

Université de Bordeaux
Institut de Formation en Soins infirmiers
Centre hospitalier de Dax

Promotion 2014 / 2017

Les soignants et la toilette mortuaire : La fin d'une histoire ?

Mémoire de fin d'études infirmier

Remis le 02/05/2017

Par DEGANS Edwige

Sous la direction de Madame CASTERA Sylvie

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

Remerciements

Voilà ces trois années d'études touchent à leur fin...

Quelques mots afin de remercier tous ceux qui ont contribué à ma réussite. Alors :

Merci à mes trois copines de galère qui m'ont soutenue dans mes moments de doutes, d'angoisses mais aussi dans les joies et les bonnes nouvelles. Merci les filles d'avoir su trouver les mots.

Merci aux professionnelles qui ont pris le temps de répondre à mes questions, celles qui ont lu ce mémoire et m'ont donné leurs avis dessus et toutes celles qui m'ont inspirée dans ma pratique soignante.

Merci à mes anciennes collègues de l'Hospitalisation à domicile qui m'ont poussée à suivre ces études et qui m'ont encouragée tout au long de mon parcours.

Merci aussi à mes amis de la protection civile de Tartas qui se sont vraiment souciés de moi malgré mon absence sur les postes ; j'ai rencontré une véritable famille.

Merci à tous les cadres formateurs de l'IFSI de Dax, certains de vos cours ne resteront pas gravés dans ma mémoire mais vous m'avez tous, à votre façon, appris à devenir la professionnelle que je suis.

Merci à ma directrice de mémoire d'avoir toujours été présente pour répondre à mes interrogations, je sais qu'une partie de ce mémoire est parti avec vous dans l'avion et cela malgré vos vacances.

Merci à celui qui partage ma vie depuis quelques mois, merci d'être toujours là malgré mes changements d'humeur, mon indisponibilité et mes colères.

Merci à ma petite sœur, ma correctrice, ma conseillère, ma source de motivation ; je t'aimais, je t'aime et je t'aimerai.

Enfin, comment ne pas remercier ceux qui sont partis trop tôt et qui m'ont élevés. Les valeurs que vous défendiez font de moi la femme que je suis aujourd'hui.

A toutes ces personnes et d'autres que j'oublie certainement : **MERCI.**

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
I. DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION DE DEPART	2
1. Description de la situation d'appel	2
2. Contextualisation.....	4
3. Question de départ	7
II. PHASE EXPLORATOIRE.....	8
1. Recherche bibliographique.....	8
1.1. La mort	8
1.1.1 Evolution de la définition de la mort dans le temps	8
1.1.2 Le tabou de la mort dans la société.....	9
1.1.3 Signification pour le soignant	9
1.2. La toilette mortuaire	10
1.2.1 La pratique de la toilette mortuaire	10
1.2.2 Fonction de la toilette mortuaire.....	11
1.2.3 Les rites et rituels	12
1.3. Le vécu des soignants	13
1.3.1 Un deuil à faire	14
1.3.2 Les émotions des soignants	14
1.3.3 L'importance de l'équipe	16
1.4. Synthèse de la bibliographie	16
2. Entretiens exploratoires.....	17
2.1. Guide d'entretien.....	17
2.2. Analyse des entretiens exploratoires	18
2.3. Synthèse des entretiens exploratoires	22
3. Analyse comparative de la recherche bibliographique et des entretiens exploratoires	22
4. Cheminement vers la question de recherche.....	24
III. CADRE CONCEPTUEL ET PROTOCOLE DE RECHERCHE	26
1. Cadre conceptuel	26
1.1 La projection du soignant	26
1.1.1 La projection	26
1.1.2 Le soignant.....	28
1.2 La souffrance de la famille.....	29
1.2.1 La souffrance.....	29
1.2.2 La famille	30
1.3 Le décès	31
1.4 Les émotions.....	32
2. Formulation d'hypothèse.....	34
3. Protocole de recherche.....	34
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE.....	38
ANNEXES	42

Introduction

Dans ce mémoire, il est question des émotions des soignants qui peuvent apparaître lors du décès de leurs patients. Il était important pour moi, en choisissant mon thème de mémoire, d'avoir l'opportunité de travailler sur un sujet qui touche tous les professionnels de santé. J'ai donc voulu traiter de la mort et de ce que les soignants qui y sont confrontés ressentent, de ce qui peut les mettre en difficulté et de ce qu'ils mettent en place pour y remédier.

Ce mémoire ne cherche pas à résoudre un éventuel problème avec la mort, mais surtout à comprendre ce qui se joue dans les services au moment du décès des patients. Ce sujet a été d'autant plus intéressant pour moi que j'ai pu le mettre en lien avec mon passé d'aide-soignante. En effet, lors de ma carrière, j'ai eu à vivre des décès compliqués autant pour moi que pour mes collègues et encore aujourd'hui, ces situations me restent en mémoire. Alors, quand j'ai fait mes recherches pour ce travail, j'ai pu comprendre et repérer certains mécanismes, gestes et attitudes mis en place dans ces moments.

J'ai donc choisi de développer mon travail en vous exposant tout d'abord la situation de départ, dans laquelle j'assiste à une toilette mortuaire et l'accueil de la famille endeuillée. Spectatrice de la scène, j'arrive à percevoir certains détails que je n'avais jamais relevés auparavant. Puis, après une phase de contextualisation sur les différents temps de cette situation j'ai établi ma question de départ.

De cette question, j'ai effectué des recherches qui m'ont conduit à traiter le sujet de la manière suivante : dans un premier temps la mort ; son évolution au cours du temps, sa place dans la société et sa signification pour le soignant. Dans un second chapitre, la toilette mortuaire où j'aborde sa pratique, sa fonction et les rites et rituels qui en découlent. Puis dans un troisième et dernier temps, je traite du vécu des soignants en évoquant le deuil à faire pour eux, de leurs émotions et enfin de la place de l'équipe.

Toutes ces recherches m'ont aidé à élaborer un guide d'entretien afin d'interroger les professionnels sur le terrain et j'ai pu en questionner quatre. J'ai alors pu comparer le résultat des recherches et le vécu des professionnels. De cette comparaison a émergé une question de recherche. Grâce à celle-ci j'ai pu formaliser un cadre conceptuel où sont abordés les concepts et les notions de projection des soignants, de souffrance de la famille, de décès et enfin d'émotions.

J'ai alors pu formuler une hypothèse que je souhaite aller vérifier sur le terrain grâce au protocole de recherche que j'ai développé en dernière partie.

I. De la situation d'appel à la question de départ

1. Description de la situation d'appel

J'ai choisi cette situation de départ car elle m'a particulièrement touchée et a bouleversée de façon positive ma vision du soin.

Celle-ci se déroule lors de la deuxième partie de mon stage de semestre 4. Nous sommes un lundi, dans un service de médecine d'un hôpital. Nous sommes en train de distribuer les médicaments avec l'infirmière présente de matin, sur ce secteur. Une aide-soignante du service vient alors nous trouver. Elle nous annonce qu'une patiente est décédée.

Il s'agit de Mme G, 56 ans, entrée dans le service le vendredi soir, pour altération de l'état général suite à la chimiothérapie qui lui a été administrée quelques jours plus tôt. Cette dame était atteinte d'un cancer pulmonaire et avait de multiples métastases. A son arrivée le vendredi soir, elle présentait des signes d'agitation et d'inconfort. Elle avait passé la journée aux urgences. Elle avait été transférée dans le service vers 18h. Un antalgique de pallier III en pousse seringue avait été mis en place. Elle était inconsciente et aucune communication verbale n'avait pu être établie lors de cette entrée et durant tout son séjour. La famille n'était pas présente dans les premières heures mais est arrivée après. Le médecin du service avait, alors, tenu à préparer cette dernière, ainsi que l'équipe, à un décès proche.

Je dois aussi préciser que je connaissais cette dame d'un précédent stage effectué quelques semaines plus tôt en service d'oncologie. Lors de cette précédente expérience, je m'étais occupé de Mme G., alors, consciente, cohérente et autonome et j'avais pu établir, avec elle, une relation de confiance. La retrouver ainsi quelques semaines plus tard me surprénais.

Suite à l'information donnée par l'aide-soignante, l'infirmière et moi décidons d'entrer dans la chambre, l'oxygène ainsi que tous les dispositifs médicaux sont éteints par l'infirmière. Quant à moi, je me dirige vers la patiente, je lui remets son bras près de son corps et, en lui caressant la main, je lui murmure à l'oreille:

- « Bonne route ! ».

L'infirmière m'invite à sortir de la chambre, elle me dit alors que nous nous occuperons de la dame plus tard et que nous allons finir le tour des médicaments. Ce que nous faisons.

Entre temps, une infirmière qui a pour horaire 8h/16h arrive, elle nous signale qu'elle va commencer à s'occuper de la dame et que nous pourrions la rejoindre quand nous aurons terminé.

Une fois mon travail terminé, je retrouve cette infirmière dans la chambre de Mme G. Elle vient de finir d'enlever tous les dispositifs médicaux (sonde urinaire et aiguille de Huber). Elle s'apprête à commencer la toilette mortuaire afin d'habiller la dame et ainsi la rendre présentable aux yeux de la famille.

Nous commençons donc la toilette mortuaire en silence, une aide-soignante entre alors dans la chambre, nous continuons ce soin à trois. Rentre alors, une seconde aide-soignante accompagnée de l'infirmière du matin. Nous sommes alors cinq soignants dans la pièce, mais trouvons tous notre place. Chacune s'occupe de quelque chose, sortir les habits, faire l'inventaire, laver, sécher....

Puis, une autre aide-soignante accompagnée d'une élève aide-soignante entrent dans la chambre, nous sommes alors sept soignants. L'équipe se réunissant ainsi autour de Mme G. Le soin se poursuit ainsi, chacune s'activant à une tâche, en discutant entre elles mais avec, tout de même, un regard bienveillant et des mots respectueux pour cette dame. Alors, quand nous avons terminé, nous rangeons tout le matériel et laissons la chambre débarrassée et le moins médicalisée possible, avec au milieu Mme G., dans son lit, couverte jusqu'au milieu de la poitrine par un drap blanc. Elle est habillée d'une tunique mauve et a un visage apaisé.

Pendant ce soin, je remarque que chacune d'entre nous a eu subtilement un geste, une attitude, une parole tendre pour cette dame. Pour l'une, il s'agissait de la recoiffer, pour l'autre de lui mettre un peu de parfum, une autre soignante lui caressait la main, tandis que sa collègue lui effleurait le visage. Chacune rendant alors à sa manière un dernier hommage à cette personne. Moi-même je répétais régulièrement qu'elle était belle. Nous quittons la chambre et je me rappelle avoir lancé un dernier regard sur le corps de Madame G., avant de fermer la porte, je me souviens avoir eu ce sentiment qu'une fois la porte close quelque chose aurait changé. Comme si, une fois le seuil franchi la patiente était vraiment décédée. J'ai pris conscience que cette toilette était en fait le dernier soin que nous faisons pour elle.

Par la suite, les procédures s'enchaînent avec l'annonce du décès à la famille et l'accueil dans le service de cette dernière. Nous les recevons, dans un premier temps dans le bureau infirmier, puis nous les accompagnons auprès de Mme G., pour qu'ils puissent se recueillir une dernière fois. L'infirmière me laisse participer à toutes ces démarches. Beaucoup d'émotions et d'empathie se retrouvent dans nos attitudes lors de cet entretien avec la famille. Plusieurs fois j'ai cru devoir quitter la pièce pensant que j'allais me laisser submerger par les émotions engendrées

par ce décès et le contact avec cette famille anéantie. J'ai également ressenti cette souffrance chez l'infirmière, mais ni l'une ni l'autre n'ont laissé les émotions nous envahir et nous avons guidé la famille de Madame G. dans les dernières démarches à accomplir.

Puis, pour moi est venu le temps de repartir m'occuper des patients que je prends en soins, je me rappelle avoir souri, ri, plaisanté, les soins continuant, la vie continuant...

2. Contextualisation

Le premier élément que je peux souligner dans ma situation de départ, et qui est le commencement de ma réflexion, est le fait que Mme G. soit décédée. Je choisis donc de m'intéresser à ce qu'est la mort. D'après le Larousse il s'agit de la « *Cessation complète et définitive de la vie d'un être humain* », le centre national des recherches textuelles et lexicales la définit quant à lui comme l' « *Arrêt complet et définitif des fonctions d'un organisme vivant, avec disparition de sa cohérence fonctionnelle et destruction progressive de ses unités tissulaires et cellulaires.* ». Au niveau de la loi dans les articles R1232-1 et R1232-2 du Code de la santé Publique (Annexes I et II) il est stipulé très clairement les conditions pour pouvoir déclarer un décès cliniquement et les examens que le corps doit subir en cas d'assistance ventilatoire.

Je peux donc observer parmi toutes ces définitions qu'il n'est pas facile de définir la mort et que même les législateurs ont eu besoin de dire précisément ce qui la caractérise. Si c'est donc aussi complexe de comprendre ce que ce terme regroupe, on peut en déduire qu'il n'est pas aisé pour tout le monde de s'approprier cette notion. Pour la compliquer un peu plus, j'ai aussi relevé, au cours de mes recherches, que cette définition de la mort a évolué au cours du temps et des avancées scientifiques.

Je me suis, alors, penchée aussi sur l'âge de la patiente : 56 ans. D'après les chiffres de l'Institut national de la statistique et des études économiques¹, en France, en 2015, l'âge moyen de décès pour une femme est de 85,6 ans. Ainsi, dans notre société, il est commun de mourir âgé mais il est toujours difficile de voir partir quelqu'un de jeune. Ce qui m'amène à me demander : En quoi, l'âge de la patiente peut-il jouer un rôle dans les émotions influençant les soignants lors d'une prise en charge d'un patient en post mortem ? Que rentre-t-il en jeu pour les soignants lors du décès du patient ? En quoi la mort peut-elle être traumatisante pour le soignant ?

Ensuite, par rapport au fait que j'avais déjà établi une relation avec cette patiente. Je veux parler en premier lieu de la loi ; en effet, il est défini à l'article R 4311-2 du Code de la santé

¹ www.insee.fr/fr/statistiques/

Publique (Annexe III) que le soignant doit établir une relation de qualité avec le patient dans le contexte du soin. De plus, dans le référentiel de compétences infirmière (Annexe IV), inscrit dans l'arrêté du 31 Juillet 2009², la compétence 6 est de *communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin*. Cela est donc une pratique commune à notre profession apprise en institut de formation.

Je souhaite donc comprendre ce qu'est une relation. Pour le centre national des recherche textuelles et lexicales, il s'agit du : « *rapport qui lie des personnes entre elles, en particulier un lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque.* ». Plus spécifiquement, la relation soignant/soigné est défini par le Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière comme une « *interaction entre deux personnes se trouvant dans une situation de soins à chaque fois renouvelée par ce qu'elle offre d'inconnu, de complexe et d'imprévisible. Elle est le fondement de la prise en charge globale du patient.* ». Je finis par citer Carl ROGER qui a lui-même définit la relation d'aide dans son ouvrage le développement de la personne : « *On pourrait encore définir la relation d'aide comme une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre partie, ou chez les deux, une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel des ressources.* ³ ».

Je peux donc voir qu'établir une relation de soin engage le soignant sur un plan personnel et émotionnel et même si le service n'est pas le même, retrouver cette patiente quelques semaines plus tard, avec une visible altération de l'état général, m'a touché et m'a conduit à voir le reste de la situation avec plus d'attention. A propos de cet élément, je me questionne sur : Quels sont les mécanismes qui se mettent en place pour les soignants dans un contexte d'hospitalisation pour altération de l'état général ? En quoi une relation soignant soigné pré établie peut-elle aider le patient à l'accompagner dans la fin de vie ?

Je veux aussi revenir sur le moment de la toilette mortuaire et particulièrement sur le fait que peu à peu le nombre de soignants dans la chambre augmente, jusqu'à se retrouver à sept, mais que chacune des personnes présentes trouve sa place. Pour moi, il s'agit d'un moment fort de rassemblement de l'équipe. La toilette mortuaire n'est régie dans aucun texte, il dépend seulement du protocole propre à chaque établissement, pour lequel il faut être généralement deux soignants. Je choisis donc de m'intéresser à l'importance que l'équipe a eue dans la réalisation de cet acte, en définissant le terme d'équipe. D'après le Larousse, c'est un : « *Ensemble de personnes*

² www.social-sante.gouv.fr (PDF)

³ ROGERS (C) - Le développement de la personne, Paris : InterEditions, 2^{ème} édition, 2005, 296 p.

travaillant à une même tâche. ». En sociologie, Pierre CAUVIN dans son livre la cohésion des équipes la décrit comme : « *Le statut de l'équipe connaît tous les degrés de formalisation, à commencer par l'absence de statut, mais elle est le lieu où se développent les solidarités, où se renforcent les actions de chacun par le jeu des échanges, où s'unifie l'activité, où se crée un esprit commun.*⁴ ». Je vois donc avec cette dernière explication que dans l'équipe, un lien particulier se crée et le fait que chaque personne de l'équipe ait eu besoin de venir se recueillir autour de cette dame est significatif de cette solidarité décrite. Cela m'amène donc à me questionner sur les liens de l'équipe et plus spécifiquement : Qu'est-il mis en place par les soignants pour se protéger de leurs émotions lors d'un décès ? En quoi peut-on expliquer le nombre de soignants présents dans la chambre ? Quels sont les facteurs qui ont fait que cette équipe a eu besoin de se rassembler autour de la patiente ?

J'en viens alors à analyser la suite de la situation ; lors de la toilette mortuaire quand je remarque que tous les soignants, y compris moi, ont un geste, une attitude ou une parole tendre pour la patiente. Pour comprendre tout ce que peut signifier ce moment, je choisis de définir premièrement le terme « geste ». D'après le dictionnaire le Larousse il s'agit d'un : « *mouvement du corps, principalement de la main, des bras, de la tête, porteur ou non de signification.* », puis dans un second temps, le terme « attitude ». Toujours dans le même dictionnaire : c'est la « *manière d'être qui manifeste certains sentiments* ». Je peux donc me rendre compte que ce qu'il s'est passé à ce moment-là n'était pas anodin et était empreint de signification. Je tiens aussi à retenir que le mot « sentiment » émerge de cette dernière définition.

Cela m'amène à citer la loi et notamment la charte du Droit du mourant (Annexe V) : « *J'ai le droit d'être soigné par des gens capables de compassion et de sensibilité, compétents dans leur profession, qui s'efforceront de comprendre mes besoins et qui sauront trouver de la satisfaction pour eux-mêmes dans le support qu'ils m'apporteront alors que je serai confronté à la mort.* ». J'en déduis, que même si nous sommes tenus légalement à un respect du corps après la mort, rien n'obligeait cette équipe à être aussi bienveillante auprès de cette dame et qu'autre chose est entré en jeu à ce moment-là. L'accompagnement du corps du défunt a une signification pour l'équipe, la manière dont les soignants traitent le corps de cette dame en est la preuve. Je me demande alors : En quoi certains facteurs influencent-ils les réactions du personnel soignant lors d'une prise en charge de décès ? En quoi les sentiments entrent-ils en jeu lors d'une prise en charge post mortem ? Quelles peuvent être les différentes attitudes des soignants lors d'un décès ? Quelles sont les

⁴ CAUVIN (P) - La cohésion des équipes, ESF Editions, 1997, 224 p.

émotions qui entrent en jeu dans une toilette mortuaire ? En quoi avons-nous tous des attitudes différentes par rapport à la mort ?

Le dernier point à analyser, selon moi, dans ma situation est l'annonce à la famille. Mais aussi toutes les émotions que cela a pu comporter pour l'infirmière, ainsi que pour moi, lors de ce moment. J'ai découvert que nous avons le devoir d'accompagner la famille dans ces instants, cela est d'ailleurs inscrit dans la loi dans l'alinéa 5 de l'article 4311-2 du code de la santé publique (Annexe III). Cette notion est également reprise dans la Charte du droit du mourant, l'aide apportée par les soignants sera pour pouvoir mieux accepter la mort du patient. Nous devons respecter la tristesse de cette dernière et tout faire pour les aider dans les dernières démarches. Mais certains mécanismes se mettent en place pour les soignants lors de cette étape, qu'il est important de savoir reconnaître. Ces mécanismes sont induits par les émotions j'ai donc choisi de définir ce terme. D'après le Larousse les émotions sont une : « *Réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement.* ». Les émotions sont donc quelque chose de temporaire mais sont tout de même quelque chose de fort, pouvant ainsi ébranler le soignant. De par cette dernière définition, je me rends compte que ce contact à la famille peut confronter le soignant à quelque chose d'intense qu'il doit apprendre à contrôler et je me demande alors : Comment l'infirmière peut-elle gérer l'annonce d'un décès auprès d'une famille ? En quoi la souffrance d'une famille peut-elle influencer nos attitudes lors d'une fin de prise en charge dans le cadre d'un décès ? Quelles sont les émotions qui se mettent en place chez les soignants lors de la prise en charge de la famille lors d'un décès ?

3. Question de départ

En analysant cette situation je me rends compte que parmi toutes les questions que je me suis posées, ce qui m'intéresse de traiter, c'est tout ce qui concerne la prise en charge de cette patiente après son décès et tout ce que cela comporte pour le soignant ; la toilette mortuaire, l'annonce et l'accompagnement de la famille. Je souhaite comprendre, comment, tout ce que j'ai pu observer, s'est mis en place et quels en étaient les mécanismes. Ainsi, en regroupant mes questions je me suis aperçue que certains termes revenaient fréquemment ; l'influence des émotions mais également la prise en charge après la mort ou en post mortem. Je me suis aperçue également que je souhaite orienter mes recherches du point de vu des soignants. Je choisis alors de regrouper ces mots pour formuler ma question de départ. Celle-ci est donc :

En quoi les émotions des soignants influencent-elles la prise en charge post mortem ?

II. Phase exploratoire

1. Recherche bibliographique

1.1. La mort

Il me semble important, pour commencer cette étude, de comprendre comment la mort est perçue dans la société et ce qu'elle représente à la fois pour l'être humain mais aussi pour le soignant qui y est confronté. Car c'est le propre de l'Homme de savoir qu'il va mourir un jour mais comment y réagit-il ?

Sous ce mot j'analyse donc l'évolution de sa définition dans le temps, puis sa place dans la société et enfin sa signification pour le soignant.

1.1.1 Evolution de la définition de la mort dans le temps

Je peux dire qu'il y a eu une réelle évolution de la définition de la mort au cours du temps, au même rythme que les avancées scientifiques. En effet, il a été découvert, grâce au progrès, que le cœur n'était pas le seul organe à commander la continuité ou la cessation de la vie et que celui-ci pouvait être remplacé en cas de défaillance : « [...] car la transplantation cardiaque a nécessité une modification de la définition de la mort, passant du critère cardiaque au critère encéphalique: la médecine a alors le pouvoir de redéfinir la mort;⁵ ». La société a vu se produire des situations impensables quelques années plus tôt. Pour exemple, des personnes en arrêt cardio respiratoire, et donc mortes en apparence, ont été réanimé, passant ainsi de mortes à vivantes. Aussi, des personnes ont été maintenu en vie artificiellement dans l'attente de transplanter leurs organes alors qu'elles présentaient une mort encéphalique. Dans ce cadre, on comprend qu'il puisse exister une confusion, d'une part dans l'esprit des personnes, mais aussi chez les soignants prenant en soin ces patients. En effet, comment pouvons-nous prendre en soin des gens dont nous savons qu'ils ne vivent qu'artificiellement? Le rapport au soigné est-il le même pour nous soignant ? Il sera alors important de bien définir la mort pour le soignant : « Ce qu'être mort veut dire est alors l'enjeu de définitions variables selon les services ou encore les cultures. Quel sens a la mort pour le monde médical et paramédical?⁶ ».

⁵ SCHEPENS (F.) *introduction* in SCHEPENS (F.) - Les soignants et la mort, Paris, ERES, Clinique du travail, 2013, 264p- pp. 7-11

⁶ Ibid.

1.1.2 Le tabou de la mort dans la société

Dans notre société la mort fait peur, il s'agit d'un tabou qui est souvent soit ignoré soit idéalisé soit surmédiatisé. Il est rare, de nos jours, d'être confronté directement à la maladie ou à la mort alors qu'il y a encore deux générations, les personnes âgées vieillissaient et mouraient à domicile. Je remarque aussi que les cimetières sont construits hors des villes pour éviter à l'Homme de penser à cette éventualité : « *La mort qui dans notre société, est de plus en plus cachée, repoussée et déniée.*⁷ ». On confie alors les personnes en fin de vie au corps médical afin d'écarter l'idée de la mort et par la même occasion pour faire l'économie de penser à la maladie, à la souffrance ou au handicap : « *Le fait de confier la responsabilité officielle des soins de ceux qui sont très malades, des infirmes âgés, des personnes qui vont mourir aux médecins, infirmiers, hôpitaux, maisons de retraites a eu pour conséquence de mettre une distance entre les membres de la société et ces rappels puissants de ces choses inévitables que sont notre propre maladie, nos infirmités éventuelles, notre propre dépendance physique et notre propre mort.*⁸ ». De plus, il existe une importance pour l'idée collective d'idéaliser et d'embellir la mort afin de ne pas affronter la violence et la peine que celle-ci peut provoquer ; la médicaliser est alors le moyen trouvé : « *La volonté de médicaliser le processus du mourir semble souligner un besoin de contrôle sur celle-ci, notamment à travers le concept de la « bonne mort ».*⁹ ». Alors, l'être humain sur un plan personnel aura, lui aussi, tendance à occulter sa propre mort : « *la plupart des gens évitent avec énergie le sujet de la mort.*¹⁰ ».

1.1.3 Signification pour le soignant

Or, pour le soignant, les choses sont différentes car il est confronté en permanence à ce que tout le monde veut ignorer. Il devra alors tous les jours composer avec la maladie, la vieillesse, les incapacités et la mort : « *Ces décès à répétition obligent les soignants à faire face à leur propre finitude, ils ne peuvent dénier la mort car, si on peut espérer éviter maladies et accidents, en revanche, on sait [...] que l'on n'échappera pas à la vieillesse.*¹¹ ».

Partant de ce principe, l'idée de la mort pourra être difficile à accepter pour le soignant pour différentes raisons. Tout d'abord, il lui est complexe de voir souffrir et mourir les gens dont il s'occupe, car il est avant tout un être humain et les craintes qui animent la société le touche à lui

⁷ LAULAN (C.) - la toilette mortuaire un soin particulier ?, Médecine palliative, volume 4, n° 2, avril 2005, pp 70-72.

⁸ BYOK (I.) - Sens et valeurs de la mort, Médecine palliative, volume 1 n°2 décembre 2002, pp 103-112.

⁹ CHAPOTTE (M.) - Résonances psychiques de la mort à l'hôpital : pertes et deuils des soignants, Kinésithérapie la revue n°176-177, Aout 2016, pp 58-63.

¹⁰ BYOK (I.) - Op Cit.

¹¹ SCHEPENS (F.) - *présentation* in SCHEPENS (F.)- Op Cit.

aussi. Alors, s'occuper d'une personne décédée, va nécessairement questionner celui-ci sur sa propre fin : *« Il ne s'agit pas d'un acte banal ou anodin car elle confronte celui qui le réalise à la réalité de la mort.¹² »*.

De plus, chaque personne du corps médical vivra la mort de manière différente suivant les représentations qu'il a de cette dernière et de son passif avec cette notion : *« Les significations attachées au cadavre dépendent de la représentation sociale de la mort, et de ce que l'individu en fait, elle est liée au statut de la personne ¹³ »*.

Mais aussi, le soignant doit pouvoir faire le deuil de sa position de « celui qui soigne » et doit apprendre qu'il ne peut pas toujours guérir : *« La mort perturbe les repères habituels des soignants. Il leur faut accepter le fait que la guérison ne guide plus les actes, et admettre le caractère inéluctable de l'issue fatale¹⁴ »*. Les notions de religions et de conditions du décès seront aussi à prendre en compte dans l'acceptation du décès du patient pour le soignant.

1.2. La toilette mortuaire

Pour moi les soins post mortem incluent la toilette mortuaire, l'annonce du décès à la famille, l'accueil et le soutien de l'entourage ainsi que l'accompagnement du corps jusqu'à la chambre mortuaire. Par rapport à ma situation, j'ai choisi de m'intéresser particulièrement à la toilette mortuaire car c'est le comportement des soignants lors de ce soin qui m'a le plus interrogée.

Je le traite alors en commençant par expliquer sa pratique, puis en parlant de sa fonction et enfin en abordant les rites et rituels.

1.2.1 La pratique de la toilette mortuaire

Il me semble important de préciser, que l'acte de la toilette mortuaire est très peu enseigné dans les cours en institut de formation, laissant cet apprentissage à l'expérience acquise dans les services de soins. De plus, ce soin n'est codifié dans les activités infirmières que depuis l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier mais jusque-là, sa pratique n'était mentionnée dans aucun texte : *« contrairement aux autres « soins » réalisés par les soignants, elle n'est mentionnée ni dans la nomenclature relative aux actes professionnels et à l'exercice des infirmiers(es), ni dans la circulaire de 1996 qui définit le travail en collaboration des aides-soignants. Par ailleurs, elle reste rarement un sujet de discussion et de réflexion dans les instituts*

¹² LAULAN (C.) - Op. Cit

¹³ LE BRETON (D.) - *Face à ce qui reste : ambivalences du cadavre* in SCHEPENS (F.) - Op Cit

¹⁴ CHAPOTTE (M.) - Op Cit.

*de formation des infirmières et des aides-soignants(es)*¹⁵ ». Toutefois, il existe des protocoles établis dans chaque service, afin de guider les soignants pour ce soin. Il subsiste, cependant, certains établissements où ce soin est attribué aux agents de la chambre mortuaire. Mais dans la majorité des lieux de soins, la toilette mortuaire sera réalisée en service par le personnel s'étant occupé de la personne : « *Aussi, nous constatons que lorsque le patient ou résident décède, la toilette mortuaire est réalisée par le personnel soignant.*¹⁶ ». Et même si, rien n'est vraiment défini pour la toilette mortuaire, il existe un certain consensus qui veut qu'elle se déroule presque toujours de la même manière: « *Après constat du décès, la toilette mortuaire est réalisée le plus souvent par deux soignants. Cela rassure et sécurise face à ce corps inerte*¹⁷ ». Le fait d'être deux personnes s'explique et se comprend par la peur du corps mort. Pouvoir partager cette expérience avec quelqu'un ayant les mêmes compétences que nous, permet, alors, de faciliter l'approche de cette expérience difficile.

Je peux donc me demander ce que les gestes affectueux effectués par chaque professionnel lors de la toilette mortuaire signifient, car ils ne dépendent en rien de protocoles et j'ai pu remarquer que chaque soignant avait son propre geste et que moi-même j'avais le mien.

1.2.2 Fonction de la toilette mortuaire

J'en arrive alors à supposer, qu'outre laver le corps de la personne morte, la toilette mortuaire a une fonction pour le soignant.

Premièrement, elle sert à mettre un terme à la relation avec le patient. En effet, tout au long de la prise en soin, le soignant a créé une relation avec son patient et ce dernier soin a une signification, pour lui : « *Prenons l'exemple de la toilette mortuaire. Après le décès, les soignants la font eux-mêmes. Elle clôt la relation avec le défunt.*¹⁸ ». Au cours de mes lectures j'ai pu constater que les soignants avaient besoin de ce geste pour clore la relation et montrer une dernière fois leur respect au défunt : « *La toilette mortuaire est le soin ultime au patient. Elle termine son accompagnement et permet aux soignants de rendre un dernier hommage à la personne dont ils ont pris soin.*¹⁹ ».

¹⁵ LAULAN (C.) - Op Cit

¹⁶ ibid

¹⁷ ibid

¹⁸ SOCIETE FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS - L'infirmier(e) et les soins palliatifs "Prendre soin" : éthique et pratiques, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 4^{ème} édition, 2009, 259 p.

¹⁹ AUTRET (P.), GAUTIER-PAVLOFF (V.) and al. - Les soins palliatifs en équipe : Le rôle infirmier, Reuil-Malmaison : UPSA, 2006, 204 p.

Cet acte a également pour fonction, de prouver à l'équipe et à la famille l'engagement du soignant auprès de la personne décédée et témoigne du lien qui existait entre eux. : « *Dernier reflet de l'accompagnement, il semble que ce soin ait la responsabilité de souligner la qualité et l'investissement mis en œuvre.*²⁰ ».

La toilette mortuaire est donc très importante, elle a de multiples fonctions et permet une prise de conscience essentielle au soignant pour permettre de continuer les soins aux « vivants ». Ainsi, elle se composera de plusieurs gestes appelés rites et rituels dont je vais expliquer la signification dans la partie suivante : « *Tous ces rites spécifiques, par-delà le respect et l'attachement que les soignant portent au défunt, symbolisent la fin d'une relation interrompue par la mort.*²¹ ».

1.2.3 Les rites et rituels

Pour débiter cette partie, il me semble important de définir ce que sont les rites et rituels: « *Le rite est un geste symbolique commun à un groupe ou à une société dont la reproduction permet de surmonter la violence de la réalité qui le suscite. La reproduction des gestes dans une succession bien ordonnée constitue le rituel. Le rite est universel c'est-à-dire que ce qu'il signifie est perceptible par tous les membres du groupe. Face à la mort, on parle de rite et rituel funéraires.*²² ». Je me demande alors si cette définition peut s'appliquer à ce à quoi j'ai assisté, ce jour-là. Il semblerait que oui, étant donné que la mort peut être, elle-même, considérée comme violente et que le groupe, c'est-à-dire l'équipe, a eu besoin de se rassembler afin de supporter cette épreuve ensemble. De plus, j'ai découvert que la pratique du rite peut s'adapter au corps médical : « *Les soignants sont les témoins privilégiés de ces décès, il leur appartient d'élaborer des rites qui puissent leur permettre de faire le deuil des patients dont ils se sont occupés*²³ ».

Ainsi, parmi les nombreux rites existants les rites d'oblations sont ceux qui semblent le plus en accord avec ce que j'ai vu lors de cette toilette mortuaire. Ces rites servent à faciliter dans l'esprit des vivants le passage de l'état de vie à mort et toute la symbolique qui en découle : « *[...] les soins prodigués au défunt lors de la toilette mortuaire sont empreints d'une grande prévenance. L'enveloppe charnelle dont la vie s'est enfuie demeure le support d'une histoire et d'une identité. Aussi est-elle respectée par-delà la mort. La dépouille est lavée et manipulée avec délicatesse. Une attention particulière est portée à sa coiffure, à son maquillage et à sa tenue*

²⁰ CHAPOTTE (M.) - Op Cit

²¹ SOCIETE FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS - Op Cit

²² ibid

²³ AUTRET (P.), GAUTIER-PAVLOFF (V.) and al. - Op Cit

vestimentaire.²⁴ ». Je vois donc, que le respect porté au corps ne dépend pas uniquement de cette situation d'appel racontée, mais est pratiqué par la majorité des soignants.

Je me rends alors compte que ce processus de rite se met en place inconsciemment chez les soignants lors de la toilette mortuaire. Il m'a paru essentiel, alors, de comprendre quelle fonction a le rite. J'ai découvert qu'il apaise les vivants par rapport à la confrontation à la mort. Car comme vu précédemment, la mort fait peur au soignant et lui renvoie des choses négatives. Effectuer ce rite estompera alors un peu cette crainte : « *Face à la mort, le rite a pour fonction de rassurer les vivants. Il sécurise car il permet de temporiser l'angoisse qu'elle génère.* »²⁵.

Autrement dit, bien plus que des gestes effectués sans raisons, les attitudes dont j'ai pu être témoin avaient une importance pour l'inconscient collectif. Beaucoup de choses imperceptibles se sont passées à ce moment : « *Pouvoir dire « au revoir » via des rituels apparait important. [...]. Cela permet, aussi, d'avoir un temps pour réaliser ce qui a eu lieu : la mort de la personne* »²⁶ »

Toute cette analyse des rites et rituels m'emmène à penser que ce besoin de dire « au revoir » à la personne est en fait un moyen pour le soignant de démarrer son processus de deuil : « *Ceci étant, les rites d'oblation concourent à l'amorce du processus de deuil* »²⁷. Cela est le prochain point que j'ai choisi d'aborder.

1.3. Le vécu des soignants

Dans la représentation collective, le soignant ne doit pas montrer ses émotions, celles-ci restant encore taboues : « *Tel est le reflet du clivage du soignant dans l'institution médicale, qui demande à son personnel de laisser au vestiaire ses émotions, pour endosser la posture professionnelle adéquate* »²⁸. Pourtant, il a été démontré depuis plusieurs années, que faire part de ses émotions n'était pas une mauvaise chose.

Pour parler de ce vécu, j'analyserai ce qu'est le deuil et s'il est applicable aux soignants, puis j'évoquerai les émotions que les soignants peuvent ressentir face à la mort et enfin je finirai par la place de l'équipe dans la prise en charge d'un décès.

²⁴ JACQUET-SMAILOVIC (M.) – *Avant que la mort ne nous sépare ...*, Paris : De Boeck, 2^{ème} édition, 2010, 197 p.

²⁵ SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS - Op Cit

²⁶ MAUBON (M.) – *Deuil des soignants : une souffrance à penser* – Synthèse documentaire issue du centre de ressources national soins palliatifs François Xavier Bagnoud, Fondation œuvre de la croix Saint Simon, Avril 2011, 5 p.

²⁷ JACQUET-SMAILOVIC (M.) - Op Cit

²⁸ ANTHOINE (E.) - L'empreinte de la mort dans le soin, *L'aide-soignante* n°158- Juin-juillet 2014, pp 29-31

1.3.1 Un deuil à faire

Il me semble important de définir le deuil. Je choisis pour cela la définition de la psychiatre Elisabeth KÜBLER ROSS : « *On entend par deuil la perte d'un être cher, [...] ou d'une situation fortement investie, d'un état ou d'une idée auquel on est attaché. Le deuil représente aussi le cheminement que connaît la personne exposée à cette perte jusqu'à ce qu'elle réapprenne à vivre en l'absence de l'objet perdu.*²⁹ ». Je me rends alors compte que cette définition n'est pas restrictive au décès d'une personne et peut s'appliquer aussi à une relation, ou même à une idée. L'important étant que le deuil est la conséquence d'une perte : « *Puisqu'il est question de perte, il semble effectivement que l'on puisse parler de deuil*³⁰ ». Dès lors, l'engagement et l'attachement des soignants auprès des personnes en fin de vie accentueront le sentiment de perte et de deuil lors du décès de la personne : « *Le sentiment de tristesse lié à la séparation voire celui de la souffrance est très proportionnel à l'intensité des liens affectifs créés lors de l'accompagnement.*³¹ ». De plus, je peux comprendre que le deuil ne sera pas perçu de la même manière par les différentes professions médicales et para médicales. Ainsi, les soignants ayant des contacts plus longs et plus intimes avec les patients vivront la perte et donc le deuil différemment: « *Si tous les soignants sont susceptibles d'être en deuil après le décès d'un patient, leurs fonctions, leurs soins engendrent des liens particuliers et par conséquent des deuils à la fois comparables et différents*³² ».

Ainsi, même si nous pensons garder peu de traces des personnes décédées, il a fallu en faire le deuil au fur et à mesure et ce processus inconscient a fait que nous avons pu continuer notre travail sans rencontrer trop d'écueils. : « *Ils (les deuils) passent généralement comme inaperçus et se traduisent par des actes rituels. C'est le cas par exemple de la toilette mortuaire.*³³ ».

1.3.2 Les émotions des soignants

L'être humain ressent une multitude d'émotions chaque jour et en toutes circonstances. Paul EKMAN a ainsi détecté sept émotions de base pour lesquelles en découlent des expressions perceptibles sur le visage et le corps ; la joie, la colère, la tristesse, le dégoût, la surprise, le mépris et la peur ont ainsi été identifiées. Elles expriment, toutes, les sentiments ressentis par les personnes, et sont inéluctables au comportement humain. Elles sont d'autant plus présentes que le soignant interagit avec le soigné et qu'il ressent obligatoirement des émotions vis-à-vis de lui à tout moment de la prise en soins : « *Les émotions et les sentiments personnels de chacun sont*

²⁹ www.ekr.france.free.fr/deuil.htm

³⁰ CHAPOTTE (M.) - Op Cit

³¹ MAUBON (M.) - Op Cit

³² *ibid*

³³ CHAPOTTE (M.) - Op Cit

*inévitables présents dans cette relation singulière*³⁴ ». Ainsi, suivant plusieurs facteurs, les soignants vivront, émotionnellement, de façon différente l'accompagnement du patient. D'une part, car chaque individu est unique et sa propre histoire ainsi que sa sensibilité conditionneront son ressenti. Et d'autre part, car chaque situation est différente et touchera de manière individuelle chaque soignant : « *Les représentations qu'ont les soignants de la fin de vie, les conditions du décès et les coopérations au sein de l'équipe influencent fortement le ressenti des soignants confrontés à la mort de leurs patients. Ainsi chaque fin de vie peut être vécue de manière individuelle et particulière par chaque soignant.* »³⁵ ». Je comprends donc que, particulièrement lors de la toilette mortuaire, il y a l'émergence d'émotions pour les soignants et que leur intensité va dépendre de plusieurs facteurs internes mais aussi extérieurs au soignant : « *Les émotions présentes chez chaque soignant sont très fortes et plus ou moins conscientes selon les mécanismes de défense que nous avons élaborés. Chacun réagit avec ce qu'il est, avec ses ressources, à un instant donné.* »³⁶ ». De cette analyse j'ai pu déjà en mettre deux des sept citées, en évidence lors de la toilette mortuaire ; la tristesse et la peur, mais les autres peuvent aussi facilement se retrouver suivant les situations rencontrées.

Alors, je peux faire le lien avec la pratique très régulière de la toilette mortuaire et ce qu'elle peut engendrer comme sentiments pour le soignant. Celui-ci vivra peut être difficilement cette toilette : « *Confrontés de manière récurrente à la mort des patients, les soignants souffrent. Ils peuvent souffrir de la séparation, il s'agit là de la douleur du deuil. Ils peuvent également être touchés des effets de la mort* »³⁷ ». Il sera alors important de savoir reconnaître que l'on a souffert d'un décès et de savoir y mettre des mots, en identifiant les circonstances qui nous ont causées des difficultés, pour d'une part, réduire le risque de souffrir autant de nouveau, mais aussi apprendre à se protéger : « *Pouvoir reconnaître pour soi la souffrance du deuil aurait des bénéfices positifs non négligeables. Notamment cette prise en compte et l'expression de ce qui est vécu, permettraient de diminuer de manière très importante l'épuisement professionnel* »³⁸ »

Malheureusement, la peur du jugement empêche les soignants dans les services de se confier à leurs collègues. Les institutions ne laissant pas non plus l'opportunité et le temps de s'exprimer. Cela constituant alors un risque, non pas de s'endurcir comme le pense l'idée collective, mais de se renfermer et de vivre de plus en plus mal les prochains décès.

³⁴ AUTRET (P.), GAUTIER-PAVLOFF (V.) and al - Op Cit

³⁵ SEBASTIEN (S.)- Les soignants face à la mort, *La revue de l'infirmière* n°180, Avril 2012, pp 39-41

³⁶ AUTRET (P.), GAUTIER-PAVLOFF (V.) and al. - Op Cit

³⁷ MAUBON M. - Op Cit

³⁸ Ibid

1.3.3 L'importance de l'équipe

L'équipe a aussi un rôle important à jouer et le soignant a besoin de ne pas se sentir seul dans les situations de décès : « *Mais, pour ne pas se sentir démuni, le soignant a besoin d'être soutenu par l'institution et d'inscrire son action dans un projet d'équipe.* »³⁹. Ainsi, l'équipe va faire « front » ensemble afin de vivre communément l'expérience douloureuse : « *[...], on transforme l'accompagnement en une entreprise collective. Affronter la souffrance relève dès lors d'une démarche partagée par le groupe* »⁴⁰. Le soignant, à titre individuel, pourra plus facilement accepter les situations douloureuses et les stratégies adaptatives mises en commun au sein de l'équipe l'aideront à surmonter la souffrance vécue : « *Si la souffrance est bien un vécu individuel, la lutte contre la souffrance peut parfois impliquer une coopération et des règles défensives, au sein des collectifs de travail.* »⁴¹

Le danger vient du fait que l'intégralité de l'équipe peut elle-même être tourmentée et mal vivre des situations de deuil complexe. Il sera alors nécessaire de faire intervenir des regards externes à la situation afin de sortir toute l'équipe de l'impasse dans laquelle elle se trouve : « *Penser que des soignants peuvent être en deuil permet à ceux-ci et à leur « hiérarchie » de panser la souffrance qui l'accompagne.* »⁴². Ainsi, il existe de plus en plus de groupe de parole, de supervision ou de réunion de fin de prise en charge afin de permettre au soignant d'aborder les émotions ressenties.

1.4. Synthèse de la bibliographie

Ce que je retiens de mes lectures, c'est que la mort est perçue différemment par chacun. Ainsi, suivant son histoire personnelle, ses représentations de la mort et son rapport à la religion chaque soignant appréhendera de manière distincte la mort de l'autre.

Même s'il y est confronté tous les jours et malgré les difficultés, le soignant a su mettre en place certaines stratégies adaptatives afin d'arriver à supporter les décès. Ainsi la toilette mortuaire semble être le moyen le plus efficace pour prévenir les difficultés émotionnelles de la mort.

Cette dernière, effectuée à l'aide de rites et de rituels, permet au soignant de faire un deuil du patient et ainsi de clore la relation qu'il entretenait avec lui. Sa pratique permettant ainsi de concourir au bien-être du soignant.

³⁹ AUTRET (P.), GAUTIER-PAVLOFF (V.) and al. - Op Cit

⁴⁰ CASTRA (M.) - *Travail émotionnel et compétences relationnelles en soins palliatifs* in SCHEPENS (F.) - Op Cit

⁴¹ GUERRA GOMES PEREIRA (M.H.) - *Du « sale boulot » au « bel ouvrage » : activités de soins et confrontation à la mort* in SCHEPENS (F.) - Op Cit

⁴² MAUBON (M.) - Op Cit

J'ai pu, également, comprendre que les émotions du personnel soignant étaient inéluctables lors du décès d'un patient. Le ressenti de émotions régit leur comportement lors de la toilette mortuaire et conditionne leur posture pendant cet acte. C'est parce que le soignant ressent des émotions lors d'un décès qu'il va y avoir des gestes et attitudes « spéciales » lors d'une toilette mortuaire. Ceux-ci se mettent en place tels des mécanismes de défense afin de protéger le soignant de la violence de certains décès ou certaines situations.

Les laisser s'exprimer sera alors très important pour le soignant afin de ne pas se renfermer. De même, pouvoir y poser des mots, avec le concours de l'équipe, l'aidera à comprendre ses émotions et également à se sentir moins seul dans des situations difficiles pour lui.

2. Entretiens exploratoires

2.1. Guide d'entretien

Afin d'interroger les professionnels j'ai créé un guide d'entretien (Annexes VI) à l'aide de ce que j'ai pu retenir de mes lectures. Il se compose de huit questions ouvertes. J'ai rencontré les soignants pour trois des entretiens, cela m'a permis d'analyser les attitudes et de pouvoir reformuler certaines questions si besoin. Le dernier entretien a été réalisé par mail en deux fois car j'avais des précisions à demander à cette professionnelle.

Dans un premier temps, j'ai abordé des questions d'ordre général pour mettre à l'aise le soignant et ensuite des questions pour savoir si son choix d'exercer dans son service est volontaire ou imposé.

Dans un second temps, j'ai interrogé les soignants sur les pratiques de la toilette mortuaire afin d'identifier les coutumes de celle-ci dans leur établissement et de voir s'ils étaient conscients de rites qu'ils effectuaient ou s'ils m'en parlaient.

Ensuite, mes questions concernaient leurs émotions pendant ce soin afin de savoir, s'ils m'avouaient en ressentir, quelles étaient ces émotions et d'après eux pourquoi ces émotions étaient apparues.

Avec ma dernière question je voulais savoir si le soignant avait pu s'appuyer sur l'équipe pour gérer les difficultés inhérentes au décès.

Pour ces entretiens, j'ai interrogé deux infirmières qui travaillent en unité de soins palliatifs mais dans un établissement où le corps est transféré en chambre mortuaire, une jeune infirmière

nouvellement diplômée travaillant à domicile et donc confronté très régulièrement au décès et une aide-soignante travaillant en chambre mortuaire qui n'a donc pas de contact avec la personne décédée avant de faire la toilette mortuaire.

Avoir l'opportunité de questionner différents corps de métier travaillant dans des lieux différents et n'ayant pas les mêmes contacts avec la personne et sa famille était très enrichissant et m'a permis d'avoir des réponses variées mais qui se rejoignent sur de nombreux points.

2.2. Analyse des entretiens exploratoires

Les verbatims sont analysés sous forme de tableau (Annexe VII) et en voici la formulation.

J'ai volontairement choisi des soignants avec plus ou moins d'expérience, ainsi sont interrogées ; Céline, une aide-soignante travaillant en chambre mortuaire, Laetitia, une infirmière en unité de soins palliatifs ayant quinze ans d'expérience professionnelle, Claudine, infirmière également, avec un peu moins d'expérience en tant qu'infirmière (quatre ans) mais ayant exercé comme aide-soignante et Carla, une jeune diplômée infirmière depuis huit mois exerçant en hospitalisation à domicile.

Toutes les infirmières ont choisi de travailler à leur poste actuel pour la qualité de la prise en soins apportée et la relation au patient. Je peux citer notamment Laetitia: « *Pour la prise en charge du patient qui est, ben, optimale et on a normalement, on a quand même plus de temps que dans les autres services.* ».

Quant à Céline, elle a, dans un premier temps, postulé pour un remplacement en chambre mortuaire afin d'apprendre à mieux accompagner les familles et trouver sa place dans la gestion d'un décès. Puis, en revenant en service, elle n'arrivait plus à se confronter à la souffrance des patients alors qu'elle l'avait occultée pendant son remplacement en chambre mortuaire, elle a alors demandé à revenir travailler à ce poste.

En lien avec la pratique de la toilette mortuaire ; Carla m'indique qu'en hospitalisation à domicile ce sont deux soignants et/ou cadres de garde qui se déplacent pour faire ce soin. Quant aux deux infirmières travaillant à l'hôpital, elles me disent spontanément que dans leur centre hospitalier la toilette se fait en chambre mortuaire : « *après, tu as dû le voir c'est la chambre mortuaire qui s'occupe vraiment* ». Elles font donc une toilette succincte en particulier si la famille vient voir le corps dans la chambre.

L'infirmière ayant eu une expérience d'aide-soignante me précise qu'il y a une responsabilité de l'infirmière ; elle doit enlever les dispositifs médicaux et doit donc participer à cette toilette avant que le corps parte en chambre mortuaire. Alors que, d'après elle, l'aide-soignante, elle, peut passer le relais à quelqu'un d'autre si elle ne se sent pas capable d'effectuer ce soin en raison d'un attachement à la personne trop important. Je ressens également dans son discours, une obligation pour elle d'effectuer ce geste.

Pour l'aide-soignante cela fait partie de son quotidien, elle indique que la toilette se fait à un soignant pour laisser l'autre soignant disponible pour accueillir la famille. Tous les employés de la chambre mortuaire procèdent de la même manière avec une toilette, l'habillage, le coiffage et le maquillage de la personne décédée.

Dans tous les entretiens, les soignants n'explicitent pas vraiment avoir de rituels spécifiques. En chambre mortuaire, l'aide-soignante dit qu'elle effectue la toilette du plus propre au plus sale comme une toilette sur quelqu'un de vivant, l'infirmière diplômée depuis peu procède également de cette manière. Alors que les infirmières en service disent n'effectuer qu'une toilette intime et la mise d'une protection. Elles essaient aussi de rendre le corps présentable, si la famille vient voir le patient en chambre. L'infirmière diplômée depuis quatre ans indique qu'il est parfois difficile pour eux de faire adopter au corps mort des positions neutres et notamment au niveau du visage pour plusieurs raisons : *« on les prépare un peu, par exemple faire le rasage ou coiffer la personne ou on la parfume, après, là où on a du mal c'est plutôt au niveau buccal, au niveau faciaux ou des fois on ne peut pas faire plus que ça, parce que la personne elle a pris ces mimiques avec la douleur ou même la fatigue de la fin de vie ou elle est creusée et là on ne peut rien faire. »*. Elle précise également que la chambre est le dernier lieu où le défunt a résidé et qu'il lui semble important que la famille, en venant voir le patient puisse garder une bonne image de la personne dans ce lieu.

En revanche, aucunes n'ont connaissance d'un protocole spécifique à l'établissement et toutes me disent faire un peu à leur manière.

Concernant certaines attitudes adoptées pendant la toilette, j'ai pu identifier, grâce à mes lectures, quelques-unes comme pouvant être des rites. Ainsi Céline, est très sensible aux petits détails : *« Je suis peut-être un peu plus maniaque moi [...]. Voilà c'est vrai que moi j'estime que la famille va voir pour la dernière fois, voilà, la personne décédée, qu'il faut qu'elle soit bien préparée, il faut que ce soit un travail soigné »*.

Claudine avoue se comporter comme si la personne était toujours vivante : *« parce qu'on les fait comme une toilette normale, on leur parle, « je vous tourne », comme si on avait toujours la personne vivante qu'on avait ce matin, on est tous pareil de ce côté, on leur parle »*. De même, elle dit ne pas pouvoir déléguer ce soin, ce que j'interprète comme un besoin d'effectuer ses rites.

Et Carla dit explicitement qu'elle a besoin de ce soin pour faire le deuil de la personne et pouvoir passer à autre chose : *« Apporter les « derniers soins » à une personne dont on s'est occupé est important je trouve, cela permet de « faire son deuil ». [...] il faut donc que le soignant accepte cette fin pour qu'il puisse continuer à exercer sans souffrance psychologique et morale. »*

Par rapport aux difficultés émotionnelles les infirmières de soins palliatifs en parlent surtout lorsque le patient en fin de vie souffre et qu'il y a des symptômes visibles sur le corps une fois la personne décédée : *« ce qui m'a beaucoup touchée c'est des personnes qui...en fait quand ils finissent « mal » c'est-à-dire des personnes qui ont durées longtemps, qui sont amaigris où vraiment ça fait le cadavre qu'on voit dans les films, ça, cette image peut me rester par exemple si c'est le soir je vais la voir un petit moment. »*. Cela les obligeant à se projeter dans la souffrance liée au décès.

Céline, elle, dit que son choix de travailler en chambre mortuaire est également lié à la distance qu'elle voulait mettre avec la souffrance des patients qu'elle avait du mal à gérer en service.

Pour l'infirmière qui travaille à domicile le plus difficile est de gérer la souffrance de la famille qui souhaite parfois assister à la toilette ce qui la met mal à l'aise pour réaliser ce soin : *« J'ai souvenir également d'une situation où la famille était présente et en grande souffrance. Nous avons dû interrompre la toilette mortuaire pour parler avec eux et échanger sur la situation. »*.

J'ai pu également repérer que les émotions interviennent pour les soignants à différents moments.

Ainsi pour l'aide-soignante en chambre mortuaire cela se produit quand elle connaît la personne décédée mais également quand elle doit faire la toilette mortuaire sur quelqu'un de jeune.

Claudine parle, elle, de situations qui peuvent surprendre et perturber comme par exemple quand le corps reste chaud plus longtemps qu'à la normale ou que lors de la toilette le patient expulse l'air de ses poumons. Dans ces cas elle se demande si le patient est vraiment décédé, ce qui la fait douter d'elle.

Pour Carla, le moment qu'elle a identifié comme étant émotionnellement le plus difficile est celui où le patient commence à gasper puis décéder alors qu'elle est présente et donc assiste à la mort. Elle parle précisément d'un décès où le patient est mort pendant la toilette. Elle se rappelle de l'enchaînement de ces deux soins (toilette et toilette mortuaire) comme traumatisant.

Mais, ce qui me frappe dans leur discours, c'est que toutes les soignantes interrogées me disent que finalement, le plus difficile, émotionnellement, pour elles, est de se projeter dans la douleur de la famille : *« c'est de voir la peine de se projeter aussi, on devrait pas, mais bon voilà, quelqu'un qui perd son papa, sa maman, on peut se projeter ou même quand on voit des parents qui perdent leurs enfants ou même des enfants âgés ça reste des enfants, voilà c'est cette peine que j'ai du mal à bien gérer. »*. Quand elles se confrontent à la souffrance de la famille ou qu'elles s'imaginent qu'elles pourraient être à la place de cette famille, cela les met toutes en difficulté émotionnellement.

J'ai pu retrouver également, avec ces entretiens la notion de la peur de la mort, ainsi Claudine me dit que ce qui est difficile pour elle c'est ce questionnement sur la mort : *« Je pense que c'est surtout l'angoisse de la mort qu'on a tous au fond de nous. »*.

Carla parle également de ce principe mais explicite moins cette notion : *« Et psychologiquement, nous avons « visualisé » la mort. »*.

Toutes les soignantes disent que pour elles, l'équipe a toujours eu un rôle primordial pour les aider à gérer des décès ou des situations difficiles. Elles pensent toutes que parler permet de désamorcer les problèmes.

Par exemple l'aide-soignante en chambre mortuaire dit : *« on en parle, on en reparle à l'un, l'autre et finalement on a jamais fait appel à un psychologue, parce qu'on en a jamais ressenti le besoin. [...] ça nous suffit pour désamorcer les problèmes oui. »*.

Pour certaines, elle devient même un vrai pilier pour arriver à gérer les émotions. Cette équipe est même très solidaire vis-à-vis des employés étant en difficulté face à un décès.

Ainsi, toutes en arrivent à dire que la parole en équipe est essentielle et pouvoir mettre des mots sur le ressenti aidera le soignant pour les futures prises en soins : *« Ça aide également à analyser, car parfois, nous avons des réactions que nous ne comprenons pas forcément (exemple : mécanismes de défenses). En discuter avec l'équipe permet donc de comprendre ce qu'il s'est passé à distance, avec du recul et surtout un regard extérieur à la situation. »*.

2.3. Synthèse des entretiens exploratoires

J'ai volontairement choisi des professionnelles avec des expériences et des âges variés me laissant ainsi la possibilité d'avoir des représentations et des conceptions de la mort, et de la vision du soignant différentes. Ainsi, mon panel de soignantes interrogées me permet d'avoir le regard d'une jeune diplômée et de plus anciennes dans le métier mais aussi de celle qui est en contact avec la mort tous les jours, à celle qui s'occupe des patients à domicile et celles qui accompagnent les personnes jusqu'à leur mort.

Malgré cette diversité, je retrouve principalement l'idée que ce qui touche émotionnellement ces soignantes ce n'est pas tant le contact direct avec la mort, mais plutôt le contact avec la famille du défunt et la projection dans la souffrance de celle-ci.

Les autres difficultés émotionnelles se retrouvant essentiellement avec les représentations de chaque soignante avec la mort. En effet, pour certaines ce sera l'âge, pour d'autres la visualisation du corps déformé par la souffrance, ou encore d'assister à la mort du patient.

J'ai également relevé cette angoisse de la mort ou certaines me l'expriment clairement et d'autres l'évoquent dans la difficulté de faire la toilette mortuaire sur quelqu'un qui était vivant quelques secondes plus tôt.

J'ai pu remarquer que même si elles ne parlent pas clairement de rites, elles en effectuent toutes plus ou moins. Ceux-ci étant présents au moment de la toilette mortuaire surtout en lien avec le regard que portera la famille sur la personne décédée.

Enfin, toutes pensent que l'équipe est un réel soutien pour elles afin de surmonter les difficultés émotionnelles liées au décès.

3. Analyse comparative de la recherche bibliographique et des entretiens exploratoires

Entre ce que j'ai retenu de mes lectures et ce que j'ai pu relever de mes rencontres avec les professionnelles je note des différences mais également des points similaires que je vais à présent vous exposer.

Ainsi, parmi les points communs, ce que je peux constater en premier lieu, c'est que tout comme dans mes lectures, les professionnelles interrogées vivent la mort de l'autre avec émotion et y être renvoyées régulièrement les confrontent à leurs propres angoisses de mort. De même,

j'ai pu voir qu'effectivement, le décès est perçu de différentes manières suivant les représentations de chacune et certainement leur vécu par rapport à cette étape de la vie.

J'ai pu également relever que la pratique de la toilette mortuaire semble importante pour les soignants interrogés, une des infirmières l'identifiant même comme une façon de pouvoir faire le deuil. Les infirmières parlent du fait qu'une relation s'est établie et qu'il est important de la clore. Cette notion n'est pas retrouvée chez l'aide-soignante travaillant en chambre mortuaire puisque celle-ci ne rentre pas en relation avec le patient de son vivant. Je me demande alors : En quoi l'attachement au patient influence-t-il les émotions des soignants lors d'un décès ?

Aussi, j'ai pu remarquer qu'il y a des pratiques de rites au cours de la toilette mortuaire et même si ils ne sont pas formulés tels quels par les professionnelles, ils sont bien présents, et cela me fait dire que, comme énoncé dans la recherche bibliographique, qu'ils sont fait inconsciemment. Alors, comment des processus inconscients se mettent-ils en place pour le bien être du soignant ?

De plus, tout comme dans mes lectures, les soignants m'indiquent que pour eux l'équipe et surtout discuter de ses difficultés et de la prise en soin du patient les aide à prendre du recul sur les situations. Cette dernière constatation m'emmène également à me questionner sur le tabou de la mort développé dans mes recherches. En effet, j'ai pu remarquer qu'effectivement, il y a une vraie absence de dialogue par rapport à la mort dans la famille des soignantes mais qu'elles n'hésitent pas à en parler avec leurs collègues. Et donc, cette notion de tabou de la mort disparaît au sein du milieu médical. Dans ce cas, pourquoi parle-t-on plus facilement de la mort avec ses collègues plutôt qu'avec son entourage ?

Enfin, je vois que si, effectivement la notion de la mort peut être floue pour les non médicaux, elle peut l'être également pour les professionnels avec des cas particuliers où les corps restent d'aspect « vivants » longtemps après le décès.

Par rapport aux différences relevées entre mes recherches et les entretiens effectués, je me rends compte que les soignantes interrogées ne connaissent pas l'existence d'un protocole pour effectuer la toilette mortuaire. Après analyse, je peux y voir deux explications. Soit celui-ci est trop violent pour elles et elles choisissent de l'ignorer, pour ne pas avoir à se confronter à cette difficulté-là. Soit le côté technique et rationnel du protocole se détache trop des émotions qu'elles ont besoin d'intégrer à la prise en soin lors de la toilette mortuaire, et l'ignorer c'est ainsi pouvoir personnaliser leur soin. Je me demande alors : le manque de connaissance quant à l'existence d'un

protocole n'est-il pas une manière d'apporter un peu de soi à ce soin ? Et ainsi d'y intégrer ses propres rituels ?

Aussi, les deux infirmières en service me parlent spontanément du fait qu'elles ne réalisent pas la toilette sur leur centre hospitalier mais que tout de même, elles dispensent une toilette intime et repositionnent le corps. Cette position particulière que leur donne leur établissement me fait me questionner. Arrivent-elles à faire un deuil puisqu'elles ne font pas ce soin ? Le rituel s'effectue-t-il dans ce cas à un autre moment ?

De plus, une des différences majeures qui m'est apparue, est que contrairement à ce que j'ai pu identifier, les difficultés émotionnelles ne viennent pas particulièrement pendant la toilette mortuaire mais plutôt à l'idée que la famille pourrait souffrir de cette situation. En effet, toutes expriment la prise en charge de la famille comme une difficulté émotionnelle. Je me demande alors : Les rituels sont-ils suffisants pour occulter les difficultés pouvant apparaître lors d'une toilette mortuaire ? Une fois ces difficultés surmontées, pourquoi les soignants subissent-ils ce double écueil en vivant difficilement le ressenti de la famille ?

Beaucoup d'infirmières se projettent également dans le vécu de la famille et s'imaginent à leur place. Je sais que la projection est considérée comme un mécanisme de défense, mais dans le cas où elle peut nuire au soignant peut-elle être considérée comme telle ? Aussi, le fait qu'elles parlent de la souffrance des familles et de cette projection, n'est-ce pas un moyen de déplacer le problème pour cacher leurs véritables émotions ?

4. Cheminement vers la question de recherche

Ces entretiens m'ont permis de comprendre que ce qui me semblait être le moment le plus émouvant de ma situation de départ, c'est-à-dire la toilette mortuaire, n'était en fait, pas ce qui est vécu comme tel par les soignants. Après analyse, je pense que les rituels, que j'ai pu identifier comme permettant le processus de deuil du soignant, sont suffisants pour faire oublier aux professionnels les difficultés pouvant survenir pendant la toilette mortuaire. Et finalement, ce mécanisme inconscient mis en place est tellement efficace qu'il permet de mieux vivre cette situation douloureuse qu'est le décès de l'autre et le rapport au corps mort.

Ainsi, avec la mise en place des rituels, et le deuil pouvant se faire, l'objet de la difficulté émotionnelle est alors déplacé. Le soignant débarrassé de cette souffrance et ayant clos cette relation, peut alors se tourner vers une autre relation, celle avec la famille. Il reçoit alors la

souffrance de celle-ci. C'est pour cela, qu'au vu des analyses de ces entretiens, j'en viens à me demander si j'ai bien identifié l'objet des difficultés émotionnelles du soignant.

Si c'est alors le cas, les soins envers le corps du défunt sont peut-être dirigés pour correspondre aux critères d'attentes de la famille. Plaçant alors le soignant dans l'anticipation de la douleur de l'entourage. Le soignant en effectuant ces gestes chercherait alors à atténuer cette souffrance en s'exposant lui-même. Je peux, aussi, au vu de ce qu'il a été dit, supposer que les attitudes du soignant sont régies par le fait qu'il se projette dans ce qu'il aimerait pour lui en situation similaire.

De plus les soignants interrogés me parlent beaucoup de projection dans la souffrance de la famille. Cette souffrance qui les fait tant souffrir. Ce qui m'interroge c'est pourquoi cette projection se met en place alors qu'elle va générer de la souffrance chez le soignant.

Ainsi parmi tout cela je vois émerger quelques notions similaires, ainsi ressortent la souffrance de la famille lors d'un décès, les émotions du soignant mais aussi la projection de cette souffrance par le soignant.

Ce qui me permet d'établir la question de recherche suivante :

En quoi la projection du soignant, dans la souffrance de la famille, lors d'un décès, a-t-elle un impact sur ses émotions?

III. Cadre conceptuel et protocole de recherche

Cette question de recherche m'a permis d'établir un cadre conceptuel avec dedans les différents concepts et/ ou notions retrouvés dans ma question de recherche. Je traiterai ainsi de la projection du soignant, de la souffrance de la famille, du décès et des émotions. Je mettrai tout ceci en lien avec ma situation d'appel et ma phase exploratoire.

1. Cadre conceptuel

1.1 La projection du soignant

1.1.1 La projection

Les professionnelles, lors des entretiens, m'ont toutes parlé du fait qu'elles se projetaient beaucoup dans la souffrance de la famille et se mettaient toutes à la place du défunt et de la famille en se demandant comment elles aimeraient être traitées dans ce cas. J'ai donc cherché ce à quoi correspond ce mécanisme de défense. En premier lieu je me suis intéressée à sa définition. D'après le Larousse la projection est un : « *Mécanisme de défense qui consiste à attribuer à autrui un sentiment éprouvé par soi-même mais que l'on refuse.* ». De même, dans le dictionnaire Le Robert il est dit : « *Mécanisme de défense par lequel le sujet expulse de lui-même et localise dans autrui ou dans autre chose des idées, des affects, des qualités, désagréables ou méconnus, qui lui sont propres.* ». Dans le livre les concepts en soins infirmiers⁴³, dans le chapitre sur les mécanismes de défense, il est cité d'un autre ouvrage, la définition de la projection sous le point de vue psychanalytique : « *Opération par laquelle le sujet expulse dans le monde extérieur des pensées, affects, désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui et qu'il attribue à d'autres personnes ou choses de son environnement*⁴⁴ ». Ainsi, les soignantes, quand elles parlent de souffrance par rapport à la projection de la douleur de la famille, ne veulent pas admettre qu'elles-mêmes souffrent du décès du patient. Elles remettent alors, la tristesse ressentie sur le fait que voir souffrir la famille les attriste. ; Ceci est un mécanisme de défense. Cela m'amène donc à définir ce terme pour mieux comprendre ce qui se joue chez les soignants.

J'ai découvert dans mes recherches que les mécanismes de défense ont été définis par plusieurs auteurs, ainsi pour Jean LAPLANCHE et Jean Bernard PONTALIS, c'est un ensemble d'opérations inconscientes ayant pour objectif de réduire ou supprimer des perturbations pouvant

⁴³ FORMARIER (M.) and al. - Les concepts en sciences infirmières, Paris : Association de recherche en soins infirmiers (ARSI), « Hors collection », 2^{ème} édition, 2012, 328p.

⁴⁴ IONESCU (S.), JACQUET (M.M.), LHOTE (C.) - Les mécanismes de défense. Théorie et clinique, Paris : Nathan 1^{ère} édition, 1997, 352 p.

mettre en danger l'Homme tel qu'il est. Ces mécanismes, pour eux, agissent de manière compulsive. Pour Norbert SILLAMY : « *la défense est un mécanisme psychologique inconscient utilisé par l'individu pour diminuer l'angoisse, née des conflits intérieurs entre les exigences instinctuelles et les lois morales et sociales.*⁴⁵ ». Enfin pour Alain BRACONNIER cette notion englobe tout ce que le « moi » met en place pour se protéger des dangers extérieurs mais aussi propre à lui-même.

Ce que je comprends de ces différentes définitions, c'est que les mécanismes de défense servent à l'inconscient pour se protéger des diverses perturbations qui pourraient venir mettre en danger l'intégrité de l'être humain. Nous en développons tous, ils sont plus ou moins efficaces face aux difficultés et permettent de rendre plus supportable certaines situations. Les soignants, eux-mêmes, en ont face à leurs patients afin de se protéger de ce qui leur est insupportable, comme l'idée de la mort par exemple. Ainsi, Martine RUSZNIEWSKI a pu en identifier neuf dans son livre Face à la maladie grave. Patients, famille, soignants.

D'après ce que je retiens de mes lectures ; ce mécanisme se met en place car dans la relation soignant-soigné, il entre en jeu les notions de transfert et de contre transfert. Le transfert n'a pas lieu ici car ce n'est pas le patient qui entre en jeu dans mon étude, en revanche, il me semble important de définir le contre transfert. D'après le dictionnaire Le Larousse c'est un : « *Ensemble des réactions inconscientes de l'analyste vis-à-vis du patient et qui peuvent interférer avec son interprétation* ». L'analyste étant dans ma situation le soignant et ce qui est ressenti par celui-ci envers le patient se déplace vers la famille. Dans le livre les concepts en soins infirmiers cette notion est transposée à la profession infirmière : « *Si le patient investit l'infirmière et sa façon de le soigner sur le modèle d'un personnage important de son passé, il en va de même pour l'infirmière qui investit affectivement le patient et ses troubles quels que soient les efforts qu'elle accomplit pour être objective*⁴⁶ ». Par rapport aux dires des soignantes, j'en viens à me dire qu'il peut s'agir là d'un contre transfert opéré, non pas sur le patient, mais sur sa famille.

Toujours d'après ce même livre, l'établissement du contre transfert est normal car l'infirmière, dans sa pratique professionnelle, est obligée de ressentir des émotions vis-à-vis du patient qu'elle prend en soin ou de sa famille. Ne pas accéder à ce concept dans son exercice serait nuisible pour celle-ci et l'empêcherait d'être empathique, notion pourtant si importante dans notre métier.

⁴⁵ FRIARD (D.) - *Mécanismes de défense*, in FORMARIER (M.) and al. – Op Cit.

⁴⁶ MOLIERE (F.), FRIARD (D.) - *Contre-transfert*, in FORMARIER (M.) and al. – Op Cit.

1.1.2 Le soignant

J'ai ensuite choisi de comprendre ce qui peut unir le soignant et le patient et pour cela je pense qu'il faut définir ce terme. Ainsi d'après le dictionnaire du Robert le soignant est celui : « *Qui donne les soins* », d'après ce même dictionnaire le fait de soigner c'est : « *s'occuper du bien-être et du contentement de quelqu'un.* ». Et toujours avec le même dictionnaire je me suis intéressée à ce que soin voulait dire : « *Pensée qui occupe l'esprit, relative à un objet auquel on s'intéresse* ». Je peux au travers de ces différentes définitions me rendre compte du fait que le soignant est obligé de s'impliquer dans quelque chose avec son patient à partir du moment où il donne des soins.

Pour mieux comprendre cette notion, j'ai cherché une explication plus poussée que je peux retrouver plutôt dans les expressions anglaises du *care* et du *cure*. Le *cure* étant lié aux soins techniques alors que le *care* est plus en lien avec tous les actes relevant du rôle propre de l'infirmière. Ce dernier comprends les dimensions de responsabilité, de souci, voire d'inquiétude et peut même se traduire par désir et envie. De même que nous parlons de prendre soin de, les anglais utilisent le verbe *to care for* qui peut également signifier : « *aimer, avoir envie de ou encore s'occuper de quelqu'un, soigner un malade et prendre soin de, il peut aussi se traduire en français par avoir le souci de, avoir de l'attention pour ou porter attention à.*⁴⁷ ».

Ainsi dans la langue anglaise, il est fait la différence entre les deux notions alors qu'en France nous parlons uniquement de prendre soin. Je trouve donc beaucoup plus adapté pour parler de la prise en soins par les soignants de passer par cette interprétation car, en effet, elle implique un réel souci du patient. Cela montre ainsi tout l'engagement du soignant envers le patient.

Et si effectivement, être soignant implique de développer une telle préoccupation envers la personne soignée, cela m'amène à conclure qu'il est normal que celui-ci soit touché par la mort du patient et par conséquent, développe des mécanismes de défenses pour se protéger dans des situations difficiles à vivre, comme la mort du patient et la vision de la souffrance de la famille, d'autant plus que tout ceci renvoie le soignant à sa propre mort.

⁴⁷ VIGIL-RIPOCHE (M.A.) - *Prendre soin, care et caring*, in FORMARIER (M.) and al. – Op Cit.

1.2 La souffrance de la famille

1.2.1 La souffrance

Le soulagement de la souffrance est codifié dans l'arrêté du 31 juillet 2009⁴⁸ relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, ainsi dans l'article R.4311-2 alinéa 5, (Annexe III) il est précisé que l'infirmier doit prendre une part active dans le soulagement de la douleur. Pour y parvenir, le législateur a prévu un référentiel d'activité dans lequel deux des neuf activités abordent ce soulagement de la souffrance ainsi :

- Activité 2 Soins de confort et de bien-être : Réalisation de soins visant le bien-être et le soulagement de la souffrance physique et psychologique.
- Activité 5 Soins et activités à visée préventive, diagnostique, thérapeutique : Réalisation de soins visant au soulagement de la souffrance.

Les infirmiers sont donc sensibilisés depuis leur formation à soulager la souffrance. Mais il me semble essentiel de distinguer la souffrance de la douleur. Même si ces termes peuvent sembler voisins et l'un pouvant induire l'autre, ils sont tout de même différents. En effet, la douleur est décrite comme dépendante d'une lésion tissulaire existante ou potentielle, elle dépend donc d'une atteinte au corps alors que la souffrance est plus en lien avec : « *des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement⁴⁹* » pour le philosophe Paul RICŒUR.

Pour mieux comprendre le terme de souffrance je l'ai analysé d'après le livre les concepts en science infirmière. Ainsi, ce livre commence par évoquer l'étymologie de ce mot : « *mot « souffrir » apparaît au XIème siècle et vient du latin populaire « sufferire » et du latin classique « sufferre » signifiant « endurer », « supporter⁵⁰* ». L'étymologie implique donc une connotation négative. Ce même livre définit la souffrance comme : « *une expérience affective de base, qui comporte un caractère de désagréable et d'aversion, et qui est associée pour l'individu concerné à un dommage ou à une menace de dommage.* ». Cette définition implique la notion de désagréable liée à un dommage, ainsi la mort de quelqu'un peut effectivement engendrer de la souffrance et donc une sensation pénible pour celui qui la subit.

⁴⁸ www.social-sante.gouv.fr (PDF)

⁴⁹ RICŒUR (P.) - La souffrance n'est pas la douleur, Psychiatrie française, numéro spécial, juin 1992.

⁵⁰ VIGIL-RIPOCHE (M. A.) - *Souffrance*, in FORMARIER (M.) and al.

D'un point de vue psychobiologique, il s'agit du processus de traitement de l'information. Ainsi elle « *correspondrait à la composante affective du processus de nociception (tandis que la douleur correspondrait à la composante cognitive)* ⁵¹ ». Cette définition précise qu'elle peut être causée par des facteurs internes et/ou externes.

Il est précisé qu'en santé mentale, la souffrance psychique doit être repérée et accompagnée pour que les personnes ne développent pas de problèmes psychiques ou de maladies somatiques. Un deuil pathologique pourrait en être un exemple. D'où l'importance pour le soignant d'être attentif dans les diverses étapes de la vie.

La souffrance a été décrite selon de nombreux aspects, elle peut être vécue difficilement par les personnes, c'est pour cela que l'infirmier a un rôle important à jouer dans sa gestion.

1.2.2 La famille

Maintenant que je comprends ce qu'est la souffrance je veux savoir comment elle s'applique vis-à-vis de la famille. Pour cela, il me semble essentiel de définir à quoi correspond la notion de famille. Il s'agit d'après le dictionnaire Le Robert de : « *L'ensemble des personnes unies par le sang ou par les alliances et composant un groupe ou un clan familial* ». Ainsi, j'ai pu apprendre avec les cours de sociologie de première année⁵², en lien avec ce concept de groupe, qu'en sociologie, la famille est considérée comme un groupe primaire, le départ de toute socialisation pour l'être humain. C'est grâce à la famille que les personnes apprennent la politesse, le respect, la tendresse et toutes les valeurs qu'elles peuvent ensuite affirmer en grandissant. D'après l'anthropologue Claude LEVI-STRAUSS ; « *la famille est à la fois une institution sociale, juridique et économique, qui existe dans toutes les sociétés humaines. Ses membres, unis par des liens légaux, économiques et religieux, [...] se trouvent liés par des sentiments psychologiques tels que l'amour, l'affection et le respect.* ⁵³ » .

La famille est donc, pour chacun d'entre nous quelque chose, qui a plus ou moins d'importance, selon le sens qu'on lui accorde mais qui reste, toutefois, notre premier lien à la socialisation. Elle est la base de notre construction individuelle et en ce sens, il est aisé de comprendre que perdre un membre de ce groupe est déstabilisant. Les membres de ce groupe étant tous liés entre eux par des sentiments, quels qu'ils soient et le décès d'un de ces membres peut effectivement engendrer cette expérience désagréable qui caractérise la souffrance. De même, je

⁵¹ VIGIL-RIPOCHE (M. A) - *Souffrance*, in FORMARIER (M.) and al. – Op. Cit

⁵² MORNET-PERIER (C.) - Les groupes : socialisation et influence, U.E 1.1 Psychologie, sociologie, anthropologie semestre 2

⁵³ www.lesdefinitions.fr

peux facilement mettre en lien cette souffrance de la famille avec la souffrance ressentie par le soignant car le concept de la famille est universel, ainsi chaque personne pourra facilement s'identifier et le soignant lui-même s'identifiera à la famille qu'il a en face de lui et comprendra sa souffrance.

1.3 Le décès

Le décès est défini par le dictionnaire Le Robert comme la : « *Mort naturelle d'une personne.* ». Ainsi le concept du décès est lié à celui de la mort. Etant donné que j'ai traité de ce dernier plus haut dans mes recherches, je me contenterai de rappeler que la mort est la cessation de la vie. Cela renvoie le soignant et tous ceux qui y sont confrontés au fait que nous ne sommes pas immortels.

En effet, en plus de la perte d'un être cher et au fait de devoir s'habituer au fait que la personne ne sera plus présente, les personnes devront composer avec toutes leurs représentations de la mort. Et ces représentations sont difficiles à accepter pour les vivants car personne ne sait vraiment ce qu'il se passe après le décès. Ainsi, pour vivre avec cette fatalité, certains ont des croyances qui rendent l'idée de la mort plus acceptable, d'autres tolèrent que la mort est inéluctable de la vie et vivent avec cela, quant à d'autres ils espèrent pour eux « une bonne mort », où ils s'endormiraient pour ne jamais se réveiller.

C'est aussi une des raisons pour lesquelles le soignant fera tout pour que le corps du défunt semble le plus endormi possible, pour rendre cette mort plus douce, comme un sommeil prolongé. Le deuil des proches de la personne décédée sera ainsi plus facile à faire.

Le décès a donc un double enjeu pour le soignant. En effet, celui-ci aura un devoir moral envers la famille de présenter au mieux le corps afin que celle-ci puisse entamer son deuil, comme un contrat implicite passé avec le patient pour préserver et accompagner au mieux la famille. Mais aussi, cette mort renvoyant le soignant directement à sa propre mort il devra mettre en place des mécanismes afin de la rendre plus supportable.

Le décès, pour la famille, implique la fin d'une relation avec un être aimé, il sera donc difficile à accepter, d'où cette souffrance inhérente à celui-ci. De même que pour le soignant, elle devra entamer un processus de deuil, plus long et plus complexe tout de même de par la nature des relations entretenues avec le défunt. C'est pour cette raison qu'il sera essentiel que le soignant se préoccupe de cette famille et l'accompagne au mieux.

1.4 Les émotions

J'ai déjà abordé ce concept d'émotion plus haut dans ce travail mais étant donné qu'il me semble que c'est de là que découle toute ma réflexion, il me paraît nécessaire d'analyser cette notion plus en détail et de pouvoir ainsi la comparer à la pratique soignante.

Comme vu dans la définition développée précédemment, les émotions sont des réactions dues à un affect et se produisent en lien avec un évènement. Elles peuvent apparaître de manière brusque ou de façon plus tardive. Les émotions peuvent être agréables ou pénibles et sont généralement accompagnées de troubles physiques. Elles ont en commun leur caractère universel, ainsi dans toutes les cultures elles existent, même si les manifestations sont différentes.

Au cours de siècles, elles ont beaucoup intéressé les philosophes, les psychologues et les neurologues, et la manière de percevoir les émotions a, également, évolué.

Ainsi, dans l'antiquité PLATON les voyait comme « une maladie de l'âme », les religions, et en particulier la religion catholique, considéraient que les émotions poussent aux péchés. Plus tard, le philosophe René DESCARTES fait une différence entre le corps et l'âme. Il parle alors des passions qui ont un impact émotionnel sur l'âme : « *Les passions de l'âme sont donc des perceptions qui se distinguent des autres par leur capacité à émouvoir l'âme*⁵⁴ ».

C'est à partir du 19^{ème} siècle que sont abordées, les émotions telles que nous les connaissons aujourd'hui. Charles DARWIN, naturaliste, établit une étude de comparaison entre les émotions des êtres humains et des animaux. Guillaume-Benjamin DUCHENNE, neurologue, s'est intéressé aux expressions du visage découlant des émotions. Dans les années 80, Daniel GOLEMAN, psychologue, introduit le terme d'intelligence émotionnelle. D'après lui, arriver à percevoir les émotions serait une forme d'intelligence aussi importante que le quotient intellectuel. Il a été alors établi que notre expérience et notre intelligence nous aident à décoder nos émotions mais également les émotions des autres, grâce aux signaux internes (tachycardie, sueurs...) mais aussi externes (expressions du visage...). Tous ces signaux nous aident alors à l'élaboration des idées et ainsi de nos réactions et nos comportements. Le grand dictionnaire de la psychologie résume cette dernière idée : « *les émotions sont des constellations de réponses de forte intensité qui comportent des manifestations expressives physiologiques et subjectives typiques qui s'accompagnent généralement de tendances d'action caractéristiques.*⁵⁵ ».

⁵⁴ www.kairos.over-blog.org

⁵⁵ FERNANDEZ (L.) - *Emotion*, in FORMARIER (M.) and al. – Op. Cit.

Toutefois dans ce même chapitre du livre les concepts en soins infirmiers, il est fait la différence entre les émotions dites « réflexes » et les émotions « mixtes ». Ainsi, les premières aussi appelées émotions basales ou primaires peuvent être ressenties par tout un chacun qu'elle que soit la culture, l'environnement ou les expériences. La joie, la tristesse, la colère, le dégoût, la surprise ou encore la peur font parties de ces émotions. Les secondes sont plus élaborées et nécessitent une plus grande élaboration cognitive. On y retrouve la honte, la culpabilité, la jalousie ou encore la tendresse.

J'en déduis donc, qu'on ressent tous des émotions et la tristesse ressentie par les soignants lors d'un décès est une réaction normale à ce que l'idée de la mort et de la disparition de l'autre provoque chez eux. Malgré cela, cette question reste très débattue chez le personnel soignant. Delphine CUDRE, lors de son mémoire de fin d'étude infirmier de la haute école de la santé en Suisse a pu mettre en évidence trois positionnements que j'ai pu moi-même observer au cours de ma pratique :

- « les émotions sont considérées comme nécessaires
- les émotions sont reconnues et régulées
- les émotions sont réprimandées⁵⁶ »

Je constate alors que même si les émotions font parties intégrantes de l'être humain, il persiste l'idée qu'il faut contrôler et cacher ses émotions voire les nier dans la pratique soignante. Ainsi, comme l'explique Catherine MERCADIER dans un de ses articles le soignant doit s'adapter à une norme sociétale qui veut qu'il montre une neutralité face à la souffrance des patients : « Ainsi le « silence » voile toute la vie émotionnelle des soignants. Un important travail de gestion émotionnelle s'effectue à la fois pour respecter les normes en vigueur mais surtout pour que le soin puisse se dérouler comme il se doit.⁵⁷ »

Je me rends compte alors, que le soignant navigue toujours dans un paradoxe permanent puisqu'il doit montrer ses émotions, nécessaires à l'exercice de son métier, pour paraître empathique, mais aussi les réprimander pour ne pas paraître trop sensible et donc inapte au travail aux yeux de ses collègues, des patients et de l'institution.

⁵⁶ CUDRE (D.) - Quand des infirmières racontent des émotions... Au cœur d'une posture professionnelle authentique. Mémoire de fin d'études présenté à la Haute école de la santé La Source, Lausanne, 2008, 63 p.

⁵⁷ MERCADIER (C.) – Le travail émotionnel des soignants la face cachée du soin, Soins cadres de santé, n°65, Février 2008, pp 19-22

2. Formulation d'hypothèse

L'analyse de ces concepts me conduit à la réflexion suivante ; les soignants développent une relation avec le patient et avec leur famille. Donc, au décès du patient, les soignants ayant déjà vécu des situations personnelles similaires, peuvent facilement identifier cette souffrance et se mettre à la place de la famille vivant le deuil. Ainsi, de par l'universalité des sentiments et de la notion de famille, les soignants comprennent très bien ce que traverse la famille. Ils se projettent alors dans cette souffrance inqualifiable.

La projection est un mécanisme de défense censé déplacer la propre tristesse du soignant sur la souffrance vécue par la famille car l'existence de ces émotions est difficilement acceptable par les soignants et les équipes. Pourtant, malgré ce mécanisme de défense, établi inconsciemment, savoir que la famille va souffrir d'un deuil provoque des émotions chez les soignants.

Cela me conduisant à formuler l'hypothèse suivante :

Le soignant ressent des émotions vis-à-vis de la souffrance de la famille lors d'un décès malgré la mise en place de mécanismes de défense et des a priori sur le ressenti des émotions dans le milieu médical.

3. Protocole de recherche

Afin de vérifier cette hypothèse je vais mettre en place un protocole de recherche. L'objectif de ce protocole étant d'affirmer ou d'infirmer cette hypothèse en allant interroger des soignants.

En effet, je vais effectuer une analyse qualitative par des entretiens semi directifs. Je chercherai ainsi à comprendre dans un premier temps quels genres d'émotions ressentent les soignants à l'égard des familles lors d'un décès. Puis dans un second temps ce que ces mêmes soignants pensent de l'expression de leurs émotions dans le cadre de leur travail et comment cela est perçu au sein de leurs établissements.

Je vais donc élaborer une grille d'entretien qui se composera de ces deux grandes parties. Dans cette grille se trouveront des questions ouvertes pour que les personnes interrogées puissent s'exprimer librement. Cela me permettra aussi d'approfondir ma recherche sur cette question, même si cela impliquera un dépouillement des questions plus long.

Ces entretiens seront faits avec une quinzaine de soignants (aides-soignants et/ou infirmiers), travaillant dans différents lieux où ils côtoient des familles endeuillées. Je pourrai ainsi interroger des personnes travaillant en maison de retraite, d'autres travaillant en service de médecine générale, d'autres à domicile et enfin certains en service de soins palliatifs.

Le fait de changer de lieux pour interroger les professionnels me permettra de comparer, dans un premier temps, les cultures de service, d'équipe et d'établissement en ce qui concerne l'expression des sentiments vis-à-vis du décès des patients et de la souffrance de leur famille. Puis, dans un second temps, de comprendre si ces émotions peuvent éventuellement être en lien avec un facteur tel que la durée d'hospitalisation (plus longue en EHPAD), le lieu d'hospitalisation (la famille d'un patient hospitalisé en soins palliatif sera peut-être plus préparée au décès que celle d'un patient hospitalisé en médecine), ou en lien avec le patient lui-même (patient jeune, dont la mort sera plus difficile à accepter, patient en bonne santé avec une mort brutale).

Le fait, également, d'interroger à la fois des aides-soignants mais aussi des infirmières me permettra également de comparer s'il y a une différence de point de vue concernant cette hypothèse entre les deux professions, et si l'expression des émotions est plus grande ou plus permise dans un ou l'autre des métiers.

Cette étude sera prospective car j'aurai moi-même sélectionné les professionnels à interroger, de plus elle se fera sur une courte période étant donné qu'elle se base plus sur l'expression d'expériences passées du soignant et n'a pas pour but d'observer leur comportement sur une période donnée.

Conclusion

Au cours de ce travail, j'ai pu découvrir que même si je ne m'en rendais pas compte, j'ai établi des rituels pour répondre à la tristesse provoquée par la fin de la relation et au deuil à mettre en place. Cette pratique est reprise par de nombreux soignants.

J'ai perçu qu'outre le besoin inconscient de faire un deuil de la relation construite avec le patient, le soignant partageait et se projetait aussi dans la souffrance de la famille. Et que même si cette projection relevait plus du mécanisme de défense pour ne pas révéler ses véritables émotions, le soignant souffrait quand même.

Ainsi, parce qu'on nous a appris l'empathie nous sommes, en tant que professionnels de santé, touchés par les émotions que dégagent la famille. J'ai alors compris que nous ne devons pas avoir honte des émotions que nous ressentons mais qu'au contraire nous devons apprendre à en discuter en équipe.

J'ai eu la chance d'interroger des professionnelles qui utilisent cette pratique dans leur quotidien mais je sais que cela reste encore, de nos jours, un tabou dans certaines équipes. Je sais aussi qu'il est parfois difficile dans certaines institutions de trouver le temps, ou les moyens nécessaires pour établir des groupes de parole ou des analyses de pratiques afin de discuter de prises en soins complexes ou de deuils difficiles. Malheureusement, le soignant qui ne pourra pas parler librement de ce qu'il ressent au sein de son équipe, ne pourra pas s'épanouir et au contraire s'enfermera même à terme dans un épuisement professionnel.

Dans une société où la mort est de plus en plus médicalisée, il me semblait important en tant que future professionnelle de m'intéresser à ce que dégagent les soignants lors d'un décès, ce qu'ils ressentent et ce qu'ils mettent en place pour se protéger.

Je pense qu'une de mes missions d'infirmière sera d'accompagner au mieux mes collègues en initiant la parole au sein de l'équipe et en n'hésitant pas moi non plus à exprimer ce que je ressens. Car pour continuer à soigner les vivants, il faut que le soignant soit en accord avec lui-même, bien au sein de son équipe et surtout qu'il puisse se sentir écouté et non jugé.

A l'heure où il y a de plus en plus de suicides chez les infirmières, il serait peut-être intéressant d'apprendre à se parler en équipe et à ne plus se culpabiliser de ressentir des émotions envers une situation, cela ne fait pas de nous quelqu'un qui ne sait pas prendre de la distance mais juste un soignant qui reste humain malgré tout.

Je finirais ce mémoire par une citation de Sophie BASSIGNAC : « *Rien ne nous est plus précieux que nos émotions. Ne les bradez pas et ne les étouffez pas non plus. Sans elles, nous ne sommes personne.* ». Car pour moi, notre véritable personnalité se révèle grâce aux émotions que nous exprimons. Et c'est une équipe composée d'une multitude de personnalités qui fera que le patient sera pris en charge dans sa globalité, par des personnes capables de se soucier de lui.

Bibliographie

↳ Livres

- AMIEC recherche (groupe d'infirmier de recherche) - Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, Elsevier-Masson, 2^{ème} édition, 2000, 368p.
- AUTRET (P.), GAUTIER-PAVLOFF (V.) and al. - Les soins palliatifs en équipe : Le rôle infirmier, Reuil-Malmaison : UPSA, 2006, 204 p.
- CAUVIN (P.) - La cohésion des équipes, ESF Editions, 1997, 224 p.
- FORMARIER (M.) and al. - Les concepts en sciences infirmières, Paris : Association de recherche en soins infirmiers (ARSI), « Hors collection », 2^{ème} édition, 2012, 328p.
 - FERNANDEZ (L.) - *Émotion*, pp. 164-167.
 - FRIARD (D.) - *Mécanismes de défense*, pp 213-217.
 - MOLIERE (F.), FRIARD (D.) - *Contre-transfert*, pp 325-327.
 - VIGIL-RIPOCHE (M.A.) - *Prendre soin, care et caring*, pp 244-249
 - VIGIL-RIPOCHE (M. A) - *Souffrance*, pp 283-285.
- IONESCU (S.), JACQUET (M.M.), LHOTE (C.) - Les mécanismes de défense. Théorie et clinique, Paris : Nathan 1 ère édition, 1997, 352 p.
- ROGERS (C.) - Le développement de la personne, Paris : InterEditions, 2^{ème} édition, 2005, 296 p.
- SCHEPENS (F.) and al - Les soignants et la mort, Paris, ERES, Clinique du travail, 2013, 264p.
 - GUERRA GOMES PEREIRA (M.H.) - *Du « sale boulot » au « bel ouvrage » : activités de soins et confrontation à la mort*, pp 227-240.
 - LE BRETON (D.) - *Face à ce qui reste : ambivalences du cadavre*, pp 57-70.
 - SCHEPENS (F.) - *introduction*, pp. 7-11.
 - SCHEPENS (F.) - *présentation*, pp.119-121.
- SOCIETE FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS - L'infirmier(e) et les soins palliatifs "Prendre soin" : éthique et pratiques, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 4^{ème} édition, 2009, 259 p.

↵ Articles

- ANTHOINE (E.) - L'empreinte de la mort dans le soin, L'aide-soignante n°158- Juin-juillet 2014, pp 29-31
- BYOK (I.) - Sens et valeurs de la mort, Médecine palliative, volume 1 n°2 décembre 2002, pp 103-112.
- CHAPOTTE (M.) - Résonances psychiques de la mort à l'hôpital : pertes et deuils des soignants, Kinésithérapie la revue n°176-177, Aout 2016, pp 58-63.
- LAULAN (C.) - la toilette mortuaire un soin particulier ?, Médecine palliative, volume 4, n° 2, avril 2005, pp 70-72.
- MERCADIER (C.) – Le travail émotionnel des soignants la face cachée du soin, Soins cadres de santé, n°65, Février 2008, pp 19-22
- RICCEUR (P.) - La souffrance n'est pas la douleur, Psychiatrie française, numéro spécial, juin 1992.
- SEBASTIEN (S.) - Les soignants face à la mort, La revue de l'infirmière n°180, Avril 2012, pp 39-41

↵ Documents non publiés

- CUDRE (D.) - Quand des infirmières racontent des émotions... Au cœur d'une posture professionnelle authentique. Mémoire de fin d'études présenté à la Haute école de la santé La Source, Lausanne, 2008, 63 p.
- MAUBON (M.) – Deuil des soignants : une souffrance à penser – Synthèse documentaire issue du centre de ressources national soins palliatifs François Xavier Bagnoud, Fondation œuvre de la croix Saint Simon, Avril 2011, 5 p.
- MORNET-PERIER (C.) - Les groupes : socialisation et influence, U.E 1.1 : Psychologie, sociologie, anthropologie semestre 2

↵ Textes officiels

- Article R1232-1 et 2 du Code de la santé Publique. Décret n°2005-949 du 2 août 2005 relatif aux conditions de prélèvement des organes, des tissus et des cellules et modifiant le livre II de la première partie du code de la santé publique. JORF 6 août 2005
- Article R4311-2 du Code de la santé Publique. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à l'exercice du travail infirmier. JORF n°183 du 8 août 2004

- Annexe 2 de l'arrêté 31 Juillet 2009. Relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. BO 15/08/2009
- Charte du droit du mourant établie par le Conseil de l'Europe en 1976

↪ Sites internet

- Site de la Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon [en ligne]. [consulté le 01/12/2016] Disponible sur : <http://www.croix-saint-simon.org>
- Définition de la mort [en ligne]. 2012 [consulté le 16/10/2016]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/mort>
- Définition de la relation [en ligne]. 2012 [consulté le 20/10/2016]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/relation>
- Association Elisabeth Kubler Ross [en ligne]. 2008 [consulté le 20/11/2016]. Disponible sur : <http://www.ekr.france.free.fr/deuil.htm>
- Tableau Espérance de vie, taux de mortalité et taux de mortalité infantile dans le monde en moyenne 2015-2020 [en ligne] modifié 02/2017 [consulté le 16/10/2016]. Disponible sur <http://www.insee.fr>
- Evolution du terme émotion [en ligne] 2007 [consulté le 19/04/2017] Disponible sur : <http://kairos.over-blog.org/article-6899102.html>
- Définition d'attitude [en ligne]. [consulté le 24/10/2016]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attitude>
- Définition d'équipe [en ligne]. [consulté le 16/10/2016]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/équipe>
- Définition d'émotions [en ligne]. [consulté le 28/10/2016]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/émotions>
- Définition de geste [en ligne]. [consulté le 18/10/2016]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/geste>
- Définition de la mort [en ligne]. [consulté le 16/10/2016]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mort>
- Définition de projection [en ligne]. [consulté le 10/04/2017]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/projection>
- Textes de lois [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
- Définition de Décès [en ligne]. [consulté le 20/04/2017]. Disponible sur : <http://www.lerobert.com>
- Définition de famille [en ligne]. [consulté le 16/04/2017]. Disponible sur : <http://www.lerobert.com>

- Définition de projection [en ligne]. [consulté le 10/04/2017]. Disponible sur :
<http://www.lerobert.com>
- Définition de soignant [en ligne]. [consulté le 15/04/2017]. Disponible sur :
<http://www.lerobert.com>
- Définition de soigner [en ligne]. [consulté le 15/04/2017]. Disponible sur :
<http://www.lerobert.com>
- Définition de soin [en ligne]. [consulté le 15/04/2017]. Disponible sur :
<http://www.lerobert.com>
- Définition de la famille [en ligne]. 2011 [consulté le 16/04/2017]. Disponible sur :
<http://lesdefinitions.fr/famille>
- PDF du référentiel de compétences du diplôme d'Etat d'infirmier [en ligne] 2009.
Disponible sur :
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf.

ANNEXES

Annexe I

Article R. 1232-1

Si la personne présente un arrêt cardiaque et respiratoire persistant, le constat de la mort ne peut être établi que si les trois critères cliniques suivants sont simultanément présents :

- 1° Absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée ;
- 2° Abolition de tous les réflexes du tronc cérébral ;
- 3° Absence totale de ventilation spontanée.

Annexe II

Article R. 1232-2

Si la personne, dont le décès est constaté cliniquement, est assistée par ventilation mécanique et conserve une fonction hémodynamique, l'absence de ventilation spontanée est vérifiée par une épreuve d'hypercapnie.

De plus, en complément des trois critères cliniques mentionnés à l'article R. 1232-1, il est recouru pour attester du caractère irréversible de la destruction encéphalique :

- 1° Soit à deux électroencéphalogrammes nuls et aréactifs effectués à un intervalle minimal de quatre heures, réalisés avec amplification maximale sur une durée d'enregistrement de trente minutes et dont le résultat est immédiatement consigné par le médecin qui en fait l'interprétation
- 2° Soit à une angiographie objectivant l'arrêt de la circulation encéphalique et dont le résultat est immédiatement consigné par le radiologue qui en fait l'interprétation.

Annexe III

Article R4311-2 Relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

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

- 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- 2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Annexe IV

Diplôme d'état d'infirmier référentiel de compétences

Compétences

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes ;
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Annexe V

Charte des droits du mourant, Conseil de l'Europe, 1976

- J'ai le droit d'être traité comme un être humain jusqu'à ma mort ;
- J'ai le droit de garder espoir même si les raisons de mon espoir varient ;
- J'ai le droit d'exprimer mes sentiments et mes émotions à ma manière, concernant l'approche de la mort ;
- J'ai le droit de participer aux décisions à prendre concernant les soins à me donner ;
- J'ai le droit de recevoir l'attention de l'équipe médicale, même s'il devient évident que je ne guérirai pas ;
- J'ai le droit de ne pas mourir seul ;
- J'ai le droit de ne pas avoir mal ;
- J'ai le droit d'obtenir une réponse honnête à mes questions ;
- J'ai le droit de ne pas être trompé ;
- J'ai le droit d'obtenir de l'aide venant de ma famille, afin de pouvoir accepter ma mort et ma famille à le droit de recevoir de l'aide afin de mieux pouvoir accepter ma mort ;
- J'ai le droit de mourir dans la paix et la dignité ;
- J'ai le droit de conserver mon individualité et de ne pas être jugé si mes décisions vont à l'encontre des croyances de ceux qui me soignent ;
- J'ai le droit de discuter et de partager mes expériences religieuses et spirituelles, même si elles sont différentes de celle des autres ;
- J'ai le droit d'attendre qu'on respecte mon corps après ma mort ;
- J'ai le droit d'être soigné par des gens capables de compassion et de sensibilité, compétents dans leur profession, qui s'efforceront de comprendre mes besoins et qui sauront trouver de la satisfaction pour eux-mêmes dans le support qu'ils m'apporteront alors que je serai confronté à la mort.

Annexe VI

Guide d'entretien MFEI

1. Depuis combien de temps exercer vous votre métier ? Et depuis combien de temps dans ce service ?
2. Avez-vous choisi de travailler dans ce service? Si oui, qu'elles en sont les raisons ?
3. Avez-vous déjà fait des toilettes mortuaires ?
4. Dans votre service qui effectue ce geste ?
5. Cela fait-il parti d'un protocole ou chaque soignant as-t-il sa manière de procéder ?
6. Avez-vous déjà rencontré des difficultés (émotionnelles) dans la réalisation d'une toilette mortuaire ? Si oui lesquelles ?
7. D'après vous, pourquoi ses difficultés sont apparues ?
8. Pensez-vous que l'équipe peut être un soutien dans la prise en charge d'un décès ?

Annexe VII

Tableau d'analyse des verbatims

MOT CLÉ	Personne(s) Ressource(s) (Fonction et lieu d'exercice)	Date D'entretien	Thème(s) abordé(s)	Idées Développées
Expérience	Céline (AS chambre mortuaire) Laetitia (IDE unité de soins palliatifs) Claudine (IDE unité de soins palliatifs)	8/03/2017 9/03/2017 15/03/2017	- Expérience dans le métier	<ul style="list-style-type: none">- A de l'expérience dans le métier : « En chambre mortuaire, depuis neuf ans »- A de l'expérience dans le métier : « : Bientôt 15 ans » mais peu dans le service : « depuis l'ouverture du service, c'est-à-dire il y a quatre mois »- Moins d'expérience en tant qu'infirmière mais aide-soignante auparavant : « Ca va faire quatre ans en tant qu'infirmière »- Jeune diplômée à toujours travaillée en HAD : « J'exerce le métier d'IDE au sein de l'HAD depuis que j'ai été diplômée, c'est à dire 8 mois »

	<p>Carla (IDE en HAD)</p>	<p>27/03/2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Choix de travailler dans ce domaine 	<ul style="list-style-type: none"> - Choix pour elle de faire des remplacements puis d'être embauché en chambre mortuaire car s'était détaché de la souffrance des patient et avait besoin de comprendre : « si je veux répondre à toutes mes questions autant que j'aille voir, c'était des remplacements de six mois [...] et voilà c'était une évidence que finalement dès qu'il y avait un poste ici je re postulerais » - Choix de travailler dans ce service pour la possibilité de qualités de soins apportés : « Pour la prise en charge du patient qui est, ben, optimale et on a normalement, on a quand même plus de temps que dans les autres services. » - Motivation pour venir dans le service : « Oui, c'était sur candidature libre avec un passage devant le jury, c'était bien cadré donc c'était un choix » - Apprécie la prise en charge cadré de l'unité : « On en avait des plus jeunes jusqu'à cinquante ans. Donc on faisait pas mal de soins palliatifs mais non cadrés » - Trouve un confort de travailler en unité : « Moi comme je voulais ce confort de travailler dans une unité ou c'est cadré ou il y a les médecins en permanence, ou il y a une équipe pluridisciplinaire donc c'est ce que je retrouve » - Choix du domicile pour la qualité de la relation et la diversité des soins : « la particularité de la relation avec le patient. C'est également la diversité des soins qui m'ont orienté vers ce service. »
--	----------------------------------	--------------------------	---	--

Toilette mortuaire	Céline (AS chambre mortuaire)	8/03/2017	- Signification de la toilette mortuaire	<ul style="list-style-type: none"> - La toilette mortuaire permet au soignant de faire son deuil : « Apporter les « derniers soins » à une personne dont on s’est occupé est important je trouve, cela permet de « faire son deuil ». » - Le deuil du patient est important pour continuer à soigner les vivants : « il faut donc que le soignant accepte cette fin pour qu’il puisse continuer à exercer sans souffrance psychologique et morale. »
	Laetitia (IDE unité de soins palliatifs)	9/03/2017		<ul style="list-style-type: none"> - Partage dans le travail : « donc voilà quand on est deux on en profite un qui fait la toilette l’autre qui reçoit la famille, voilà on se partage le travail. »
	Claudine (IDE unité de soins palliatifs)	15/03/2017	- La prise en charge du décès	<ul style="list-style-type: none"> - Ne font pas la toilette complète car travail repris par la chambre mortuaire : « après, tu as du le voir c’est la chambre mortuaire qui s’occupe vraiment de... nous ici, c’est vrai qu’on fait une toilette euh voilà, une toilette succincte »
	Carla (IDE en HAD)	27/03/2017		<ul style="list-style-type: none"> - Font la toilette mortuaire pour rendre le corps présentable pour la famille avant d’envoyer le corps à la chambre mortuaire : « Et depuis qu’ils ont le service mortuaire ici à l’hôpital, donc on fait juste une petite toilette s’il y a la famille qui va venir pour la présentation du patient » - C’est de la responsabilité de l’infirmière de retirer les dispositifs médicaux ou d’aider à la faire : « ça sera de notre responsabilité et des fois s’il y a des sondes à enlever ou des pansements à enlever ou même le pacemaker parce que tu le fait avec le médecin, tu lui sert au moins les instruments et nous on est obligé, si tu es la tu peux pas déléguer à quelqu’un d’autre » - Toilette faite à deux soignants qui se déplacent au domicile : « Ce sont les infirmières qui se déplacent lors du décès. Elles peuvent

			<p>- Pas de rituel spécifique</p>	<p>d'être accompagnées d'un autre soignant (IDE ou AS) mais également du cadre de garde »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Logique dans la toilette mortuaire comme la toilette classique : « du propre au sale, voilà, on va d'abord faire la toilette, après si on a les vêtements on va d'abord faire l'habillage avant de faire le maquillage, tu vois voilà quoi. » - Gère la toilette de la même manière qu'une toilette sur une personne vivante : « Ensuite j'effectue une toilette « classique » je dirais, sans différences avec une toilette auprès d'une personne en vie » - Chacun sa manière de faire : « qu'on a un petit peu chacun notre manière de faire » - Pas de protocole mais chacun à sa manière de procéder : « Au sein, de l'HAD, il n'existe pas de protocole à proprement dit, je dirais que c'est soignant-dépendant. » - Prépare un minimum la personne afin de la rendre présentable : « on les prépare un peu, par exemple faire le rasage ou coiffer la personne ou on la parfume après là où on a du mal c'est plutôt au niveau buccal, au niveau faciès ou des fois on ne peut pas faire plus que ça, parce que la personne elle a pris ces mimiques avec la douleur ou même la fatigue de la fin de vie ou elle est creusé et là on ne peut rien faire. » - Font une feuille de liaison pour la chambre mortuaire : « si la personne a beaucoup manifesté son attachement quel que soit la religion du coup, là on peut aussi le notifier sur la fiche de liaison »
--	--	--	-----------------------------------	---

			<ul style="list-style-type: none">- Attitudes lors d'une toilette mortuaire	<ul style="list-style-type: none">- Ressent un besoin de perfection par rapport aux familles : « Je suis peut-être un peu plus maniaque moi [...].Voilà c'est vrai que moi j'estime que la famille va voir pour la dernière fois, voilà, la personne décédée, qu'il faut qu'elle soit bien préparée, il faut que ce soit un travail soigné »- Soins de rendre le corps présentable pour la famille : « mais c'est surtout pour le rendre présentable pour la famille »- Se réfère à la famille afin de connaître leurs volontés en ce qui concerne l'habillement et accorde une attention au parfum: « certaines familles ont des souhaits particuliers, on se tourne alors vers eux pour qu'ils nous disent comment les habiller. À la fin, je parfume davantage le corps de la personne car je trouve les familles apprécient en général mais également pour « masquer » les odeurs. »- Continue de se comporter comme si la personne était toujours en vie : « parce qu'on les fait comme une toilette normale, on leur parle, « je vous tourne », comme si on avait toujours la personne
--	--	--	---	---

				<p>vivant qu'on avait ce matin, on est tous pareil de ce côté, on leurs parle »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certains soignants ne peuvent pas effectuer une toilette mortuaire en cas d'attachement important : « des fois ça arrive par rapport à l'attachement par rapport à la personne ou parce que la personne ne se sent pas bien et ne veut pas se confronter à un décès le matin, dire je peux pas le faire je vais chercher quelqu'un d'autre de l'autre côté pour faire la toilette ou pour préparer la personne décédée. »
Emotions	<p>Céline (AS chambre mortuaire)</p> <p>Laetitia (IDE unité de soins palliatifs)</p> <p>Claudine (IDE unité de soins palliatifs)</p> <p>Carla (IDE en HAD)</p>	<p>8/03/2017</p> <p>9/03/2017</p> <p>15/03/2017</p> <p>27/03/2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les difficultés émotionnelles du soignant face à la souffrance 	<ul style="list-style-type: none"> - Le travail en chambre mortuaire permet de se détacher de la souffrance : « quand je suis revenue après un an en chambre mortuaire, je me suis un peu pris dans la figure la souffrance des patients, des familles » - Des symptômes réfractaires peuvent perturber le soignant : « c'est plus peut être ça qui me bouleverse un peu plus euh... voilà sauf si on avait un symptôme réfractaire qu'on n'avait pas réussi à soulager tout dépend après les circonstances du décès et que après si ça se passe pas bien » - Lorsque il y a eu des symptômes visibles sur le corps : « ce qui m'as beaucoup touché c'est des personnes qui... en fait quand ils finissent « mal » c'est-à-dire des personnes qui ont duré longtemps, qui sont amaigris où vraiment ça fait le cadavre qu'on voit dans les films, ça, cette image peut me rester par exemple si c'est le soir je vais la voir un petit moment parce que ça » - Le soignant est sensible à la souffrance et l'aspire : « ... je te dis pas que j'arrive pas à la maison je vais pas dormir mais sur le coup tu l'aspire quand même, tu le partage. »

			<ul style="list-style-type: none"> - Différentes interventions des émotions 	<ul style="list-style-type: none"> - Quand la famille est en souffrance cela touche le soignant : « J'ai souvenir également d'une situation où la famille était présente et en grande souffrance. Nous avons dû interrompre la toilette mortuaire pour parler avec eux et échanger sur la situation.» - C'est la prise en charge famille qui est la plus difficile à gérer pour le soignant : « C'est, pour ma part, le plus compliqué dans un décès. » - Lors d'une toilette mortuaire sur quelqu'un qu'on connaît : « Donc voilà beaucoup d'émotions, les larmes qui arrivent et puis après on souffle, on passe à la toilette et puis après j'étais contente de lui faire la toilette, de le raser, de... voilà ben là il y a forcément des gestes que tu vas pas faire avec d'autres corps, parce que voilà c'était papi ». - Lors d'une toilette sur quelqu'un de jeune : « on avait eu une jeune fille de 14 ans, 14-15 ans sur un accident de scooter, donc voilà c'est un peu plus compliqué » - Quand on se projette : « Ben tu vois un papa, des enfants qui viennent voir la maman ça retourne, c'est obligé après voilà on reste des êtres humain, on a beau avoir un certain détachement, voilà là c'est des situations particulières qui vont nous toucher d'avantages ou on vas prendre beaucoup plus le temps, » - Lorsqu'il y a projection : « c'est de voir la peine de se projeter aussi, on devrait pas, mais bon voilà, quelqu'un qui perd son papa, sa maman, on peut se projeter ou même quand on voit des parents qui perdent leurs enfants ou même des enfants âgés ça reste des enfants, voilà c'est cette peine que ça j'ai du mal a bien gérer. »
--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none">- Quand le soignant se projette dans la souffrance et la mort du patient: « Euh... par rapport à l'apparence et tout... euh...surtout parce qu'on a toujours peur malgré tout de la mort, c'est quelque chose qui nous touche et qui nous angoisse quoi de toute façon on se projette dedans un petit...quoi inconsciemment derrière, on n'aimerait pas être comme ça. »- Les difficultés apparaissent face au chagrin de la famille : « les difficultés que je rencontre c'est plus avec le chagrin de la famille »- La tristesse de la famille touche le soignant : « Mais c'est plutôt le reste de la famille, ça te touche et tu la rencontres dans les rayons et elle te tombe dans les bras comme si tu étais de la famille, parce qu'on avait partagé beaucoup de choses. On va dans leurs intimités, on partage cette « souffrance », on les accompagne jusqu'au bout. On les voit dans la colère, on les voit dans tout, on les voit... »- « c'est pas les décès en soit parce que la personne elle est partie, c'est les histoires liées autour de familles »- Voir la tristesse des familles lors du soin mortuaire : « Je pense que c'est de voir leur souffrance face à leur proche défunt alors qu'on leur fait la toilette. Émotionnellement pour le soignant, c'est fort et peut même être déstabilisant. »- Lorsque le travail n'a pas pu être fait correctement : « je pense les fois où ça nous a posé le plus de problèmes émotionnels, ça a été sur une difficulté ou on a estimé qu'on n'a pas pu donner le meilleur de nous-même. Tu sais sur un dysfonctionnement du service, d'organisation, après les prélèvements d'organes des foies, j'ai été tourmenté parce qu'on n'a pas réussi à faire, voilà dans l'ordre »
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Les représentations du soignant vis-à-vis de la mort 	<ul style="list-style-type: none"> - La multiplicité des décès peut toucher un soignant même si celui ci est préparé: « mais quand même ça reste des moments très touchant quand on en fait plusieurs par exemple dans une semaine et ça nous touche mais finalement » - Peut être perturbé quand le corps reste chaud longtemps après la mort : « une personne qui est restée chaud longtemps bon tu te dis est ce qu'il est mort ou pas ? Donc ça c'est perturbant. Après c'est comme ça, c'est le corps qui va...donc s'éteindre tout doucement par rapport à une autre personne » - Lorsqu'il assiste au décès : « C'était un moment très fort, quand j'ai vu que la patiente commencer à gasper, je me rappelle avoir appréhendé, en me demandant comment j'allais réagir émotionnellement. [...].Sur le coup, j'ai ressenti de la tristesse.» - Le soignant a lui aussi peur de la mort : « Je pense que c'est surtout l'angoisse de la mort qu'on a tous au fond de nous. » - Se confronter directement à la mort peut choquer le soignant : « Psychologiquement c'est assez « violent ». Je n'ai pas retrouvé ce sentiment lorsque la toilette mortuaire est effectuée « à distance » du décès. [...].Je pense que c'est le fait d'avoir enchaîné les deux, cela a fait beaucoup d'émotions en même temps. Et psychologiquement, nous avons « visualisé » la mort.»
Soignants/ Equipe	Céline (AS chambre mortuaire)	8/03/2017	<ul style="list-style-type: none"> - La façon de gérer un décès au niveau de l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> - La parole est essentielle : « on en parle, on en reparle à l'un, l'autre et finalement on a jamais fait appel à un psychologue, parce qu'on en as jamais ressenti le besoin. [...] ça nous suffit pour désamorcer les problèmes oui. » - Discussion importante en équipe : « en équipe on discute pas mal sur la prise en charge des patient de la famille et voilà et on échange »

	<p>Laetitia (IDE unité de soins palliatifs)</p>	<p>9/03/2017</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Parler avec l'équipe permet d'évacuer : « Une fois que c'est fini c'est vrai que tu (siffle), il y a beaucoup d'émotions que tu as retenu, et c'est vrai que d'en parler avec les collègues, d'en déconner avec les collègues, en disant « toi je travaille pas avec toi parce que le binôme ça le fait pas à chaque fois on tue tout le monde » c'est des façons d'évacuer en même temps » - Il y a une solidarité de l'équipe en cas de moments difficile : « Mais l'équipe ça aide vachement et dans ces moments on est beaucoup très solidaire, on est tout le monde aide tout le monde et tu vois il y a pas des oublis ni rien » - L'équipe est un réel soutien pour le soignant : « l'équipe est un pilier dans ce genre de situation. Même si l'on est au clair avec la fin de vie et la mort qui en découle, ce ne sont jamais des situations simples et sans émotions » - Permet de mettre des mots sur le ressenti : « Ça aide également à analyser, car parfois, nous avons des réactions que nous ne comprenons pas forcément (exemple : mécanismes de défenses). En discuter avec l'équipe permet donc de comprendre ce qu'il s'est passé à distance, avec du recul et surtout un regard extérieur à la situation. »
	<p>Claudine (IDE unité de soins palliatifs)</p>	<p>15/03/2017</p>		
	<p>Carla (IDE en HAD)</p>	<p>27/03/2017</p>		

Résumé

Dans les services, au quotidien, les soignants sont confrontés à la mort des patients. Ils doivent composer avec cela alors que tout dans la société est fait pour l'éloigner au maximum. Suite à une situation rencontrée en stage, mettant en évidence une charge émotionnelle importante de l'ensemble de l'équipe pendant la toilette mortuaire et l'accueil de la famille, je me suis questionnée. *En quoi les émotions des soignants influencent-elles la prise en charge post-mortem ?* Après avoir développé mes recherches autour de la mort, de la toilette mortuaire, des rites et rituels et de l'importance de l'équipe, j'ai effectué des entretiens exploratoires auprès de soignants étant confrontés régulièrement à la mort. De ces entretiens, il ressort que les difficultés émotionnelles des soignants viennent surtout au contact de la famille endeuillée. Au terme de ces recherches j'en suis venue à me demander : *En quoi la projection du soignant, dans la souffrance de la famille, lors d'un décès, a-t-elle un impact sur ses émotions ?* Cela m'a conduit à élaborer un protocole de recherche orienté sur une analyse qualitative, à l'aide d'entretiens semi directifs j'interrogerais des soignants sur le ressenti de leurs émotions et sur la possibilité de les exprimer en équipe.

Mots clés

- Mort
- Emotions
- Equipe
- Toilette mortuaire
- Famille

Abstract

Daily, in services, caregivers are faced with the death of patients. They must compromise with that while everything in society is done to keep it away. Following an encountered situation during a work placement, highlighting an important emotional charge of the whole team during the last offices and the reception of the family, I asked myself; *what extend caregivers 'emotions influence the post-mortem care?* After having developed my research around death, last offices, rituals and the importance of the team I conducted exploratory interviews with caregivers who are regularly confronted with death. Of these interviews, it appears that the emotional difficulties of caregivers come mostly to the contact of the bereaved family. At the end of these research, I asked myself: *In what way does the caregiver's projection, in the suffering of the family, in a death, have an impact on his emotions?* This led me to develop a research protocol oriented on a qualitative analysis, using semi-directed interviews I would interview caregivers on the feeling of their emotions and the possibility of expressing them in teams.

Keywords

- Death
- Emotions
- Team
- Last offices
- Family

