du soignant peut permettre une prise en soin de qualité dans une situation de fin de vie.

Partie III :
Phase
d'analyse

3. Méthodologie d'analyse

3.1 Choix de l'outil

Afin de vérifier mon hypothèse, j'ai souhaité utiliser l'entretien semi-directif en outil de recherche. Le fait d'utiliser cet outil m'a permis de pouvoir interroger différents professionnels de santé et d'obtenir des réponses personnalisées mais précises car mes questions étaient assez fermées sur l'objectif que je cherchais à atteindre. Pour chaque question, des objectifs ont été posés au préalable afin de pouvoir réajuster mes questions si cela s'avérait nécessaire durant l'entretien, ces objectifs me servent également de plan pour pouvoir structurer les réponses dans l'analyse de ces entretiens.

J'aborde avec ces professionnels de santé les thématiques suivantes :

- Les émotions qu'ils peuvent ressentir durant un accompagnement de fin de vie.
- Le type de relation instauré durant l'accompagnement de la personne soignée.
- Une situation de fin de vie qui les aurai touchés sur le plan relationnel.
- Les représentations qu'ils ont d'un accompagnement de fin de vie de qualité.

Pour chaque entretien effectués, les professionnels de santé ont donné leur accord pour être enregistrés, cela permettait un échange plus vivant et moins formel car je n'avais pas à prendre de notes.

3.2 Choix de la population

Pour mes entretiens, j'ai souhaité interroger des infirmières n'ayant pas la même expérience professionnelle et n'étant pas dans le même secteur d'activité, afin de pouvoir confronter les difficultés qu'elles ont pu rencontrer au fil de leurs carrières respectives. Mais j'ai également fait le choix de prendre des infirmières diplômées depuis moins de dix ans, cela me permettra d'être moins confronté à un certain "blindage émotionnel" que, comme j'ai pu entendre au fil de mes stages, se créent les soignants avec l'expérience.

L'objectif est ainsi de voir si le lieu d'exercice a une incidence sur les émotions que peut ressentir le soignant face à une situation de fin de vie, et si cela affecte également les mécanismes de défense qu'elles peuvent mettre en place devant certaines situations. Une des infirmières interrogées est infirmière libérale, cela me permettra de voir si l'environnement et le cadre non institutionnel a un impact sur l'accompagnement de fin de vie de la personne soignée, la relation n'étant pas la même car celle-ci me semblait être plus intrusive.

3.3 Limites des entretiens

Lors de la réalisation de ces entretiens, j'ai du faire face à plusieurs problèmes. Pour mes deux entretiens, je n'ai pas réussi, à travers mes questions, à guider les infirmières vers un accompagnement de fin de vie et, celles-ci sont restées très axées sur la mort de la personne soignée plus que sur l'accompagnement d'une personne en situation de fin de vie. Pour mon deuxième entretien, celui-ci s'est effectué par téléphone, nous étions tout les deux à notre domicile, cet entretien ne me paraissait pas assez formel et j'ai eu de grandes difficultés pour relancer l'infirmière sur certaines questions. La question n°3 n'était, selon elle, pas assez précise et cela les a mise en grande difficulté pour pouvoir y répondre, nécessitant quelques éclaircissements de ma part. J'ai décidé de retranscrire le premier entretien que j'ai effectué car celui-ci a fait apparaître plusieurs éléments qui me paraissent importants de souligner.

4. Analyse du contenu

J'ai choisi d'analyser le contenu de mes entretiens en prenant en compte le thème des questions afin de pouvoir les confronter à mon hypothèse. Les réponses données pourront, ainsi, être comparées plus facilement et permettre une meilleure visibilité de mon cheminement vers la vérification de mon hypothèse

4.1 Les infirmières

Mme A, anciennement aide-soignante en chirurgie viscérale pendant cinq ans, à obtenu le diplôme d'infirmière depuis quatre ans et travaille, depuis, en Unité de Soins de Longue Durée, Mme B., quant à elle, est infirmière depuis 2010, a commencée en gériatrie, puis les urgences et SMUR pour enfin finir par une carrière dans le libéral depuis très peu de temps. Mme A. et Mme B. n'ont pas du tout le même parcours professionnel : Mme A. semble peu attiré par le service dans lequel elle se trouve, car celle-ci nous dit avoir voulu aller au bloc en

sortant de son diplôme, Mme B. a renoncé à sa carrière au SMUR pour pouvoir "se calmer un peu" mais semblait très attirée par ce milieu.

4.2 Les émotions et mécanismes de défense du soignant

Pour chacune des infirmières interrogées, il y a une notion de vouloir se protéger de ses émotions auprès de la personne soignée pour pouvoir rester objective. Mme A. pourra dire "je vais pas pleurer auprès du malade", quant à Mme B. elle dira "tu sens que ça monte, là tu en prends conscience et tu te... tu te recadres en fait" et "tu peux te mettre à pleurer avec eux, soit tu peux... tu vois ? Et tu n'es plus professionnel.", il y a la notion de devoir ou vouloir cacher ses émotions face à la personne soignée, lorsque nous comparons leurs réponses avec le chapitre sur la relation d'aide présenté dans ma phase conceptuelle, nous pouvons constater qu'il y a une discordance, nous avons pu voir que "la révélation de soi" faisait partie intégrante de la relation d'aide, comme "l'authenticité". Le partage des émotions entre soignant et soigné est primordial pour pouvoir instaurer cette relation et, ainsi, pouvoir accompagner la personne soignée durant sa fin de vie dans de bonnes conditions. Mme B. évoquera les notions de "juste-distance" et "d'empathie" qui sont des principes fondamentaux de la relation d'aide. Mme A. semble ressentir de l'émotion durant les accompagnements de fin de vie, mais surtout dans un contexte où la personne soignée ne bénéficie pas d'un accompagnement adapté : "si la prise en charge est mal faite de l'accompagnement de fin de vie, il peut y avoir... la colère", "tu vois que rien n'a été fait puis que la personne souffre donc là oui... oui, là tu peux éprouver de la colère là". Mme B. nous évoque la notion du vécu du soignant en disant "on est des êtres humains, on a des histoires, on a un vécu qui va faire que parfois, on ne pourra pas se canaliser, on va pleurer, on va... dépasser l'empathie, on va être dans l'émotion", elle nous montre ici que nos émotions peuvent nous submerger et dépasser le cadre professionnel pour se confronter à notre histoire personnelle.

Comme nous avons pu le voir au fil de ce travail de fin d'études, les mécanismes de défense que nous mettons en place sont propres à chacun, c'est ce que nous pouvons constater également au travers de leurs réponses, Mme A. évoque "peut-être une sorte de déni, parce qu'on veut pas voir le patient qui... qui décline", "un patient, on va dire un chronique qui est là depuis des années, on se dit "bah non, bah ça va aller, ça va aller"", nous pouvons voir dans ce qu'elle évoque, certes, une forme de déni, mais je repère surtout dans la deuxième phrase, le mécanisme de la "dérision" qui tend à se mettre en place en minimisant l'état de santé de la personne soignée. Mme B. nous dit "l'identification projective, ça sera pour

moi de me projeter sur ce que les gens peuvent ressentir en fonction de leurs comportements vis-à-vis de moi", comme nous avons pu le voir, l'identification projective ne permet pas de prendre en compte les souhaits de la personne soignée, mais cherche à répondre à nos propres attentes dans l'hypothèse où nous serions dans la situation du soigné.

4.3 La relation d'aide dans une situation de fin de vie

Mme A. nous explique qu'elle perçoit la relation d'aide comme quelque chose de "permanent" durant la prise en soin, mais elle nous dit également : "au début de l'accompagnement, ça va être l'angoisse face à la mort, où on va entamer une relation d'aide", nous pouvons comprendre que Mme A. considère la relation d'aide comme une certaine réponse aux angoisses de la personne soignée et de la famille dans le but de les "rassurer". Elle nous dit également que "pour le patient [...] on va l'avoir (la relation d'aide) avant qu'il se dégrade trop peut-être" et "La relation d'aide, tu vas l'avoir plus ici avec la famille", nous pouvons voir que la relation d'aide est surtout focalisée, pour Mme A., sur la famille de la personne en situation de fin de vie, mais la première phrase nous donne l'impression qu'une relation d'aide ne peut être possible sans communication verbale ou non-verbale de la part de la personne soignée.

Comme nous avons pu le voir, la relation d'aide permet au soignant de mobiliser les ressources de la personne soignée en vue de mieux vivre une situation difficile, mais il semble primordial de pouvoir accompagner la personne en fin de vie jusqu'au bout de sa prise en soin, malgré son état de santé et les ressources qu'elle peut mobiliser.

Mme B. nous évoque le fait que "C'est plus un accompagnement qu'une relation d'aide", mais celle-ci pourra dire que cela peut s'apparenter à une relation d'aide.

Nous pouvons voir que Mme A. et Mme B. évoquent plus un accompagnement qu'une relation d'aide pour répondre à ma question, car le Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 a défini l'accompagnement ainsi : "L'accompagnement d'une personne en fin de vie et de son entourage consiste à apporter attention, écoute, réconfort, en prenant en compte les composantes de la souffrance globale (physique, psychologique, sociale et spirituelle).", Mme B. nous dit "on va les accompagner, on va rester près d'eux [...] donc souvent voilà, juste une main, une présence", ce qui rejoint la notion d'accompagnement plus qu'une relation d'aide.

4.4 Difficultés sur le plan relationnel

Mme A. évoque des difficultés, non pas dans la relation avec la personne soignée, mais plutôt avec la famille après le décès de cette personne "c'est surtout l'image de la

famille, qu'est-ce qu'elle va dire, elle est juste partie, elle est décédée et nous, enfin... ça va être toute une... enfin, comment la fille va le prendre ?", il y a une sorte de triade gravitant autour du soignant, de la personne soignée et son entourage, j'ai souhaité en faire abstraction durant mes recherches mais je remarque, après ces entretiens, que la prise en soin d'une personne en fin de vie ne peut être de qualité si la famille n'est pas incluse dans le projet de soins. Il y a également la notion de responsabilité face au décès de cette personne, elle dira "Le fait d'avoir tout ciblé, ça m'a un peu lesté le poids", cela permet de pouvoir montrer à la famille que tout a été fait pour le membre de leur famille qui est décédé.

Mme B. nous parle plutôt d'une mort violente d'une personne ayant l'âge de son fils, elle pourra dire "je me suis projetée comme si c'était mon fils qui a le même âge et, du coup, j'ai pu euh... je me suis approchée et j'étais envahie quoi, j'ai pleurée, j'ai pas pu...", "c'est le médecin qui a tout fait... la suite de la prise en charge. Moi, je suis repartie au camion et puis voilà...", nos émotions influencent, comme nous avons pu le voir, notre jugement ou notre attitude face à certains événements, Mme B. à été submergée par ces émotions et celle-ci n'a pas pu effectuer la prise en soins qu'elle espérait.

4.5 La maîtrise des émotions pour un prendre soin de qualité

Pour Mme A., nous pouvons constater que ce n'est pas réellement la maîtrise de ses émotions qu'elle recherche en priorité, mais plutôt à maintenir une juste distance avec la personne soignée et la connaissance de ses propres limites. Mme A. pourra, par exemple dire "faut comprendre qu'il faut garder une juste distance" ou "Le fait de comprendre ses limites peut déjà euh... bah, mettre ta juste distance en place", mais évoquera également le fait que le soignant peut pleurer ou être en colère durant la prise en soin : "on a le droit de pleurer avec la famille". Mme B. rejoint Mme A. sur la notion de juste distance car elle nous parle d'une relation possiblement "fusionnelle" avec la personne soignée : "c'est possible que tu sois hyper fusionnelle avec un patient et que tu le prennes dans tes bras, tu pleures, où que tu souris", la notion de juste distance apparaît donc également dans ses réponses sans l'évoquer directement. Mme B. nous dit qu'elle ne "pense pas que ce soit... impérativement indispensable de les maîtriser... mais pour se protéger [...], faut arriver à se canaliser.", il est donc question, ici, de maîtriser ses émotions, non pas, pour pouvoir effectuer des soins de qualité auprès de la personne soignée, mais pour pouvoir se protéger de nos propres émotions, donc des émotions que la personne soignée peut nous renvoyer.

Enfin, Mme A. évoquera la possibilité de pouvoir partager ses émotions avec ses collègues afin de pouvoir se "décharger" de ce trop pleins d'émotions : "tu vas voir tes collègues, tu cherches

quelqu'un avec qui parler, après voilà, ça dépend du caractère de chacun". Une phrase m'a interpellé lors de l'entretien avec Mme A., celle-ci peut nous dire " enfin avec l'expérience, ça vient tout seul", je n'ai pas de comparatif possible avec une autre infirmière ayant plus d'expérience avec la notion de de fin de vie, mais ne veut-elle pas parler plutôt de la "lassitude" d'entendre les souffrances des personnes en fin de vie ? Élément présent dans le mécanisme de défense de "la dérision" évoqué précédemment dans mon cadre conceptuel.

4.6 L'accompagnement de fin de vie de qualité

Nous pouvons voir que Mme A. et Mme B. répondent à cette question avec un point de vue différent, pour Mme A. les réponses sont tournées vers la personne soignée et la famille : "C'est que la personne ne souffre pas, soit détendue, que la famille soit prévenue, présente, ou pas, selon les souhaits de la personne", "c'est surtout la souffrance, qu'elle ne souffre pas, qu'elle parte paisiblement selon ses souhaits, les souhaits de la famille", nous pouvons voir que les choix effectués par la personne soignée et sa famille sont pris en compte par l'infirmière, mais c'est surtout le fait que la personne soignée ne souffre pas qui est mis en avant par Mme A., elle finira l'entretien par "Pas de douleurs, no douleurs, no pain", qui résume bien l'importance qu'elle attache à la non-souffrance de la personne soignée durant sa prise en soin.

Mme B. n'évoque pas concrètement le soulagement de la douleur, mais plutôt les actions qu'elle peut mettre en place afin de répondre aux souhaits de la personne soignée et de la famille, "mener les actions qui nous sont prescrites et de notre rôle propre, "agir de notre rôle propre en fonction de la demande du patient ou de la famille sur leurs valeurs" et "C'est euh... entendre... savoir entendre, écouter euh... agir, savoir agir en fonction de ce qu'on a entendu". La notion d'écoute envers la personne soignée et la famille est également mis en avant par Mme B., cette notion que l'on retrouve dans l'accompagnement.

Pour finir, Mme B. évoque également le respect des valeurs concernant la prise en soin de la personne en fin de vie : "sur leurs valeurs... voilà, que ce soit sur le plan religieux, le plan des rituels, de la famille, il faut tout prendre en compte enfaîte.", la notion de spiritualité est importante pour Mme B., nous pouvons comprendre que la vision globale de la personne soignée est primordiale pour pouvoir lui permettre de bénéficier d'une prise en soin de qualité.

La notion de dignité dans la mort n'a pas été évoquée par les deux infirmières, il me semble important de souligner ce manque dans leurs réponses, car cela fait partie intégrante d'une prise en soin en fin de vie, que l'on peut appeler de qualité

4.7 Conclusion de l'analyse des entretiens

En conclusion, nous pouvons ressortir de ces entretiens que les infirmières interrogées sont capables d'identifier les mécanismes de défense qu'elles peuvent mettre en place mais qu'elles ne cherchent pas à les combattre, mais plutôt à les prendre en compte dans la prise en soin. La notion de juste distance est soulignée plusieurs fois, une relation trop fusionnelle avec la personne soignée, comme une relation trop détachée, peut induire des attitudes qui dépassent l'aspect professionnel de la relation et atteignent nos affects.

Nous savons que chaque personne met en place des mécanismes de défense différents, mais nous pouvons remarquer également que les émotions varient en fonction de la personne, son vécu, son caractère... Les soignants ne sont pas égaux face à leurs émotions, certains sont moins affectés, malgré le fait que la situation soit la même, mais cela laisse à penser que le travail en équipe est primordial pour pouvoir accomplir des soins de qualité en toute circonstance. C'est la diversité des caractères et vécus des soignants qui permet une certaine hétérogénéité des soins, la personne soignée est unique et peut avoir une meilleure relation avec certains membres de l'équipe soignante, ce qui contribue à un meilleur soin de meilleure qualité.

Nous pouvons également comprendre que l'empathie est la "dernière frontière" avant nos émotions, selon Mme B. "on ne pourra pas se canaliser, on va pleurer, on va... dépasser l'empathie, on va être dans l'émotion", mais comment savoir où se situe cette frontière, est-on capable de pouvoir identifier si nous sommes dans l'empathie ou dans l'émotion avec la personne soignée ? Voilà un axe de recherche qui serait intéressant de pouvoir explorer.

Le fait d'avoir choisi deux infirmières ayant leur diplôme depuis environ six ans ne m'a pas permis de pouvoir comparer mes résultats en fonction de l'ancienneté, mais comme évoqué plus haut dans la maîtrise des émotions, nous pouvons nous poser la question de l'expérience face à nos émotions, sera-ce réellement une question d'expérience ou de lassitude dans le travail qui permet de nous "blinder" comme j'ai pu l'entendre plusieurs fois au fil de mes stages.

Pour finir, j'ai fait une erreur en ne prenant en compte que la relation soignant-soigné, sans inclure l'entourage de cette personne, il apparaît fondamental de prendre en compte la personne soignée dans sa globalité afin qu'elle bénéficie d'une réelle prise en soin de qualité.

Conclusion

Au fil des stages que j'ai pu découvrir durant ma formation, j'ai pu voir des situations qui m'ont interpellé, "que je n'ai pas laissé au vestiaire", c'est, je pense, ce qui m'a permis de pouvoir prendre du recul et comprendre que ce n'est pas tant le soin technique que j'affectionnai particulièrement, mais tout le côté relationnel que l'on peut avoir avec la personne soignée. J'ai toujours pensé que certains maux pouvaient se soigner avec des mots, certains stages n'ont fait que me conforter sur cette voie là.

La prise en soin d'une personne en fin de vie a toujours été difficile pour moi, je pensai que ce travail de fin d'étude me permettrait de voir plus clair et, ainsi, de pouvoir comprendre ce qui pouvait m'aider à dépasser mes émotions, mais je remarque après avoir effectué ce mémoire que ce n'est pas réellement une réponse que j'attendais mais plutôt le fait de mieux comprendre ce qui pouvait se passer intérieurement, dans mes affects. Je suis quelqu'un de sensible, il m'est arrivé de pleurer devant un patient, je me sentais coupable et non-professionnel, je peux maintenant dire que j'avais bien fait, la personne soignée a pu voir que cela me touchait et a pu comprendre que tous les soignants sont humains, nous ne sommes pas ,et ne serons jamais, des techniciens du soin.

Je me suis laissé porter par mes lectures, par mes recherches, la fin de vie, je le comprends désormais, n'est qu'une étape de la vie, nous ne devons pas anticiper notre deuil, nous devons prendre en soin la personne jusqu'au bout, et si cela nous affecte, laissons nos émotions se manifester, je pense qu'elles sont le reflet de nos valeurs personnelles et professionnelles.

J'espère que ce travail a été d'intérêts pour vous, qu'après cette lecture, vous ne voyez plus la fin de vie comme une mort anticipée mais bien la dernière étape de la vie, cette dernière étape où la vie est encore présente, ne l'oublions pas.

Ce travail fut, pour moi, un défi qui restera ancré tout au long de ma vie professionnelle et personnelle.

Annexes

Présentation du thème de recherche de ce mémoire de fin d'étude et déroulé de l'entretien.

1/ Pouvez vous vous présenter et me dire votre parcours professionnel ?

Objectifs : Connaître l'ancienneté du professionnel de santé ainsi que son expérience professionnelle.

2/ Mon mémoire étant axé sur les situations de fin de vie, quelle(s) émotion(s) ressentez-vous en priorité pendant les accompagnements de fin de vie ?

Question de relance : Quels mécanismes de défense pensez-vous mettre en place pour combattre ces émotions ?

Objectifs : Pouvoir identifier quelles émotions entrent en jeu dans l'accompagnement de fin de vie pour le soignant et ses mécanismes de défense.

3/ Pouvez-vous me parler du type de relation que vous mettez en place dans l'accompagnement pour éviter d'être submergée par vos émotions ?

Question de relance : Considéreriez-vous que cela est une relation d'aide ?

Objectifs : Amener le professionnel à parler de la relation d'aide et ce qu'il met en place pour l'instaurer avec la personne soignée.

4/ Pourriez vous me donner une situation de fin de vie qui vous a mis en difficulté sur le plan relationnel ?

Objectifs : Permettre au professionnel de santé de pouvoir s'exprimer sur une situation qui l'a interpellé au niveau relationnel et en ressortir les émotions que cela a suscité chez lui ainsi que les mécanismes de défense qu'il a pu mettre en place.

5/ Pensez-vous qu'il soit indispensable de maîtriser ses émotions pour être dans un accompagnement de fin de vie de qualité ?

Objectifs : Savoir si le soignant doit canaliser ses émotions pour pouvoir prendre en soin une personne en fin de vie

6/ Qu'est pour vous un accompagnement de fin de vie de qualité ?

Objectifs : Connaître les valeurs personnelles et professionnelles du soignant face à une situation de fin de vie

Annexe N°2 : Retranscription d'entretien

Moi : Bonjour, je me présente, je m'appelle Valentin, je suis étudiant en troisième année à l'IFSI de Poitiers, je viens pour m'entretenir avec vous de mon sujet de mémoire qui a pour thème les émotions dans les situations de fin de vie.

IDE : Ok ! Je t'écoute.

5 Moi : Donc euh... Tout d'abord, pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter et un petit peu votre parcours professionnel également ?

IDE : Alors, je m'appelle Émilie, je suis infirmière depuis cin... quatre ans, et auparavant j'étais aide-soignante en chirurgie viscérale pendant cinq ans donc là je... mon parcours professionnel en tant qu'infirmière, bah c'est assez cours vu que je suis à Maillol en USLD depuis euh... quatre
10 ans.

Moi : Depuis quatre ans ?

IDE : Voilà, depuis l'obtention de mon diplôme.

Moi : D'accord, c'est un choix de votre part ou... ?

IDE : Pas du tout (Rires).

15 Moi : Ah d'accord (Rires).

IDE : C'était le bloc.

Moi : Ah oui, effectivement (Rires)... Alors mon mémoire, c'est axé sur les émotions dans les situations de fin de vie...

IDE : D'accord !

20 Moi : Donc euh... Quelles émotions ressentez-vous en priorité dans les accompagnements de fin de vie ?

IDE : Alors, quand j'accompagne un... on va dire côté patient euh... j'éprouve p... ça dépend des conditions, si c'est un accompagnement euh... enfin que l'on... oui c'est ça un accompagnement, c'est prévu euh... j'éprouve pas forcément de la tristesse euh... moi la tristesse je l'éprouve plus
25 envers les familles, mais c'est si c'est un décès euh... pas prévu, pas anticipé. Sinon, si c'est un accompagnement euh... j'éprouve pas forcément de... de... d'émotions particulières, après je ne suis pas sans émotion mais euh... voilà, il y a un peu de tristesse de... bon, pour la famille qu'elle parte mais je sais pas, peut-être que je me protège ou euh... mais j'éprouve pas forcément d'émotion, après peut-être ça peut être certains... si la prise en charge est mal faite de
30 l'accompagnement de fin de vie, il peut y avoir... la colère mais, ça va pas être envers le patient, ça va peut-être être envers la prise en charge médicale... envers peut-être la famille si elle est pas très respectueuse par rapport au parent... voilà, ça peut être selon les facteurs qui entourent le patient, mais après euh... voilà, ça dépend... je suis pas sans émotion mais... il y a peut être au fond de la tristesse mais c'est pas... voilà, je vais pas pleurer auprès du malade.

35 Moi : D'accord, et euh... Quels mécanismes de défense pouvez... enfin pensez-vous mettre en place pour combattre justement... certaines émotions ?

IDE : ... Alors, moi, mon mécanisme de défense, ça peut être... moi, mon préféré, c'est la fuite, mais bon, quand je travaille, je fuis pas trop... (Rires), euh... le déni, non... après, peut-être une sorte de déni quand on veut pas voir la gravité euh... au début, au début de l'accompagnement je
40 parle, peut-être une sorte de déni, parce qu'on veut pas voir le patient qui... qui décline. Un patient, je parle de patient mais euh... un patient, on va dire un chronique qui est là depuis des années, on se dit "bah non, bah ça va aller, ça va aller", et puis enfaîte euh... voilà, c'est peut-être une forme de déni mais bon... après, on... c'est vraiment pour essayer de voir à l'extrême mais euh... après voilà, dans le cas d'accompagnement, ouais, c'est pas... c'est assez bien euh... c'est
45 assez bien, enfin... les médecins sont assez attentifs à ça et bon... certaines fois, c'est assez préparé donc euh... bon...

Moi : Vous voulez dire que c'est anticipé ?

IDE : Voilà !... Après, bon, il y a des fois des circonstances ou... non, c'est... tu reviens de repos et les prescriptions sont pas faites si jamais ça s'aggrave, t'es obligé d'appeler un médecin...

50 t'attends... et là, ouais, tu peux être un petit peu... en colère, parce que ça aurait pu être pris en charge par une autre collègue la veille ou le matin, et puis enfaîte, t'arrive de repos et enfaîte, tu vois que rien n'a été fait puis que la personne souffre donc là oui... oui, là tu peux éprouver de la colère là... (Rires), là tu... voilà !.

Moi : Oui je comprends bien, oui (Rires)... Est-ce que vous pouvez me parler du type de relation
55 que vous mettez en place dans l'accompagnement pour éviter d'être euh... submergée par vos émotions ?

IDE : Hm... (me chuchotant avec un sourire : Il faudrait me dire les différentes euh... je m'en souviens plus), on le pratique après mais on sait plus les termes euh... (Rires), type de relation après, c'est relation soignant-soigné, c'est... bah... olala, je suis... (Soupir).

60 Moi : Est-ce qu'on peut parler de relation d'aide par exemple ?

IDE : Ah oui ! La relation d'aide, tu vas l'avoir plus ici avec la famille, tu vas l'avoir pour le patient euh... nous, ça dépend la population mais euh... on va l'avoir avant qu'il se dégrade trop peut-être, mais la relation d'aide, elle est permanente... ici, elle est permanente. Des fois, on s'en rend pas compte mais elle est permanente dans le sens où euh... la famille... si elle est proche, tu
65 vas expliquer euh... ce qui va se passer par la suite euh... après, les démarches à effectuer et voilà et puis euh... tu les aides en disant que tu es disponible jour et nuit, disponible euh... au téléphone, enfin, ils appellent quand ils veulent, ils peuvent rester aussi longtemps qu'ils veulent, proposer des... enfin, un climat agréable, proposer à boire, à manger, tout ça, expliquer, venir doucement, voilà, aborder, voilà... après euh... pour le patient, parfois ça va trop vite ou
70 pas... enfaîte, avant... au début de l'accompagnement, ça va être l'angoisse face à la mort, où on va entamer une relation d'aide, on va essayer de rassurer, essayer d'avoir des prescriptions pour essayer d'atténuer cette angoisse et euh... dire qu'ils ont ça à disposition, que s'ils le souhaitent, ils peuvent le prendre ou c'est mis de façon systématique, et après, on va les accompagner, on va rester près d'eux, on va aller prendre des constantes mais ça va plutôt... c'est plutôt anxiogène
75 que... que... régresser, que de régresser leur anxiété donc souvent voilà, juste une main, une présence, des fois ça suffit donc bon... voilà, c'est ça essentiellement hein...

Moi : Oui, je vois ce que vous voulez dire, pourriez-vous me donner une situation de fin de vie qui vous a mis en difficulté sur le plan relationnel ?

IDE : Ouais euh... bah, on va dire... on va parler en tant qu'infirmière, la vie d'avant, c'était la vie
80 d'avant. En tant qu'infirmière ici, c'était euh... au mois de février mais c'était pas... c'était pas un
décès de prévu, c'était une dame qui était ici pour être prise en soins palliatifs, la famille voulait
qu'elle soit levée tout les jours parce que, elle, par contre, était dans le déni de
l'institutionnalisation, donc ils voulaient qu'elle soit levée tout les jours, elle (la famille) ne
voulait pas voir que le parent pouvait être euh... pouvait se dégrader, pouvait se... voilà, et cette
85 dame a eu la grippe et, du coup, bah une après-midi où j'étais là, où je l'ai prise en charge, quand
les collègues l'ont recouchée, enfaîte la dame est décédée et la famille euh... la fille, surtout, qui
était très présente et exigeait beaucoup, enfaîte ça m'a énormément déstabilisée parce que je
pense... j'ai pensé tout de suite à la fille, qu'on allait encore... que ça allait être de notre faute,
qu'on allait être des incapables enfin voilà... et du coup, ça m'a fait monter en pression et j'ai
90 craquée là. Mais après la personne en elle-même, enfaîte, j'étais presque soulagée pour elle,
enfin... si on peut être empathique, pour parler d'empathie, voilà, pour elle, c'est une dame qui
avait un lymphome, levée tout les jours avec la grippe, on a essayé de l'emmener, de
l'accompagner jusqu'à ses dernières minutes comme on pouvait mais euh... c'est surtout l'image
de la famille, qu'est-ce qu'elle va dire, elle est juste partie, elle est décédée et nous, enfin... ça va
95 être toute une... enfin, comment la fille va le prendre ? Ça va être toute une euh... on va se faire
euh... reprendre, enfin... mais c'était de bien tout ciblé dans les transmissions, tout ce qui s'est
passé et en fin de compte, voilà... et puis la fille était injoignable au téléphone et,
habituellement, pour l'accompagnement on... pour un accompagnement prévu, on peut appeler
les famille, enfin, j'appelle les familles, je me sent assez à l'aise pour ça, dans ces situations par
100 contre, non, je laisse l'interne ou le médecin appeler les familles parce que c'est pas prévu et du
coup, la fille n'était pas joignable, une fois, deux fois, trois fois, on a appelé le frère et puis euh...
j'ai dit à l'interne "tu précises bien qu'on a appelé la fille parce que je veux pas de problèmes".
Le fait d'avoir tout ciblé, ça m'a un peu lestée le poids... voilà. Enfaîte, la fille l'a très bien pris et
ça a... (soupir de soulagement), et du coup, j'ai accompagner la famille jusqu'à la fin et enfaîte,
105 ça m'a rassurée de partir et de dire à la fille euh... je sais pas comment elle a pris la chose... donc
je suis restée jusqu'à ce que la fille arrive pour voir comment elle prenait la chose et enfaîte, ça
s'est très bien passé. Mais du coup, après, j'ai eu un questionnement sur moi-même et je me suis
aperçu que je... enfin, qu'il fallait que je prenne un peu de distance par rapport aux familles,
voilà. Je sais que ça va les peiner et, du coup, des fois, je... bah, je vais, bah voilà... les
110 mécanismes de défense (Rires), peut-être trop, voilà... je sais euh... que je suis peut-être trop
empathique là-dessus (Rires et chuchotement : je crois que c'est empathique, je sais plus...), il
est 19 heure, bonne chance pour la retranscription (Rires).

Moi : (Rires) Euh... Pensez-vous qu'il soit indispensable de maîtriser ses émotions pour être dans un accompagnement de qualité ?

- 115 IDE : C'est surtout connaître ses limites, donc euh... oui, les limites de ses sentiments, après faut faire attention... faut se dire qu'il faut faire attention à... de garder quand même la juste distance, jamais oublier que... enfin avec l'expérience, ça vient tout seul, faut comprendre qu'il faut garder une juste distance pour éviter, justement, de... que les émotions prennent le dessus par rapport à la pathologie parce que, tes patients, bah, ils vont partir, ils vont décéder à cause d'un cancer,
- 120 maintenant, beaucoup de gens, que ce soit soignant... même si les soignants, normalement, ils sont pas confrontés à la maladie mais, on peut avoir des expériences de décès face au cancer, enfin ça a d'autres euh... cancer, embolie pulmonaire... voilà, on a tous des souvenirs et... voilà, et c'est dans ces situations où il faut mettre ses souvenirs euh... enfin, il faut les garder en soi et faut... enfin, faut garder cette distance pour mettre euh... pour pas que les émotions prennent le
- 125 dessus par rapport à ça. Je suis pas très claire mais euh... le fait d'avoir la juste distance te permet de te dire "j'ai euh... mes émotions face à un cancer, je suis pas à l'aise, mais, du coup, faut quand même que le fasse, donc, je prends sur moi et euh... j'y vais, je l'accompagne aussi" et puis voilà... des fois, on a le droit, aussi, de pleurer avec la famille mais bon, faut pas que ce soit régulier mais voilà... Le fait de comprendre ses limites peut déjà euh... bah, mettre ta juste
- 130 distance en place, tu vois ce que je veux dire ?

Moi : Oui, oui, je vois très bien !

IDE : (Rires, en chuchotant : tu feras un petit schéma euh...) et voilà, la juste distance et mettre une barrière, une petite barrière, mais il faut pas rester non plus froid froid froid, faut...

Moi : Faut pas être trop attaché, ni pas assez euh...

- 135 IDE : Voilà, faut garder... voilà, on a la blouse, ça peut être une carapace mais des fois la carapace elle se fiss... elle a le droit de se fendre de temps en temps. C'est quelqu'un de chronique, c'est quelqu'un de pas attendu, c'est quelqu'un de... on a le droit de pleurer avec la famille, quelqu'un de jeune... Après, on sait pas. Il y a quelqu'un d'agréable, tu vas... tu vas rester sans émotion, tu vas... bah non, tu vas te mettre en colère, ça va te faire pleurer, enfin tu vois, on
- 140 peut pas le prévoir avant, ça dépend comment tu es ce jour-là, ça dépend euh... il y a pleins de facteurs qui peuvent euh... qui peuvent jouer dessus et voilà, tu peux pas anticiper trop, faut juste être bien avec toi-même, connaître tes limites et après euh... à partir de ce moment-là, tu te

dis "Ola, tiens, il y a un accompagnement, je suis pas très à l'aise...", et là, tu cherches des solutions en toi, ou tu délègues à une collègue, soit tu... prends le dessus, t'essaies de te dire
145 "Bon allez, je dépasse ça et puis euh... après on verra", tu arrives à assurer, bah tu vas voir tes collègues, tu cherches quelqu'un avec qui parler, après voilà, ça dépend du caractère de chacun et voilà... l'essentiel, c'est de connaître ses limites.

Moi : D'accord, et puis, dernière question, qu'est pour vous un accompagnement de fin de vie de qualité ?

150 IDE : C'est que la personne ne souffre pas, soit détendue, que la famille soit prévenue, présente ou pas, selon les souhaits de la personne, voilà, moi dans ces conditions je... voilà je suis centrée essentiellement sur le patient mais il y a quand même un œil sur la famille et voilà... mais, c'est surtout la souffrance, qu'elle ne souffre pas, qu'elle parte paisiblement selon ses souhaits, les souhaits de la famille, voilà... Pas de douleurs, no douleurs, no pain (douleur en anglais)...

155 Moi : Oui, c'est le principal.

IDE : Exactement.

Moi : Très bien, je vous remercie beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

IDE : De rien et bon courage pour la suite !

Moi : Merci beaucoup, au revoir.

Annexe N°3: Tableau d'analyse des entretiens

<u>THEME</u>	<u>ENTRETIEN N°1 : Mme M.</u>	<u>ENTRETIEN N°2 : Mme B</u>
PRESENTATION		
Formation professionnelle	"auparavant, j'étais aide-soignante en chirurgie viscérale pendant cinq ans". L.7-8	"depuis 2010 euh... j'ai débutée en gériatrie, en long séjour pendant un an, ensuite j'ai travaillée aux urgences... dans un service d'urgence et de SMUR euh... jusqu'en 2015 et ensuite... j'ai été mutée dans un autre centre hospitalier en Vendée pendant un an aux urgences et au SMUR jusqu'en octobre 2016 et là, je viens de débiter une nouvelle carrière professionnelle en libéral en Vendée"
Année d'obtention du diplôme	"je suis infirmière depuis quatre ans". L.7	"je suis diplômée depuis 2010"
Expérience infirmière dans le secteur d'activité	"je suis à Maillol en USLD depuis euh... quatre ans.". L9-10	"j'ai travaillée aux urgences... dans un service d'urgence et de SMUR euh... jusqu'en 2015 et ensuite... j'ai été mutée dans un autre centre hospitalier en Vendée pendant un an aux urgences et au SMUR jusqu'en octobre 2016"
Intérêt pour le lieu d'exercice	"Pas du tout [...] c'était le bloc". L.14-16	"J'adorais ça ! Mais, j'ai voulu me calmer un peu, donc je viens de débiter une toute

		nouvelle carrière professionnelle en tant qu'infirmière libérale en Vendée"
LES ÉMOTIONS ET MÉCANISMES DE DÉFENSE DU SOIGNANT		
Les émotions dans l'accompagnement de fin de vie	<p>"j'éprouve pas forcément de la tristesse". L.24</p> <p>"moi, la tristesse, je l'éprouve plus envers les familles, mais si c'est un décès euh... pas prévu, pas anticipé". L.24-25</p> <p>"si c'est un accompagnement euh... j'éprouve pas forcément de... de... d'émotions particulières, après je ne suis pas sans émotion". L.25-27</p> <p>"si la prise en charge est mal faite de l'accompagnement de fin de vie, il peut y avoir... la colère". L.29-30</p> <p>"je suis pas sans émotion mais... il y a peut être au fond de la tristesse mais c'est pas... voilà, je vais pas pleurer auprès du malade.". L.33-34</p> <p>"tu vois que rien n'a été fait puis que la personne souffre donc là oui... oui, là tu peux éprouver de la colère là". L.51-53</p>	<p>"l'émotion, elle est plus... je dirais, empathique... tout en restant euh... à ma place, tout en restant professionnelle, en réalisant les soins sans être trop trop proche pour [...] ne pas être envahie par les émotions du patient et de la famille."</p> <p>"où est-ce qu'elle est la juste distance ? C'est pas palpable, c'est pour ça que je te parle d'empathie"</p> <p>"être à l'écoute sans percevoir leurs émotions de façon à [...] rester objective dans ce que j'ai à faire."</p> <p>"on est des êtres humains comme tout le monde, donc on a des émotions qui arrivent, on a de la joie, on a de la peine, on a de la tristesse, on peut être complètement envahi par tout ça"</p> <p>"ce que j'ai mis en place, c'est</p>

	<p>"les prescriptions sont pas faites si jamais ça s'aggrave, t'es obligé d'appeler un médecin... t'attends... et là, ouais, tu peux être un petit peu... en colère". L.49-50</p>	<p>que, dès que je sens qu'il y a une quelconque émotion qui vient se mettre entre moi et cette personne ou la famille, j'en prends conscience, je me dis "ça y est, là je sens que ça monte, je sens que j'ai une émotion""</p> <p>"on est des êtres humains, on a des histoires, on a un vécu qui va faire que parfois, on ne pourra pas se canaliser, on va pleurer, on va... dépasser l'empathie, on va être dans l'émotion"</p> <p>"il y a certaines fois où tu peux te canaliser et, tu peux le faire ou le mettre en place à partir du moment où tu en prends conscience, où tu sens que ça monte, là tu en prends conscience et tu te... tu te recadres enfaîte"</p>
<p>Les mécanismes de défense mis en place</p>	<p>"moi, mon préféré, c'est la fuite, mais bon, quand je travaille, je fuis pas trop". L.37-38</p> <p>"après peut-être une sorte de déni quand on veut pas voir la gravité euh... au début, au début de l'accompagnement je parle,</p>	<p>"j'utiliserai l'identification projective mais euh... en restant dans l'empathie sinon c'est trop épuisant."</p> <p>"l'identification projective, ça sera pour moi de me projeter sur ce que les gens peuvent</p>

	<p>peut-être une sorte de déni, parce qu'on veut pas voir le patient qui... qui décline". L.38-40</p> <p>"un patient, on va dire un chronique qui est là depuis des années, on se dit "bah non, bah ça va aller, ça va aller", et puis enfaîte euh... voilà, c'est peut-être une forme de déni". L.41-43</p> <p>"je suis peut-être trop empathique là-dessus". L.110-111</p>	<p>ressentir en fonction de leur comportement vis-à-vis de moi, leurs questionnements et euh... et de prendre conscience des émotions que je ressens à ce moment-là pour ne pas me laisser envahir et rester objective."</p> <p>"à partir de ce moment là, je me dis euh... je me recadre enfaîte, je me canalise et je me recentre sur ce que j'ai à faire sinon, selon le contexte, soit tu peux te mettre à pleurer avec eux, soit tu peux... tu vois ? Et tu n'es plus professionnel."</p>
LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ		
La relation d'aide	<p>"La relation d'aide, tu vas l'avoir plus ici avec la famille, tu vas l'avoir pour le patient euh... nous, ça dépend la population mais euh... on va l'avoir avant qu'il se dégrade trop peut-être, mais la relation d'aide, elle est permanente". L.61-63</p> <p>"la famille... si elle est proche, tu vas expliquer euh... ce qui va se passer par la suite euh... après, les démarches à effectuer et voilà et puis euh... tu les aides en disant que tu es disponible jour et nuit, disponible euh... au</p>	<p>"C'est plus un accompagnement qu'une relation d'aide"</p> <p>"c'est juste pour les accompagner jusqu'au bout, mais oui, ça peut être de la relation d'aide"</p>

	<p>téléphone, enfin, ils appellent quand ils veulent, ils peuvent rester aussi longtemps qu'ils veulent, proposer des... enfin, un climat agréable, proposer à boire, à manger, tout ça, expliquer, venir doucement". L.64-69</p> <p>"pour le patient, parfois ça va trop vite ou pas... enfaîte, avant... au début de l'accompagnement, ça va être l'angoisse face à la mort, où on va entamer une relation d'aide, on va essayer de rassurer, essayer d'avoir des prescriptions pour essayer d'atténuer cette angoisse et euh... dire qu'ils ont ça à disposition, que s'ils le souhaitent, ils peuvent le prendre ou c'est mis de façon systématique, et après, on va les accompagner, on va rester près d'eux [...] donc souvent voilà, juste une main, une présence". L.69-76</p> <p>"il fallait que je prenne un peu de distance par rapport aux familles, voilà. Je sais que ça va les peiner". L.108-109</p>	
<p>Difficultés sur le plan relationnel face à une situation de fin de vie</p>	<p>"c'était pas un décès de prévu, c'était une dame qui était ici</p>	<p>"c'était des morts violentes, brutales, inattendues plutôt</p>

	<p>pour être prise en soins palliatifs". L.80-81</p> <p>"elle (la famille) ne voulait pas voir que le parent pouvait être euh... pouvait se dégrader, pouvait se... voilà, et cette dame a eu la grippe et, du coup, bah une après-midi où j'étais là, où je l'ai prise en charge, quand les collègues l'ont recouchée, enfaîte la dame est décédée". L.83-86</p> <p>"enfaîte ça m'a énormément déstabilisée parce que je pense... j'ai pensé tout de suite à la fille, qu'on allait encore... que ça allait être de notre faute, qu'on allait être des incapables enfin voilà... et du coup, ça m'a fait monter en pression et j'ai craquée là.". L.87-90</p> <p>"c'est surtout l'image de la famille, qu'est-ce qu'elle va dire, elle est juste partie, elle est décédée et nous, enfin... ça va être toute une... enfin, comment la fille va le prendre ? Ça va être toute une euh... on va se faire euh... reprendre". L.93-96</p> <p>"Le fait d'avoir tout ciblé, ça m'a un peu lesté le poids". L.103</p>	<p>que des fins de vie, parce que l'urgence, j'ai plus rencontré des cas comme ça que des fins de vie, après les émotions peuvent être similaires, que ce soit en soins... en fin de vie ou sur ce genre de décès."</p> <p>"je me suis projetée comme si c'était mon fils qui a le même âge et, du coup, j'ai pu euh... je me suis approchée et j'étais envahie quoi, j'ai pleurée, j'ai pas pu..."</p> <p>"quand c'est comme ça, bah tu peux plus rien faire, t'es complètement submergé par tes émotions"</p> <p>"c'est le médecin qui a tout fait... la suite de la prise en charge. Moi, je suis repartie au camion et puis voilà..."</p>
--	---	---

LA PRISE EN SOIN DE QUALITÉ

<p>La maîtrise des émotions</p>	<p>"C'est surtout connaître ses limites, donc euh... oui, les limites de ses sentiments, après faut faire attention". L.115-116</p> <p>"enfin avec l'expérience, ça vient tout seul, faut comprendre qu'il faut garder une juste distance pour éviter, justement, de... que les émotions prennent le dessus par rapport à la pathologie". L.117-119</p> <p>"on a tous des souvenirs et... voilà, et c'est dans ces situations où il faut mettre ses souvenirs euh... enfin, il faut les garder en soi et faut... enfin, faut garder cette distance pour mettre euh... pour pas que les émotions prennent le dessus par rapport à ça". L.122-125</p> <p>"j'ai euh... mes émotions face à un cancer, je suis pas à l'aise, mais, du coup, faut quand même que le fasse, donc, je prends sur moi et euh... j'y vais, je l'accompagne aussi". L.126-127</p> <p>"on a le droit, aussi, de pleurer avec la famille mais bon, faut pas que ce soit régulier mais voilà... Le fait de comprendre</p>	<p>"pas complètement, parce que, même si tu pleures dans les bras de quelqu'un, d'une famille ou d'un patient qui te dit qu'il va mourir, t'es... ta prise en charge, elle est quand même de qualité à partir du moment où il y a une euh... une fusion avec cette personne"</p> <p>"c'est possible que tu sois hyper fusionnelle avec un patient et que tu le prennes dans tes bras, tu pleures, où que tu souris"</p> <p>"donc, non, je pense pas que ce soit... impérativement indispensable de les maîtriser... mais pour se protéger [...], faut arriver à se canaliser dans la mesure où on sent qu'on est moins projeté que d'autres fois."</p>
---------------------------------	--	--

	<p>ses limites peut déjà euh... bah, mettre ta juste distance en place". L.128-130</p> <p>"la juste distance et mettre une barrière, une petite barrière, mais il faut pas rester non plus froid froid froid". L.132-133</p> <p>"on a la blouse, ça peut être une carapace mais des fois la carapace elle se fiss... elle a le droit de se fendre de temps en temps". L.135-136</p> <p>"on a le droit de pleurer avec la famille". L.137-138</p> <p>"tu vas te mettre en colère, ça va te faire pleurer, enfin tu vois, on peut pas le prévoir avant, ça dépend comment tu es ce jour-là, ça dépend euh... il y a pleins de facteurs qui peuvent euh... qui peuvent jouer dessus et voilà, tu peux pas anticiper trop, faut juste être bien avec toi-même, connaître tes limites". L.139-142</p> <p>"tu délègues à une collègue, soit tu... prends le dessus, t'essaies de te dire "Bon allez, je dépasse ça et puis euh... après on verra", tu arrives à assurer, bah tu vas</p>	
--	---	--

	<p>voir tes collègues, tu cherches quelqu'un avec qui parler, après voilà, ça dépend du caractère de chacun et voilà... l'essentiel, c'est de connaître ses limites". L.144-147</p>	
<p>La représentation d'un accompagnement de fin de vie de qualité</p>	<p>"C'est que la personne ne souffre pas, soit détendue, que la famille soit prévenue, présente, ou pas, selon les souhaits de la personne". L.150-151</p> <p>"je suis centrée essentiellement sur le patient mais il y a quand même un œil sur la famille et voilà... mais, c'est surtout la souffrance, qu'elle ne souffre pas, qu'elle parte paisiblement selon ses souhaits, les souhaits de la famille". L.151-154</p> <p>"Pas de douleurs, no douleurs, no pain". L.154</p>	<p>"C'est euh... entendre... savoir entendre, écouter euh... agir, savoir agir en fonction de ce qu'on a entendu, rester à sa place en tant que soignant mais euh... tout en canalisant ses émotions dans la mesure du possible"</p> <p>"mener les actions qui nous sont prescrites et de notre rôle propre"</p> <p>"agir de notre rôle propre en fonction de la demande du patient ou de la famille sur leurs valeurs... voilà, que ce soit sur le plan religieux, le plan des rituels, de la famille, il faut tout prendre en compte enfaîte."</p>

Bibliographie

Ouvrages :

- LELORD (F), ANDRÉ (C), *La force des émotions*, Édition Odile Jacob, 391 pages.
- RUSZNIEWSKI (M), *Face à la maladie grave*, Édition Dunod, 206 pages.
- RÉZETTE (S), *Psychologie clinique en soins infirmiers*, Édition Masson, 175 pages.
Méga Mémo IFSI, Édition Elsevier Masson, 1585 pages.
- CLOUTIER (L), DELMAS (P), DALL'AVA-SANTUCCI (J), *La pratique infirmière de l'examen clinique*, Édition De Boeck supérieur, 390 pages.

Articles :

- BOITTIN (I), LAGOUTTE (M), LANTZ (MC), La fonction de l'infirmière, *Recherche en soins infirmiers* (N° 68) - mars 2002
- FORMARIER (M), La relation de soin, concepts et finalités, *Recherche en soins infirmiers* (N° 89) – juin 2007

Cours :

- GRAVAL (J-L), GALAND (S), La relation, 1.1 S2 PSYCHO-SOCIO-ANTHROPO, *La relation soignante et ses aspects*
- OLAGNER (S), Sciences et techniques infirmières, 4.2 S2 SOINS RELATIONNELS, *Troubles de la communication, Troubles du langage : généralités*
- PAULIEN (M), Les concepts de la relation d'aide, 4.2 S3 SOINS RELATIONNELS *La relation d'aide*
- TEXIER (J-M), Le Deuil, 4.7 S5 SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE *Le Deuil généralités (cours 1)*

Sitographie :

-<http://jeanluc.lasserre.pagesperso-orange.fr/03emotions.htm>
-<http://www.larousse.fr>
-<https://fr.glosbe.com/fr/la/soins>
-<http://www.intelligence-emotionnelle.fr/blog/lintelligence-emotionnelle-2/definition/>
-<http://www.cnrtl.fr>
-<http://www.lexilogos.com>
-<http://www.toupie.org/Dictionnaire/Communication.htm>
-http://www.dematice.org/ressources/PCEM1/psychiatrie/P1_psy_005/co/document.pdf
-<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/933.pdf>, Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012
-http://www.soins-infirmiers.com/relation_aide.php
-<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/Confe%CC%81rence-Coimbra-.pdf>
-http://www.serpsy.org/formation_debat/defense.html

Articles tirés de sites internet :

https://www.researchgate.net/profile/Lydia_Fernandez/publication/236851463_Emotion/links/0deec51967f42563b6000000.pdf

FERNANDEZ (L), Les concepts en sciences infirmières – Janvier 2009

-<http://www.detection-du-mensonge.com/dossier-1/les-7-emotions-universelles/>

Darwin (C), *L'Expression des émotions chez l'Homme et les animaux* (1872)

-<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/10/Le-vecu-de-la-soignante-devant-la-mort.pdf>

PHANEUF (M), *Le vécu de la soignante devant la mort* (octobre 2014)

-http://www.respel.org/fileadmin/telechargements/Journ_e_des_r_f_rents_SP_-_juin_2014-_deuil_des_soignants__Mode_de_compatibilit__.pdf

VIGNÉRAS (C), *Le deuil des soignants : une souffrance à penser* (2014)

Auteur : LAUBIER Valentin	Diplôme professionnel : INFIRMIER
Promotion : 2014-2017	
Titre du travail de recherche : Je vous accompagne vers la sortie ?	
Méthodologie : Entretiens semi-directifs avec deux infirmières	
Résumé :	
<p>Les situations de fin de vie ne sont jamais faciles à vivre pour le soignant, l'auteur de ce travail d'étude ne peut expliquer tout les aspects de cette prise en soin particulière, mais va tenter par différents concepts de mieux comprendre ce que cette relation peut induire pour le soignant comme pour le soigné.</p> <p>Une relation ne peut se faire sans émotion, et certains mécanismes de défense peuvent se mettre en place pour se protéger de l'autre, il est nécessaire de les prendre en compte pour comprendre les enjeux de la relation soignant-soigné.</p> <p>L'auteur a travaillé sur ce sujet et a émis une hypothèse qu'il tente de vérifier auprès d'infirmières diplômées en les interrogeant sur certains aspects de ce cet accompagnement, dont les mécanismes de défenses. À travers leurs réponses, l'auteur pourra confirmer ou contredire l'hypothèse qu'il avait émis auparavant.</p>	
Mots clefs : Relation, accompagnement, fin de vie, mécanismes de défense, émotions	

Title of the research : Will I accompany you to the exit ?
Methodology : Half directive interviews with two nurses
Summary :
<p>End-of-life situations are never an easy thing to live with for a caregiver, the author of this thesis cannot explain all the aspects of this particular care, but will attempt through different concepts to better understand what this relationship can induce for both caregiver as well as the person they are caring for.</p> <p>A relationship cannot be without emotion, and some defence mechanisms can be put in place to protect oneself, it is necessary to take these into account to understand the stakes of the patient-carer relationship.</p> <p>The author has worked on this subject and has come to a hypothesis which he will attempt to check with graduate nurses by questioning them about certain aspects of this agreement, including defence mechanisms. Through their answers, the author can confirm or contradict the hypothesis which he had previously issued.</p>
Keywords : Relation, accompaniment, end of life, defence mechanisms, emotions