



**GHU PARIS**  
PSYCHIATRIE &  
NEUROSCIENCES  
Sainte-Anne

**INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ**



## **La place de la mort en Éhpad : entre tabous et pratiques institutionnelles**

**Sous la direction de Monsieur Christian GILIOLI**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master (1<sup>ère</sup> année)  
« Sciences de l'éducation, parcours cadres d'intervention en terrains sensibles ».

**Carine MARTIN**  
**Promotion Rogers : 2018 – 2019**  
**Date du Jury : juin 2019**









**La place de la mort en Éhpad :  
entre tabous et pratiques institutionnelles**

**Sous la direction de Monsieur Christian GILIOLI**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master (1<sup>ère</sup> année)

« Sciences de l'éducation, parcours cadres d'intervention en terrains sensibles ».

**Carine MARTIN**  
**Promotion Rogers : 2018 – 2019**  
**Date du Jury : juin 2019**









---

## Remerciements

---

Je souhaite remercier très sincèrement mon directeur de mémoire, M. Gilioli, pour son accompagnement rassurant et sa grande disponibilité.

Merci aux cadres formateurs de l'IFCS de Sainte-Anne pour leur bienveillance et leur suivi.

Merci également à Fanny Salane et Olivier Brito, maîtres de conférences à l'université Paris-Nanterre La défense, pour la qualité de leurs enseignements et leurs encouragements.

Je suis reconnaissante envers les professionnels de terrain qui m'ont permis d'enrichir ma recherche par leur sincérité et leur disponibilité.

Merci à mes collègues étudiants cadre de santé pour les échanges riches qui nous ont permis tout au long de cette année de grandir ensemble.

Enfin, je remercie de tout cœur mon mari et mes enfants pour leur présence et leur compréhension, mes parents et mes sœurs pour leurs relectures minutieuses et leurs précieux conseils.



---

## Liste des sigles utilisés

---

AGGIR :	autonomie gérontologique groupe iso-ressource
ANESM :	agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
CREAI :	centre d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
DREES :	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ÉHPAD :	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FHF :	fédération hospitalière de France
FNADEPA :	fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées
GEFERS :	groupe francophone d'études et de formations en éthique de la relation de service et de soin
GIR :	groupe iso-ressource
HAD :	hospitalisation à domicile
HAS :	Haute Autorité de Santé
IDE :	infirmier(ère) diplômé(e) d'État
IGAS :	inspection générale des affaires sociales
ONFV :	observatoire national de la fin de vie



---

## Table des matières

---

<b>Introduction</b> .....	p 3
<b>Première partie : du thème de départ à la question de recherche</b> .....	p 5
1. Thème et motivation .....	p 5
1.1 Choix du thème .....	p 5
1.2 Motivation et prénotions .....	p 5
2. Question de départ .....	p 6
3. Exploration du sujet .....	p 6
3.1 Les questions que je me pose .....	p 6
3.2 À propos de la vieillesse .....	p 7
3.3 Éhpad : des mouvoirs aux lieux de vie .....	p 8
3.4 La place de la mort en Occident : du Moyen Âge au XX <sup>e</sup> siècle .....	p 8
3.5 Repères démographiques et statistiques .....	p 9
3.6 Règles de bonnes pratiques .....	p 10
4. La mort et le deuil, deux concepts indissociables .....	p 11
4.1 La mort .....	p 12
4.1.1 La mort aujourd'hui .....	p 12
4.1.2 La mort en Éhpad .....	p 12
4.1.3 Les rites .....	p 13
4.2 Le deuil .....	p 16
4.2.1 Définitions .....	p 17
4.2.2 Deuil et société .....	p 18
4.2.3 Les soignants et le deuil .....	p 19
5. Entretiens exploratoires .....	p 21
5.1 Regard d'une animatrice .....	p 21
5.1.1 Choix de la première personne interviewée .....	p 21
5.1.2 Ce que cet entretien a permis de confirmer .....	p 21
5.1.3 Les nouvelles pistes découvertes .....	p 22

5.2	Regard de professionnels des soins palliatifs .....	p 23
5.2.1	Choix de la deuxième rencontre .....	p 23
5.2.2	Ce que cet entretien a permis de confirmer .....	p 23
5.2.3	Les nouvelles pistes découvertes .....	p 24
6.	Orientation de mon travail .....	p 25
6.1	Question de recherche .....	p 25
6.2	Hypothèse .....	p 26
	<b>Deuxième partie : phase exploratoire</b> .....	p 27
1.	Méthodologie de l'enquête .....	p 27
1.1	Objectifs de l'enquête .....	p 27
1.2	Choix des outils .....	p 27
1.3	Population ciblée .....	p 28
1.4	Lieu d'enquête .....	p 28
1.5	Présentation des personnes interviewées .....	p 29
1.6	Présentation des entretiens .....	p 30
1.7	Difficultés et limites .....	p 31
2.	Analyse et discussion .....	p 31
2.1	Analyse .....	p 32
2.1.1	La mort dans la société est-elle encore taboue ? .....	p 32
2.1.2	Parler de la mort en Ehpad, une évidence ? .....	p 34
2.1.3	La prise en charge de la mort dans l'institution .....	p 35
2.1.4	Les soignants et la mort .....	p 38
2.2	Discussion et ouverture.....	p 44
2.2.1	Limites de la discussion .....	p 44
2.2.2	Discussion des résultats au regard des concepts .....	p 45
2.2.3	Validation de l'hypothèse .....	p 50
2.2.4	Ouverture sur un nouveau concept : la reconnaissance ....	p 51
	<b>Conclusion</b> .....	p 53
	<b>Bibliographie</b> .....	p 55
	<b>Annexes</b>	
	Annexe I : Guide d'entretiens semi-directifs	
	Annexe II : Retranscription de l'entretien numéro 5 avec Érika	

## INTRODUCTION

Dans le cadre de mes études à l'institut de formation des cadres de santé de Sainte-Anne à Paris, j'ai été amenée à conduire un travail de recherche en sciences sociales.

Ce mémoire participera à la validation du diplôme de cadre de santé, et de la première année du master « Sciences de l'éducation, parcours cadre d'intervention en terrains sensibles ».

À notre époque où tout va très vite et où chacun d'entre nous court d'une activité à une autre, ce travail de recherche fut pour moi l'occasion de prendre du temps. Du temps pour m'interroger sur un phénomène social apparu à partir du XIX<sup>e</sup> siècle : la représentation de la mort et les tabous qui l'accompagnent. La mort nous touche tous. D'une part, personnellement, par notre mort future et inévitable et par la mort de proches. D'autre part, pour les soignants, dans leur vie professionnelle en étant confrontés aux décès de patients et de résidents. Dans ce cadre, la mort s'est imposée à moi par sa présence régulière et par toute une gamme d'émotions qu'elle provoque selon le contexte : colère, incompréhension, impuissance mais aussi quelquefois soulagement et sérénité. Lors de ces expériences vécues, une constante m'est apparue : la mort est toujours singulière. Par ailleurs, j'ai pu observer beaucoup de mécanismes de défense chez les soignants : parades pour limiter l'angoisse qu'elle peut apporter, la banalisation, le mensonge, la fuite, en sont des exemples.

La mort et le deuil qui l'accompagne ne sont donc pas des sujets anodins car ils touchent chacun de façon intime dans sa vie privée comme dans sa vie professionnelle.

Un décès dans un Éhpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) a un impact plus ou moins important sur les autres résidents selon les liens qui se sont créés. Ma question de départ était « **Comment les équipes accompagnent-elles et soutiennent-elles les résidents lors de l'annonce d'un décès en Éhpad ?** »

Demain, je serai cadre dans une unité de soins et la mort y sera présente. Je suis convaincue que ce travail de recherche réflexive m'aidera dans mes futures fonctions d'encadrement à guider et à accompagner les équipes qui m'entoureront dans leur approche de ce concept.

Ce travail est composé en deux parties.

La première partie retrace mon cheminement depuis mon constat initial jusqu'à l'élaboration de ma problématique. Les différentes lectures et les enquêtes exploratoires effectuées ont permis de déterminer mon thème de départ, d'approfondir mes connaissances,

mais aussi d'avancer dans mes réflexions et de développer des concepts en lien avec ce thème. À la suite de ce nouvel éclairage, j'ai pu affiner l'objet de mon travail et la question de recherche à laquelle je vais tenter de répondre est « **Comment la pratique de rites institutionnels aide les soignants à accompagner les résidents lors d'un décès en Éhpad ?** » L'hypothèse retenue est que les rites mis en place par l'institution sont utiles aux soignants pour vivre leurs deuils.

La seconde partie présente l'enquête de terrain réalisée dans trois services d'Éhpad, auprès de huit infirmiers. Elle comprend la méthodologie d'enquête ainsi que l'analyse et la discussion des résultats dont le but est d'affirmer ou d'infirmer mon hypothèse.

Pour conclure, je mettrai en évidence les points clés de ma démarche, les apports que ce travail m'a permis de m'approprier et les perspectives qui découlent de ce travail de recherche.



# **PREMIÈRE PARTIE**

## **Du thème de départ à la question de recherche**

### **1. Thème et motivation**

#### **1.1 Choix du thème**

J'ai principalement effectué ma carrière d'infirmière au sein d'un service d'urgences. Puis, pendant un an et demi, j'ai exercé comme faisant fonction cadre de santé au sein d'un Éhpad où j'ai pu découvrir un secteur plein de vie, dynamique et novateur. Mais le temps passé sur ce nouveau secteur fut finalement assez court et ne m'a pas permis d'aborder tous les sujets qui me posaient question.

En particulier, je me souviens d'une situation qui fut le point de départ de ma réflexion.

Un résident, d'un des services de l'Éhpad où j'exerçais, était atteint d'une leucémie. C'était un résident plutôt jeune (70 ans), porteur d'un handicap mental. Il a vécu en foyer avant d'entrer en Éhpad et, de ce fait, connaissait depuis plusieurs années d'autres résidents issus des mêmes foyers. C'était un résident jugé gentil par tout le monde (personnel et pensionnaires) ce qui le rendait très populaire. Lorsqu'il décéda, il y eut un grand sentiment de tristesse de la part des équipes comme des usagers. Les résidents décidèrent de se cotiser pour acheter une couronne de fleurs et demandèrent à être présents à l'enterrement. Les soignants et les résidents se regroupèrent autour des fleurs dans le salon et échangèrent ainsi sur leurs émotions, leurs souvenirs. En repensant à cet événement, je me suis aperçue que ce rituel n'était pas automatiquement appliqué. Je me suis alors demandé quelles sont les pratiques soignantes lors d'un décès, s'il existe une réflexion d'équipe ou si chacun fait comme il peut sur le moment.

#### **1.2 Motivations et prénotions**

Future cadre de santé, je serai amenée à conduire les équipes autour de réflexions éthiques comme celles posées par ce sujet, que ce soit en Éhpad ou ailleurs.

Ce thème abordant les décès en Éhpad est transposable sur d'autres unités.

Ce temps de recherche est l'occasion pour moi de développer ma réflexion et mon positionnement managérial sur l'accompagnement des usagers.

Avant de débiter ce travail, la mort ne me semblait pas vraiment taboue. N'est-elle pas omniprésente dans notre société (jeux vidéo, films, par exemple) et hypermédiatisée ? Je pensais également que les soignants, professionnels du soin et de la fin de vie, devaient arriver à maîtriser leurs émotions lors d'un décès. Maîtrise en lien, pour moi, avec une juste distance dans la relation soignant-soigné. La suite de mes recherches va rapidement me montrer que mes représentations n'étaient pas tout à fait en adéquation avec la teneur des différentes lectures effectuées.

## **2. Question de départ**

Comment les équipes accompagnent-elles et soutiennent-elles les résidents lors de l'annonce d'un décès en Éhpad ?

## **3. Exploration du sujet**

Ce thème s'inscrit dans une recherche clinique, dans les champs de la psychologie, de la sociologie et de l'éthique.

La mort, thème incontournable de ma recherche, est un sujet universellement traité et présente une multitude d'approches. Afin de ne pas me perdre dans les nombreux écrits, j'ai choisi de centrer mes recherches sur les pratiques occidentales.

### **3.1 Les questions que je me pose**

Comment est annoncé un décès aux résidents qui, en raison de leur âge, peuvent se sentir plus personnellement concernés par le sujet de la mort ? Quels rituels, s'ils existent, sont pratiqués au sein de l'institution ? La mort est-elle un sujet tabou ? Existe-t-il des espaces de parole ? Quel accompagnement leur est proposé ? Comment se positionner face à un résident porteur de démence ? Comment accompagner le deuil des résidents ?

Du côté des soignants, existe-t-il un espace de réflexion sur ce sujet ? Existe-t-il un consensus d'équipe sur les pratiques ? Sont-ils en souffrance ? Des formations spécifiques sont-elles proposées ?

Face à toutes ces questions, j'ai entrepris de lire plusieurs ouvrages sur le thème du décès en Éhpad. J'ai eu quelques difficultés au début car je cherchais des articles qui traitaient

précisément de mon sujet. Puis, en m'aidant des bibliographies de ces premières lectures et des citations faites par les auteurs, j'ai pu élargir mes recherches.

### 3.2 À propos de la vieillesse

À quel âge est-on vieux ? La réponse à cette question ne semble pas aller de soi : la notion de vieillesse est subjective, variable selon l'environnement social. Selon Bourdieu « L'âge est une donnée biologique socialement manipulée et manipulable » (Ennuyer, 2011, p.127). « Le réflexe professionnel du sociologue est de rappeler que les divisions entre les âges sont arbitraires. C'est le paradoxe de Pareto disant qu'on ne sait pas à quel âge commence la vieillesse, comme on ne sait pas où commence la richesse » (Bourdieu, 1984, p.143). Quel que soit l'âge exact du début de la vieillesse, elle se prolonge. Autrefois, retraite rimaient avec fin de vie quand aujourd'hui on peut espérer bénéficier de 21 années de retraite avant d'être vieux (Ennuyer, 2011). L'allongement de la vie est une chance pour chacun, le vieillissement s'accompagne de pertes mais aussi de gains. Or notre société, obsédée par la peur de mourir, se focalise sur ces pertes et reste peu attentive à ces gains (Fiat, 2008).

Raymond Gueibe, psychiatre et formateur au groupe francophone d'études et de formations en éthique de la relation de service et de soin (GEFERS), rappelle que la vieillesse n'est pas une maladie mais une évolution « normale » et que ce qui est « normal » évolue avec le temps. L'auteur déplore le regard actuel que porte la société sur ses aînés. « Le vieux ne représente plus un modèle de sagesse qui inspirait le respect ; c'est la jeunesse qui devient un modèle à entretenir » (Dupuis, Gueibe, & Hesbeen, 2017, p.37). Selon Gueibe, si les enfants tiennent autant à ce que leurs parents restent jeunes et en bonne santé, c'est que leur présence semble être un rempart tenant à distance leur propre mort. Pourtant « si nous voulons vivre longtemps, il nous faut accepter de vieillir » (Dupuis et al., 2017, p.37).

À ce propos, le sociologue Michel Billé parle de la « Tyrannie du bien vieillir » (Billé, 2009, p.7). Malgré les apparences a priori agréables de ce concept, l'auteur met en garde et s'interroge sur le bien-fondé de celui-ci. Bien vieillir fait consensus : qui voudrait mal vieillir ? Mais à y regarder de plus près, ne s'agirait-il pas d'une injonction de la société envers les seniors ? Vouloir à tout prix gommer les caractéristiques du vieillissement serait, au fond, une parade pour éloigner l'image du vieillissement rappelant un peu trop la perspective de la mort. Alors demande est faite aux aînés de « gérer » leur capital santé pour ne pas vieillir trop vite

comme on gère son stress, son temps... L'homme moderne souhaite que tout soit sous contrôle, « il récuse toute imposition hétéronomique pouvant peser sur son destin, qu'il s'agisse de Dieu ou de la nature » (Gilioli, 2015, p.149).

« La vie se termine par la mort ce n'est pas une raison suffisante pour refuser de vivre en refusant de vieillir » (Billé, 2009, p.10).

### **3.3 Éhpad : des mouiroirs aux lieux de vie**

Jusqu'au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, les personnes âgées sont encadrées par la solidarité familiale. Seuls les indigents ou les sans famille sont placés à l'hospice. C'est juste après la seconde guerre mondiale que naît le concept de maison de retraite. De nombreux changements, comme les progrès de la médecine, l'allongement de l'espérance de vie, l'augmentation du nombre de femmes qui travaillent et les logements plus petits, ont participé à l'augmentation du nombre de personnes hébergées en maison de retraite. Ces lieux de fin de vie sont devenus des lieux de vie (Poletti, 2004). Ces institutions sont organisées en lieu de vie, lieu social ouvert sur l'extérieur. Puis, les soins à domicile se sont développés et les personnes admises dans ces établissements le sont de plus en plus tard, quand la dépendance est devenue très grande. Les maisons de retraite se sont transformées en Éhpad, et accueillent principalement des personnes ayant atteint ou dépassé le « grand âge » (Laroque, 2004). « Cet accueil est défini comme « durable » voire « indéterminé » si on veut éviter le terme « définitif » qui souligne trop crûment que la « sortie normale » de ce type d'institution est le décès » (Laroque, 2004, p. 20). L'Éhpad est associé à l'évocation d'un lieu de mort à l'image terrifiante des mouiroirs des anciens hospices où les grabataires mouraient sans soins et sans accompagnement. Le personnel des établissements s'efforce de lutter contre cette représentation effroyable, même si les Éhpad ont pour vocation l'accueil jusqu'à la fin de la vie et que ce rôle est encore tabou dans notre société.

### **3.4 La place de la mort en Occident : du Moyen Âge au XX<sup>e</sup> siècle**

L'évolution de la représentation de la mort dans nos sociétés occidentales est décrite par Philippe Ariès, historien, dans plusieurs ouvrages. Dans *Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen Âge à nos jours*, il répartit cette évolution lente en quatre périodes.

Au début du Moyen Âge, la mort est acceptée comme étant de l'ordre de la nature, liée au destin et à la foi. On « attend la mort au lit » (Ariès, 2015, p.23) entouré de ses proches : famille (y compris les enfants), amis et voisins sont présents. La chambre devient un espace public où le mourant préside la cérémonie. Cette période est dite de « la mort apprivoisée » (Ariès, 2015, p. 24) dans le sens où celle-ci était, à cette époque, familière.

Au milieu du Moyen Âge, l'homme prend conscience de son individualité. Ce changement de paradigme est nommé « la mort de soi » (Ariès, 2015, p. 45). La religion prend en compte dans le jugement dernier les actes de l'individu, et accroît, de fait, la singularité de chaque mort. À partir du XIII<sup>e</sup> siècle, le rapport entre le défunt et sa famille évolue. La douleur de l'entourage s'accroît face à la perte du mourant : c'est la « mort de toi » (Ariès, 2015, p. 46). L'utilisation du testament évolue également. La famille a maintenant la confiance du mourant pour respecter ses dernières volontés. Le testament sert désormais à distribuer les biens du mourant : c'est devenu un acte laïc.

Les représentations de la mort vont évoluer lentement entre le XIX<sup>e</sup> et le XX<sup>e</sup> siècle. La mort devient peu à peu taboue : c'est « la mort interdite » (Ariès, 2015, p. 61). Elle suscite tant d'émotions qu'on évite même d'en parler. Le malade, atteint d'une pathologie incurable, ne sera pas informé de son état. D'une part pour le ménager, mais aussi, d'autre part, pour éviter à l'entourage d'affronter des émotions trop fortes et insupportables. Ainsi, on meurt de plus en plus à l'hôpital et le mourant se retrouve seul. « La mort si présente autrefois, tant elle était familière, va s'effacer et disparaître. Elle devient honteuse et objet d'interdit » (Ariès, 2015, p.61). Dans une société où le bonheur est une nécessité, parler de tristesse devient dérangeant. Comment alors traverser la période de deuil quand en parler est si difficile ?

### **3.5 Repères démographiques et statistiques**

Sur le territoire français, 6850 Éhpad accueillent des séniors (maisons-de-retraite, s.d). En 2015, 728 000 personnes vivent en Éhpad, soit 10 % des plus de 75 ans et un tiers des 90 ans et plus (Muller, 2017).

Les Éhpad n'ont jamais aussi bien porté leur appellation de personnes âgées « dépendantes ». Les unités d'Éhpad admettent principalement des personnes très dépendantes. La grille Aggir (autonomie gérontologique groupe iso-ressource) permet d'évaluer le niveau d'autonomie des personnes. Il existe six groupes « iso-ressources ». Plus le

chiffre est bas, plus la dépendance est élevée. Selon cette classification, sont majoritairement accueillies des personnes classées en GIR (groupe iso-ressource) 1 à 4 ; soit plus de huit personnes sur dix (Muller, 2017).

La présence de cette nouvelle population, plus dépendante, a des répercussions sur la vie et l'organisation des Éhpad.

Les décès en Éhpad sont plus fréquents, 25% des résidents d'Éhpad décèdent chaque année (FHF, 2013). L'ONFV (observatoire national de la fin de vie) a publié les résultats d'une enquête effectuée en 2013 mettant en évidence que parmi les décès des résidents 75% avaient lieu au sein même de l'Éhpad et 25% à l'hôpital.

J'en déduis que, même si les Éhpad sont des lieux de vie, la mort y est côtoyée de façon récurrente.

### **3.6 Règles de bonnes pratiques**

L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) est la référence des règles de bonnes pratiques pour les Éhpad en France. Depuis avril 2018, elle a rejoint la Haute Autorité de Santé (HAS) ce qui lui procure plus de visibilité. Les thèmes qu'elle aborde ciblent essentiellement le développement de la qualité de vie et ce n'est que très récemment que l'Anesm a publié des recommandations sur l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie en Éhpad. Dans ces institutions, le développement des partenariats avec les équipes de soins palliatifs a très probablement emboîté le pas à ce changement de paradigme.

Selon l'Anesm (2017) ces recommandations s'inscrivent dans un nouveau contexte législatif :

- La loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, qui renforce les dispositions qui existaient auparavant.
- La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement dont l'annexe rappelle la nécessité concernant les Éhpad d'améliorer l'accompagnement de fin de vie : recours aux équipes de soins palliatifs et à l'hospitalisation à domicile quand la nature et la gravité des symptômes le justifient,

développement de la formation des professionnels intervenant, faire de l'accompagnement de fin de vie un des objectifs du projet d'établissement.

Ces recommandations sont des mesures de deux plans nationaux :

- le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie, dont la mesure n°7 « Diffuser les bonnes pratiques » prévoit l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, leur diffusion aux professionnels et l'évaluation de leur appropriation (Ministère des solidarités et de la santé, 2016).
- le plan maladies neurodégénératives 2014-2019, dont la mesure n°30 « Améliorer l'accompagnement de la fin de vie » vise à garantir à chaque malade la prise en compte dans son projet personnalisé de la fin de sa vie (Gouvernement.fr, 2018).

L'un des enjeux de ces nouvelles recommandations 2017 de l'Anesm est l'accompagnement des proches, des autres résidents et des professionnels, notamment lors du décès d'un résident (Anesm, 2017).

#### **4. La mort et le deuil, deux concepts indissociables**

Nous avons vu que les décès sont fréquents en Éhpad et que de ce fait les résidents y sont confrontés.

Par ailleurs, les résidents vivent en communauté (chambres partagées, repas pris en commun, activités de groupe). Ils créent à ces occasions des liens de proximité, voire d'amitié, dont il faudra tenir compte en cas de décès d'un des leurs.

Pour toutes ces raisons, la prise en soin des résidents devrait être adaptée à cet environnement.

Les Éhpad ont pour missions d'encourager le lien social, d'aider les personnes à trouver ou retrouver du sens à la vie. Les projets de vie et les différentes animations ont ce rôle-là. Mais qu'est-il proposé aux résidents pour les accompagner face à la mort (celle des autres et la leur à venir) et pendant les périodes de deuil ?

Je vais explorer ces deux concepts : mort et deuil, en m'appuyant sur mes différentes lectures.

## **4.1 La mort**

### **4.1.1 La mort aujourd'hui**

La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que la mort est devenue taboue dans nos sociétés occidentales. Il existe même un consensus autour de la banalisation de la mort, particulièrement chez les personnes âgées, qui entraînerait presque de l'indifférence. Les raisons de ces changements de paradigme sont multiples. Les morts prématurées étant plus rares dans la population générale, la vieillesse est devenue synonyme de mort, ce qui est particulièrement angoissant.

Tout est fait, aujourd'hui, pour créer une illusion d'immortalité. Les progrès de la science et de la médecine y sont pour beaucoup. Les morts violentes sont hyper médiatisées contrairement aux morts naturelles. « Le bruit de la mort contraste avec la pauvreté des rites ou de la réflexion qui l'accompagne » (Brioul, 2017, p.70 citant Martine Lussier). Il s'agit en fait de morts potentiellement « évitables », cela permet à chacun de se sentir moins concerné.

De nouveaux courants de pensée niant la mort font leur apparition. Le transhumanisme, selon lequel la science pourrait, à plus ou moins court terme, développer les capacités physiques et psychiques des humains pour les rendre quasi immortels, en est un exemple.

La société, qui a progressivement laissé de côté les rites religieux traditionnels et la mort, ne permet plus aux individus de s'y préparer. La mort autrefois familière est devenue angoissante et insupportable. « La modernité nous a fait rentrer dans l'ère [...] de l'individualisme » (Brioul, 2017, p.37) où il faudrait gérer la mort (des autres comme la sienne) de la même façon que tout est « géré », c'est-à-dire sous contrôle. « La mort est devenue individuelle et déritualisée, même antisociale » (Croyère, 2014, p.81).

La fin de vie, autrefois accompagnée par les proches, est aujourd'hui abandonnée aux professionnels.

### **4.1.2 La mort en Éhpad**

L'entrée en Éhpad est un moment particulier. C'est une décision souvent prise dans la contrainte, devant un maintien à domicile devenu impossible. Les évolutions de notre société telles que l'éclatement des familles, le fait que les femmes travaillent, la vie en appartement ne



facilitent pas l'accueil des personnes âgées au domicile des proches. Ce changement de vie est une « forme de mort sociale » (Croyère, 2014, p.82) pour les personnes âgées qui y sont confrontées. Il est souvent brutal et synonyme de pertes. Perte de sa maison, de ses meubles, de ses habitudes, de ses amis et voisins. C'est une période qui favorise la fragilité chez des individus qui doivent faire face à la perte progressive d'autonomie et à l'augmentation de dépendances.

L'image de maisons de retraite « mouvoirs » est encore présente dans la représentation collective et ajoute à la difficulté de se projeter en institution.

En entrant en Éhpad, les personnes âgées sont confrontées aux réflexions sur leur propre finitude. Il s'agit, en effet, de leur dernière demeure et la place qu'elles occupent a bien souvent été libérée à la suite d'un décès.

La vie en institution, organisée en communauté, va amener les pensionnaires à être confrontés aux décès des autres résidents. « On sait que tout changement survenant dans l'établissement constitue pour beaucoup de résidents un risque majeur de déstabilisation. Le vieillissement accentue encore le risque que les résidents soient déconcertés lors d'événements inhabituels » (Brioul, 2017, p.47). Ce constat fait, les institutions se doivent d'accompagner les résidents. « Les Éhpad ont un rôle social important pour accompagner les personnes âgées à vivre chaque étape de leur vie, y compris leur toute fin de vie, mais aussi pour aider notre société à réapprivoiser la mort » (Olivier, 2015, p.69).

Les directives anticipées sont un moyen d'aborder le sujet de la fin de vie avec les résidents. Le projet personnalisé peut également être un support pour évoquer ce thème. « Qu'elle (la mort) soit crainte, attendue, imaginée, préparée, refusée, niée, verbalisée, elle est omniprésente, le défi étant de la penser et de lui donner du sens » (Hecquet 2011, p.31).

Cependant, il n'est pas toujours simple pour les soignants dans une organisation de service rentabilisée de dégager du temps d'écoute, d'être disponibles pour les résidents.

L'Anesm (2017, p. 57) explique que « faire une place à la mort en Éhpad, permet à tous de s'y préparer et de la vivre le mieux possible ».

### **4.1.3 Les rites**

Plusieurs définitions du mot « rite » sont possibles selon le contexte dans lequel il est employé. Dans ce travail, le mot rite est utilisé au sens anthropologique du terme c'est à dire de

« rite funéraire ». Selon Soares, (2011) « Un rite est une action appartenant à la culture d'une société chargée d'une dimension symbolique renvoyant à l'imaginaire de l'homme, mais portant une croyance collective ». Louis-Vincent Thomas déclare qu'il s'agit d'« essayer d'esquisser les grandes lignes des comportements des hommes face à la mort, au cours des âges et dans les principales aires culturelles de l'humanité » (Thomas, s. d). Catherine Le Grand-Séville le définit comme suit : « le mot « rite », pour l'anthropologue, signifie une pratique réglée, collective et transmise, qui a souvent un caractère sacré et qui porte toujours une dimension symbolique » (Le Grand-Séville, 2014, p. 461).

Les rites funéraires peuvent être séparés en quatre catégories :

- rites d'oblation : soins pratiqués sur le moribond afin de préserver son apparence de son vivant
- rites de séparation : fermeture des orifices corporels, fermeture du cercueil
- rites d'intégration : inscription du défunt dans le monde des morts
- rites de commémoration : cérémonie religieuse, banquet funèbre

(Bacqué, 1997)

De tous temps, les rites ont existé dans toutes les sociétés humaines. L'homme, par ses rituels, cherche à donner du sens à ce qui l'entoure, à apprivoiser la mort, à remettre de l'ordre. Appelé dans ce cas « ordre rituel », il permet d'intégrer la mort à « l'ordre humain » et ainsi de retrouver une stabilité permettant de diminuer l'angoisse de mort (Le Grand-Séville, 2014).

À propos des rites funéraires, Michel Brioul, précise que « C'est pour tenter de donner sens à cet événement scandaleux qu'est la mort que [...] les hommes ont instauré les rituels funéraires [...] : il est nécessaire de le symboliser pour en dépasser l'inacceptable réalité » (Brioul, 2017, p.13). Il insiste sur l'idée de séparation : « Les rites ont fonction de permettre le passage d'un état, d'une situation à une autre. [...] (ils) posent une limite entre deux moments ou deux mondes » (Brioul, 2017, p.39).

Catherine Le Grand-Séville, (2014, p. 467) le résume ainsi : « le bon déroulement des rites, et particulièrement du rituel d'adieu, a pour fonction de fixer la place de chacun, morts et vivants ». Sans oublier qu'une des fonctions principales des rites est d'autoriser et de canaliser la souffrance (Berthod, 2009).

La plupart des auteurs s'accordent à dire que ces rites tendent à disparaître. Cependant, ce sont surtout les rites traditionnels et religieux qui se raréfient à la suite de la baisse des

pratiques religieuses. Ce mouvement, qui voit un affaiblissement de l'emprise de la religion et des institutions religieuses sur l'activité humaine et sociale, est appelé sécularisation. « Évoquer la sécularisation de notre société n'équivaut nullement à prononcer la mort du sacré qui peut se trouver à se réinvestir ailleurs que dans la seule sphère religieuse » (Willaime, 1995). Parler de transformation des rites serait peut-être plus exact. « Les rites de passage existent néanmoins dans la société contemporaine mais ils ont été clivés de leur ancrage spirituel. » (Brioul, 2017, p.38). Si les rites anciens disparaissent c'est parce qu'ils sont devenus caducs explique Le Grand-Séville (2014). L'évolution des rites funéraires présente deux transformations principales : « la personnalisation des obsèques et l'intimisation de la mort » (Juliers-Costes, 2016, p.3). Autrefois, l'église et les pompes funèbres prenaient tout en charge pour le rituel des obsèques : la famille était dépossédée de la mort. Aujourd'hui, au contraire, ce sont les familles qui personnalisent les funérailles. Si cette autonomie permet à la famille de s'approprier les obsèques, elle n'est pas sans engendrer des incertitudes sur l'élaboration du rituel. Incertitudes liées au fonctionnement familial et à l'impact des différences socio-culturelles. Enfin, si l'émotion submerge les proches, la part affective peut être un frein à cette appropriation (Dartiguenave & Dziedziczak, 2012).

À l'ère du numérique de nouveaux rites se développent. Des espaces comme Internet et les réseaux sociaux deviennent à l'occasion des « espaces de mort ». La création de blogs en mémoire à un défunt n'est plus rare, elle permet à un groupe d'échanger des souvenirs mais également sur des dispositions pratiques concernant les funérailles. Julier-Costes raconte l'exemple d'une forme inédite de ritualisation funéraire pour les membres d'un célèbre jeu en réseau :

« Ayant appris le décès d'un des joueurs, les membres d'une guilda ont décidé de se recueillir dans le jeu avec leurs avatars respectifs ». Il s'agit d'une appropriation moderne du rituel, mais le but est toujours le même : être en lien avec les morts et leur accorder une place parmi les vivants (Vincent, 2013).

Les pratiques en Ehpad sont variées d'une institution à une autre, mais dans tous les cas la prise en compte de chaque fin de vie est importante pour que la personne soit reconnue en tant qu'individu. « Rendre cet hommage sert à apaiser les vivants : oui, chacun est respecté même après sa mort » (Olivier, 2015, p. 75).

Les soignants sont en première ligne de cette reconnaissance du résident endeuillé.

Les rites sont donc indispensables dans les institutions. Laroque (2004), s'interroge sur les rites à inventer par chaque institution pour que la mort demeure à la fois une affaire intime et l'affaire du groupe social. Il n'y a pas de règlement en la matière et le référentiel de bonnes pratiques de l'Anesm est peu aidant sur la question. Il évoque les rituels mais le paragraphe qui suit mentionne uniquement « Quel sens et quelle place ? Pour qui ? Comment ? » (Anesm, 2015, p.16). Cette série de questions sans réponses laisse supposer le manque d'uniformité et la pauvreté des pratiques rituelles dans les institutions. Pourtant ces rites existent et sont parfois organisés de façon institutionnelle. Des rites marqués par la créativité dite profane : « poèmes, photos, vidéos, musiques remplacent ou s'ajoutent aux traditions religieuses » (Brioul, 2017, p.40), « bougie, petit mot sur la porte, affichage dans le hall, minute de silence, annonce pendant le déjeuner, petit journal, photos... Chacun y va de sa petite attention pour rendre hommage aux défunts » (Josse, 2012, p.15). « Une bougie est allumée à côté de la photo du défunt sur une petite table à l'entrée de la salle à manger [...] une carte est à disposition de ceux qui veulent écrire un mot pour la famille » (Poletti, 2004, p.111). Il y a aussi des demandes spécifiques, le Docteur Annick Sachet (2004), en donne trois exemples. Une dame souhaitait être enterrée avec ses chats. Pour un monsieur, l'équipe a dû récupérer à la régie de l'hôpital un pistolet qui avait une grande valeur symbolique pour lui afin de le glisser dans son cercueil. Pour un autre, c'est la présence d'un accordéoniste qui a accompagné le cortège funèbre de la chambre mortuaire à la chapelle de l'hôpital. Ces exemples montrent que les rites en institution existent et qu'ils nécessitent de s'adapter à la volonté de chaque résident, même si les demandes ne sont pas toujours aussi singulières !

## **4.2 Le deuil**

Rites et deuil sont intimement liés. Les rites permettent de rendre le deuil plus concret. Le deuil est considéré comme la réaction d'un individu au décès d'une personne de son entourage. Cependant, il est perçu différemment selon que l'on se place du point de vue psychologique, sociologique ou anthropologique.

### 4.2.1 Définitions

En explorant les différentes définitions il ressort que le deuil est à la fois une émotion et une période, les deux notions étant associées l'une à l'autre. « Dans le langage courant, le mot « deuil » renvoie à deux significations. Est appelé deuil l'état affectif douloureux provoqué par la mort d'un être aimé. Mais deuil signifie tout autant la période de douleurs et de chagrins qui suit cette disparition » (Deuil, 2018).

Freud élargit un peu cette définition. Il écrivait en 1915 : « Le deuil est la réaction habituelle à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, un idéal, la liberté, etc. » (Bacqué & Hanus. 2016, p.3).

Freud, Bacqué & Hanus, Kübler-Ross, Bowlby s'accordent pour dire qu'il existe des phases successives dans le processus de deuil. Au nombre de cinq, elles ne sont pas toujours identiques d'un individu à l'autre.

- État de choc. C'est la sidération et le refus qui dominent, le psychisme est ralenti comme anesthésié. Cette période peut entraîner des réactions de blocage (mutisme, paralysie) ou au contraire des réactions de fuite (chercher des objets, précipitation sur les lieux où se trouvait le défunt).
- Recherche et régression. Pendant cette période la personne est en incapacité d'intégrer ce qui lui arrive. Cris et appels sont un premier mode de recherche. Cette phase, classiquement assez courte, est une période de doute (est-il vraiment mort ?) pour laisser place, in fine, à l'abattement.
- Révolte et colère. L'endeuillé se sent abandonné par le défunt. Cette phase s'accompagne parfois de culpabilité.
- Réalisation de la perte. C'est la phase où le chagrin s'exprime. Les larmes apparaissent et témoignent d'un lâcher prise. C'est une phase de dépression (rumination, culpabilité). Cette période débouche, à plus ou moins long terme, à l'intégration de la perte.
- Fin du travail de deuil. Il est difficile de définir à quel moment celui-ci survient, il correspond à l'acceptation de la mort de l'autre.

Selon Bacqué & Hanus (2016, p.74) plusieurs études sont unanimes « Les endeuillés suivis en groupe vont mieux que ceux qui restent livrés à eux-mêmes ». Qu'en est-il dans notre société contemporaine ?

## 4.2.2 Deuil et société

À l'image de la mort taboue, le deuil est de nos jours réduit, à peine visible, comme si les personnes endeuillées ne voulaient pas déranger.

De « social et collectif » le deuil est devenu « privé et familial ». « Il ne se donne plus à voir dans l'espace public comme s'il cherchait à se cacher » (Bacqué & Hanus. 2016, p.7). « Le deuil n'est pas qu'une expérience individuelle même si chacun le vit à sa façon, c'est aussi au moins autant une réalité collective, le champ où se règlent les relations de l'humanité avec la mort » (Bacqué & Hanus. 2016, p.4).

Louis-Vincent Thomas (2015) rappelle que l'homme fait partie d'une norme sociale et que la structure sociale à laquelle il appartient est indissociable de la conscience collective. Cette activité sociale peut favoriser l'activité psychique individuelle du travail de deuil. Il remarque que, malheureusement, l'homme moderne est confronté au vécu intime du chagrin sans deuil social possible, il « ne doit pas extérioriser sa douleur, ni l'imposer aux autres » (Thomas, 2015, p.22). Cela crée un malaise voire un désarroi car, dit-il, « c'est la loi de la nature, on ne liquide pas impunément les morts car ils risquent alors de venir hanter notre inconscient » (Thomas, 2015, p.20).

Marc-Antoine Berthod (2015) considère que le deuil est trop souvent appréhendé comme la réaction d'un individu face à un décès. Il met en avant l'importance que les autres vont avoir dans l'expression et le vécu de la perte d'un proche. Ce rôle se situe principalement au moment des rites et rituels. Le deuil devrait être aussi perçu dans toutes les interactions sociales (amis, collègues) non plus comme un processus mais comme une succession de moments dans des contextes sociaux distincts.

Les changements dans la façon dont la société envisage le deuil sont visibles à travers deux indicateurs : la hausse significative des contrats d'obsèques et de demandes de crémation. En un peu plus d'une génération, cette pratique alors marginale (0,4% en 1975) a progressé significativement (30% en 2010) précise Michaud-Nérard (2010). Cela met en évidence un désir de maîtrise, de contrôle jusqu'à la mort. « Notre époque est assortie d'une injonction implicite à réduire le temps du deuil, dont les marques [...] ont disparu avec la tendance moderne à éradiquer toute activité chronophage » (Brioul, 2017, p.38).

Les personnes âgées ont la particularité d'être des « grands endeuillés » (Bacqué, 2004, p.152). Elles sont plus exposées, en raison de leur âge, au deuil parmi leurs amis ou leurs

familles. Cette surexposition s'ajoute à celle présente en institution. Le risque de ces deuils à répétition c'est qu'ils soient banalisés et non accompagnés.

La période du deuil doit être respectée et « Il est nécessaire de soutenir la personne endeuillée dans la durée » (Brioul, 2017, p.10). La psychologue Marie de Hennezel explique que « faire son deuil », c'est accepter le « jamais plus » mais ce n'est « ni l'oubli ni la non-présence » (De Hennezel, 2018, p.32).

### **4.2.3 Les soignants et le deuil**

Si les personnes âgées sont de « grands endeuillés », les professionnels d'Éhpad sont en première ligne pour les soutenir lors de cette épreuve. N'oublions pas qu'eux aussi sont particulièrement exposés à la mort. Ces morts à répétition font-elles l'objet d'un deuil chez les soignants ? Sont-elles à force source de fragilité ? Sujet peu connu et peu traité, la souffrance des équipes face aux décès fréquents commence, petit à petit, à faire parler d'elle dans la littérature.

En 2004, le docteur Annick Sachet mentionne, dans un article où elle collige plusieurs témoignages, le point de vue des soignants face à ces « morts répétées ». Elle précise que « la mort d'un résident peut être un vrai deuil pour tout ou partie de l'équipe ». (Sachet, 2004, p.120). Toujours en 2004, Geneviève Laroque, ancien membre de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et présidente de la fondation nationale de gérontologie, exhortait les établissements à soutenir « leurs légions » sous peine de ne pouvoir relever le « grand défi » qui est de soutenir la vie jusqu'à la fin. (Laroque, 2004).

En 2012, Frédérique Josse, président de la fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (Fnadepa) recommande que la relation avec la mort soit « parlée et accompagnée ». Le travail du psychologue est mis en avant. Il propose de soutenir les soignants par des formations et des groupes de parole. Il évoque un frein à cet accompagnement : « la salariée peut craindre que l'on répète qu'elle a peur, qu'elle a souffert. Ou que le directeur interprète cela comme un manque de compétence ». Il suggère alors une intervention d'un psychologue extérieur au groupe mais remarque aussitôt que le temps de présence des psychologues est trop contraint pour cette pratique. (Josse, 2012)

Marc-Antoine Berthod, (2015) docteur en anthropologie, se questionne à ce sujet : « ces professionnels se sentent-ils autorisés à être en deuil et jusqu'où considèrent-ils devoir agir ? »

Il propose de développer « une réflexion commune ». Pour les Éhpad il suggère des « modalités de soutien face à la perte qui s'inscrivent dans la longue durée ».

Ce n'est que très récemment, en 2017, que l'Anesm inclut dans ses recommandations le soutien des professionnels. Il préconise les moyens suivants : formation à la démarche palliative pour tous les professionnels, organisation et mise en œuvre de procédures, partage des savoirs et analyse des pratiques en réunions pluridisciplinaires dans le but d'améliorer la qualité de vie au travail (Anesm, 2017).

La même année paraît un article dans le magazine Soins Gériatrie intitulé « *La gestion des risques liés au décès en gériatrie* ». Les auteurs constatent que « les soignants sont par excellence une population anormalement exposée à la mort des personnes dont ils ont la charge [...] Le cadre de santé doit prendre en compte cette réalité dans la gestion des risques liés à la problématique de la mort » (Beranger & Bouchaïb, 2017).

En 2017 toujours, Audrey Guiller, journaliste, dirige un dossier dans le magazine TSA (travail social actualités) intitulé « *Accompagner le deuil : la fin d'un tabou* ». Elle résume ses recherches ainsi : « Longtemps, le deuil des équipes et des résidents d'un établissement où une personne décédait n'a pas été pris en compte. Pour éviter l'usure professionnelle liée au contact récurrent avec la mort, le meilleur outil est la parole. Organiser des rituels d'adieu, des groupes de parole, des discussions sur la mort avec les résidents apaise chacun ». Mais pour cela faut-il encore que ce deuil soit reconnu par tout un chacun. Françoise Mohër, psychosociologue, se déclare « sidérée par le nombre d'institutions où la mort est encore taboue. Rien n'est pensé, écrit ni anticipé. À chaque décès, les soignants sont seuls et démunis » (Guiller, 2017, p.16). Les disparités sont grandes d'un établissement à un autre mais l'usure professionnelle engendrée par les décès à répétition commence à les faire réagir. Encourager la parole des professionnels implique qu'ils s'autorisent à être en deuil.

Afin de poursuivre mon travail, j'ai souhaité rencontrer des catégories de personnes connaissant bien les Éhpad mais avec une vision extérieure ou décalée du soin afin d'avoir des points de vue nouveaux.



## **5. Entretiens exploratoires**

### **5.1 Regard d'une animatrice**

#### **5.1.1 Choix de la première personne interviewée**

Je voulais rencontrer une personne qui ait de l'expérience en Éhpad et qui ne soit pas issue de mon établissement pour avoir une vision extérieure. J'ai choisi une animatrice pour avoir le regard d'un personnel non soignant. J'ai proposé un entretien à Émilie (nom d'emprunt) qui est animatrice depuis plus de 8 ans en Éhpad et qui a 10 ans d'expérience d'animatrice en gériatrie. Émilie est une amie ce qui m'a permis d'effectuer cet entretien à mon domicile, le week-end.

#### **5.1.2 Ce que cet entretien a permis de confirmer**

Selon que les soignants sont, ou non, sereins par rapport à leur propre finitude va influencer sur la relation avec les résidents en période de fin de vie ou de deuil.

La façon d'aborder le sujet de fin de vie est différente selon les individus. Émilie donne l'exemple de ces résidents très pieux qui sont en paix avec la mort et l'au-delà. Les soignants n'abordent pas leur finitude avec les mêmes appréhensions qu'avec les laïcs car ils ont connaissance de leur réflexion sur ce sujet.

Le temps de l'entretien en vue d'établir le plan d'intervention personnalisé, et plus particulièrement les directives anticipées, semble à Émilie un moment opportun pour aborder avec les résidents leur finitude. Les éléments recueillis seront transmis via le dossier informatisé au reste de l'équipe.

Émilie ne note pas de gêne particulière à aborder le sujet entre collègues. L'annonce des décès a fait l'objet de discussions en équipe et une organisation rituelle a été mise en place (un affichage des décès à deux endroits mentionne la date du décès et celle des obsèques).

Plus tard, elle dira qu'il est difficile de trouver « *les bons mots* » et que les infirmières, qui s'occupent de l'annonce n'ont pas de formation pour cela. L'institution offrira un bouquet de fleurs qui sera déposé au funérarium et un article sur le défunt sera inséré dans les colonnes du journal interne.

La mort n'est pas une préoccupation quotidienne, il y a même de « *longues périodes sans décès* ». L'institution est organisée pour créer de la vie et le statut d'animatrice d'Émilie la place au cœur de cette préoccupation.

Lorsqu'une personne est en fin de vie, la communauté des religieuses, nombreuses au sein de cet Éhpad, est très présente et entoure le résident. Dans ce cas-là, il n'y a pas vraiment d'annonce car la communauté est présente aux différentes étapes de la fin de sa vie. Après le décès des messes sont dites et des moments de prières sont aménagés.

Il y a deux temps, le temps laïc avec les gestes de l'institution et le temps religieux, caractéristique de cet Éhpad, au vu de la population très majoritairement issue du clergé (religieuses et curés).

Les soignants vont être particulièrement vigilants envers les personnes endeuillées qui vivaient en chambre double, qui avaient un lien familial ou une attache particulière avec le défunt.

La psychologue, présente 3 jours par semaine, est également une ressource pour soutenir les résidents mais aussi le personnel. Des groupes de parole ont vu le jour à la suite d'une demande des salariés.

Émilie note que chez ceux-ci, la tristesse et le deuil vont être très différents de l'un à l'autre. Certains, très ou « trop » impliqués vont être très affectés et voudront absolument s'occuper personnellement du résident jusqu'au bout (toilette mortuaire). D'autres, comme elle, ne vont pas trop montrer leurs émotions. Elle ira même à certains groupes de parole pour ne pas avoir l'air indifférent, ce qui fait penser qu'il y a une attitude implicite plus ou moins attendue de la part de l'équipe.

### **5.1.3 Les nouvelles pistes découvertes**

Une des difficultés qu'Émilie a relevée concerne le respect du secret professionnel. En effet, quand un résident a un problème de santé, que peut-on dire aux autres sans trahir le secret professionnel ? Ou quand son état se dégrade ? C'est un sentiment un peu identique pour l'annonce de la mort : que peut-on dire exactement ? « *Ils sont ensemble mais pas complètement...* ».

Lors d'une prise en charge de fin de vie, l'équipe mobile de soins palliatifs peut être sollicitée. Il est arrivé que cette équipe soit appelée tardivement et le personnel a eu des

difficultés pour accompagner des résidents douloureux. La prise en charge en soins palliatifs semble permettre à l'équipe soignante d'accompagner les résidents en fin de vie beaucoup plus sereinement et de se rendre disponible pour éviter que monte l'angoisse du mourant. D'ailleurs, remarque Émilie, depuis leur venue régulière, les demandes des soignants pour des groupes de parole sont beaucoup moins fréquentes.

Émilie, enfin, interroge sa présence au chevet des mourants. Est-ce la place de l'animatrice ? Peut-être, mais au vu du peu de temps d'animation disponible (seule pour 75 résidents) le temps d'accompagnement aux mourants n'est pas facile à dégager.

## **5.2 Regard de professionnels des soins palliatifs**

### **5.2.1 Choix de la deuxième rencontre**

À la suite de la nouvelle orientation apportée par Émilie, j'ai souhaité m'entretenir avec des membres d'une unité de soins palliatifs. J'ai pris contact avec le réseau de soins palliatifs de l'Yonne, et j'ai obtenu un rendez-vous avec une infirmière diplômée d'État (IDE) qui a 3 ans et demi d'ancienneté sur le réseau et un médecin qui est présente depuis 1 an et demi et qui travaille depuis 10 ans en soins palliatifs. Cet échange s'est déroulé dans les locaux du réseau, dans une salle de réunion, au calme. J'ai rencontré en même temps le médecin et l'infirmière pour gagner du temps car un rendez-vous urgent s'est ajouté à leur planning.

### **5.2.2 Ce que cet entretien a permis de confirmer**

La prise en charge de la fin de la vie relève d'une question éthique portant sur la limite entre soins curatifs et soins de confort qui doit être réfléchiée en équipe.

Il est difficile, selon mes interlocutrices, de parler de la mort dans la société. Elles s'en rendent compte par rapport aux familles qu'elles rencontrent, mais aussi dans leur sphère privée. La représentation de la maladie et du vieillissement dans la société est, selon elles, un frein pour aborder le sujet de la mort. L'image véhiculée par la société selon laquelle un individu vieillissant doit être actif, debout et souriant, donne « *l'impression aux gens que de bien vieillir c'est forcément être performant* ». Seulement, remarque le médecin, des personnes peuvent « *glisser* » vers des situations extrêmement différentes sans qu'elles ne soient « *ni*

*douloureuses, ni dans la perte de dignité* ». Cette image est un frein pour évoquer le thème de la mort car la vision sociétale est éloignée de la réalité.

Le médecin évoque la difficulté des soignants à parler d'un décès avec les autres résidents, elle trouve que peu de paroles sont échangées à ce sujet et qu'il n'y a pas de rituel mis en place dans les unités. Il lui est arrivé que des résidents se plaignent de ce manque d'espace de parole. L'annonce d'un décès est peu formalisée, c'est la personne en poste au moment du décès qui l'annonce, sans distinction de catégorie socio-professionnelle. Un travail a été engagé afin que les équipes recueillent les souhaits des résidents mais rien n'est mis en place en ce qui concerne l'équipe.

L'IDE ajoute qu'a priori rien n'est formalisé pour reparler des décès après coup. La psychologue peut s'entretenir avec les résidents, mais pas de façon systématique et jamais avec les soignants. Il n'existe, à sa connaissance, aucun groupe de parole ou de supervision pour le personnel dans les Ehpad.

Les équipes semblent soulagées par l'intervention des soins palliatifs : leur regard extérieur permet de prendre des décisions que les soignants n'osent pas mettre en place car elles diffèrent des habitudes du service. « *Il faut s'autoriser à raisonner en termes de confort.* » explique le médecin.

### **5.2.3 Les nouvelles pistes découvertes**

Il y a une notion de proportionnalité dans les soins palliatifs. L'arrêt des traitements vers les soins de confort se fait progressivement.

Les équipes soignantes n'ont pas de difficultés pour aborder ce sujet car elles côtoient la mort régulièrement. Toutefois l'IDE a noté, lors de formations organisées par le réseau, que pour les soignants certains décès sont plus compliqués (si le résident est connu depuis longtemps par exemple). En Ehpad, on imagine que les soignants savent gérer leurs sentiments face à la mort qui est vécue comme « normale » et dans l'ordre chronologique des choses. De ce fait, si un soignant se trouve en difficulté, il n'a pas d'espace pour le verbaliser. Les soignants se rendent compte qu'ils traversent une période de deuil mais cela est très culpabilisant pour eux car ils ont la notion « *d'une juste distance qui n'aurait pas été respectée* ». Le médecin conclut que « *Le deuil n'a pas de place car il n'y a pas de place à l'attachement* ».

Les conséquences, selon l'IDE, de cette non-reconnaissance, sont l'apparition de mécanismes défensifs qui sont mal identifiés par les soignants. Ils se traduisent par de l'automatisme, de l'activisme, un manque de questionnement et des situations de mal-être chez les professionnels.

## **6. Orientation de mon travail**

L'articulation de mes recherches et de mes entretiens exploratoires m'a conduit à étudier un nouveau concept centré sur le soignant, acteur central dans l'accompagnement du deuil.

Ma question de départ portait sur l'annonce d'un décès aux résidents d'Éhpad. Au fil de mes lectures et des entretiens menés, j'ai remarqué que c'était la façon dont on accompagnait les résidents face à la mort qui m'interrogeait réellement. J'ai compris que les pratiques soignantes étaient au cœur des enjeux de cet accompagnement.

J'ai noté également que les soignants sont souvent démunis pour accompagner les résidents dans leur fin de vie. Il s'agit en effet pour eux de changer de paradigme. Il faut passer du projet de vie à l'accompagnement de la fin de vie. Il en est de même pour annoncer un décès aux autres résidents. L'accompagnement des deuils répétés n'est pas toujours facile à mettre en place. Pourtant « l'attitude des soignants face à la mort d'un résident peut influencer le vécu des autres résidents » (Hecquet, 2011, p.33). Ces deuils à répétition sont également vécus par les soignants. En effet « prendre en considération l'attachement du soignant à la personne âgée disparue, afin de lui reconnaître un deuil semblerait nécessaire pour amoindrir sa souffrance » (Soarez, 2011, p.3). Je n'avais pas perçu que les soignants devaient eux-mêmes faire face à un deuil. Grâce à ce nouvel éclairage, une nouvelle question se pose :

Pour mieux accompagner les résidents ne faudrait-il pas commencer par mieux accompagner les soignants ?

### **6.1 Question de recherche**

Ma question de recherche est : Comment la pratique de rites institutionnels aide les soignants à accompagner les résidents lors d'un décès en Éhpad ?

## **6.2 Hypothèse**

L'hypothèse que je pose est la suivante : les rites mis en place par l'institution sont utiles aux soignants pour vivre leurs deuils.

La poursuite de mon travail de recherche, dans une seconde partie, se fera grâce à l'enquête de terrain et me permettra de confirmer ou d'infirmier mon hypothèse.

## **DEUXIÈME PARTIE**

### **Phase exploratoire**

À l'issue de la première partie, j'ai orienté mon travail de recherche sur la pratique de rites au niveau de l'institution en supposant qu'elle favoriserait la reconnaissance de l'existence d'un deuil chez les soignants, et que cette reconnaissance institutionnelle permettrait de mieux accompagner les soignants dans leurs missions auprès des résidents en fin de vie.

Cette phase exploratoire va permettre de confronter mes idées à la réalité de terrain.

La méthodologie de l'enquête sera détaillée dans une première partie, puis l'analyse et la discussion des résultats seront présentées dans une seconde partie.

#### **1. Méthodologie de l'enquête**

##### **1.1 Objectifs de l'enquête**

L'enquête permet de collecter des informations auprès de professionnels d'Éhpad. Leurs réflexions sur mon thème de recherche vont permettre de confirmer certaines idées, d'en infirmer d'autres et de valider ou non mon hypothèse.

Les objectifs sont de :

- recueillir les ressentis des soignants sur la prise en charge des décès
- identifier les pratiques au sein de leur Éhpad
- déterminer si mon hypothèse correspond ou non à leur vécu

##### **1.2 Choix des outils**

J'ai rapidement exclu l'observation comme outil d'enquête car l'objet de mon hypothèse concerne la pratique de rites au moment d'un décès. L'observation n'était pas envisageable sans être présente régulièrement dans l'unité pour assister à l'annonce ou à l'organisation mise en place à la suite d'un décès : cela aurait nécessité des mois de présence sur le terrain.

L'outil d'enquête qualitatif choisi est l'entretien semi-directif. Il permet d'interviewer des personnes sur une thématique donnée en laissant libre leur discours. Cet outil a pour avantages de pouvoir récolter des informations riches et, à travers des relances, de préciser les

informations transmises. Les limites de cet outil doivent être prises en compte. Il faut veiller à ne pas dévier du thème sans pour autant interrompre le discours de l'interviewé. L'élaboration d'un guide d'entretien est un temps important de la préparation, il permet de suivre un fil conducteur. Ce guide a été validé par mon directeur de mémoire. Afin de vérifier la bonne compréhension des questions, je l'ai ensuite testé auprès d'une camarade de promotion et d'une ancienne collègue infirmière travaillant actuellement en gériatrie. Aucun réajustement n'a été nécessaire. Ce guide est présenté en annexe I.

### **1.3 Population ciblée**

Dans un premier temps je pensais interroger des aides-soignants car c'est le personnel paramédical le plus nombreux en Éhpad et ce sont eux qui assurent les soins de nursing. Puis, en échangeant avec des collègues qui ont travaillé en Éhpad je me suis aperçue que, la plupart du temps, c'étaient les infirmiers qui annonçaient les décès aux autres résidents. Ce sont eux également qui coordonnent les soins, les groupes de parole. Il m'a semblé finalement plus pertinent de rencontrer huit infirmiers pour mes entretiens.

Comme le nombre d'entretiens réalisables dans un temps contraint est assez limité, je n'ai pas souhaité inclure plusieurs catégories socio-professionnelles dans mon échantillon.

### **1.4 Lieu d'enquête**

J'ai choisi d'effectuer mes enquêtes dans un Éhpad proche de mon domicile dans lequel je n'ai jamais travaillé. Il fait partie du même groupement hospitalier de territoire que l'établissement dont je suis originaire. La directrice des soins assure ses missions sur ces deux établissements ce qui a facilité mes démarches pour obtenir l'autorisation de mener les enquêtes. Enfin, il s'agit d'un Éhpad de 139 lits ; c'est à dire suffisamment grand pour qu'il y ait assez d'infirmiers à interviewer.

J'ai pris contact par téléphone avec la cadre de santé de l'établissement et, après un échange sur mes besoins d'enquête et mes disponibilités, elle m'a proposé d'établir avec son équipe un planning de rencontres qu'elle m'a envoyé par mail.

Il y a trois unités d'Éhpad distinctes dans cet établissement. Les entretiens ont lieu avec des IDE de ces trois unités.



	Éhpad 1	Éhpad 2	Éhpad 3
<b>Nombre de résidents</b>	63	73	70
<b>Situation géographique</b>	2 <sup>ème</sup> étage Bâtiment principal	RDC Bâtiment principal	Bâtiment indépendant (à 1200 mètres du bâtiment principal)
<b>Niveau d'autonomie des résidents</b>	Faible GIR 1-2	Mixte GIR 1-5	Mixte - GIR 1-5 Autonomes au moment de leur admission

Tableau n°I : présentation des trois unités d'Éhpad

### 1.5 Présentation des personnes interviewées

	Annick	Bernard	Caroline	Danièle	Érika	Fabienne	Ghayada	Hélène
Âge	45 ans	60 ans	30 ans	59 ans	35 ans	39 ans	56 ans	32 ans
Genre	Femme	Homme	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme
Années de diplôme infirmier	2 ans	35 ans	7 ans	36 ans	13 ans	7 mois	22 ans	8 ans
Ancienneté en gériatrie	22 ans	8 ans	7 ans	36 ans	13 ans	8 ans	15 ans	7 ans

Tableau n°II : présentation des professionnels interviewés

Pour respecter l'anonymat, les prénoms des professionnels ont été modifiés. Il y a 7 femmes et 1 homme. Les âges vont de 30 à 60 ans. L'ancienneté dans la profession est très hétérogène allant de 7 mois à 36 ans. Cependant tous ont une grande expérience en gériatrie allant de 7 à 36 ans d'ancienneté dans cette spécialité.

## 1.6 Présentation des entretiens

	Numéro 1	Numéro 2	Numéro 3	Numéro 4	Numéro 5	Numéro 6	Numéro 7	Numéro 8
Prénom (fictif) de l'interviewé	Annick	Bernard	Caroline	Danièle	Érika	Fabienne	Ghayada	Hélène
Lieu de l'entretien	Éhpad 1	Éhpad 1	Éhpad 2	Éhpad 3	Éhpad 3	Éhpad 1	Éhpad 2	Éhpad 1
Durée de l'entretien	29'50	29'39	43'54	52	40'28	39'03	40'53	41'05
Remarques				Ne souhaite pas être enregistrée	Pas prévenue de mon arrivée			

Tableau n° III : récapitulatif des entretiens

### Contexte des entretiens

Les entretiens ont été programmés par la cadre de santé de l'établissement qui m'a communiqué les dates et heures des rendez-vous. Sept des huit infirmiers étaient prévenus de mon arrivée, parmi eux une ne souhaitait pas être interviewée. À plusieurs reprises, j'ai proposé à cette dernière d'annuler l'entretien mais elle a insisté pour que je reste quand même tout en refusant que j'enregistre cette rencontre. Finalement, l'entretien a eu lieu dans un climat très tendu au début (sort fumer, tourne en rond dans la pièce) puis au fur et à mesure un lien se crée et c'est autour d'un jus de fruit et avec le sourire que l'entretien se termine. Une infirmière n'était pas au courant de ma venue mais m'a assuré que cela ne lui posait aucun problème. C'est cet entretien qui est retranscrit en annexe II.

Quatre entretiens se sont déroulés dans un bureau un peu en retrait du service. Deux autres dans un bureau de transmissions et les deux derniers dans la salle de soins.

Avant de débiter chacun d'eux, je me suis présentée en indiquant le thème de ma recherche. J'ai pris le temps de rassurer mes interlocuteurs sur l'intérêt de nos échanges.

J'ai précisé que leur anonymat serait respecté. J'ai pris des notes en plus des enregistrements audio, cela a permis de laisser du temps à mon interlocuteur pour préciser sa pensée. À la fin de chaque échange, j'ai proposé d'aborder un autre thème et la possibilité de préciser un propos.

## **1.7 Difficultés et limites**

En ce qui concerne l'organisation, les personnes qui sont rencontrées doivent se rendre disponibles pendant le temps de l'entretien et sans être interrompues. Cela n'a pas été anticipé au moment de la prise de rendez-vous car je n'ai pas eu de contact direct avec les personnes à interviewer.

Pour ceux réalisés dans les bureaux de transmissions et les salles de soins, les interruptions ont été fréquentes (de 2 à 4) que ce soit par le passage de soignants ou par des appels téléphoniques, ce qui coupe le fil des pensées.

Pour les biais de l'enquête, j'ai identifié que le fait d'avoir moi-même exercé en gériatrie peut en être un. J'ai essayé d'être vigilante afin de ne pas orienter mes questions et mes relances en fonction de ma pratique et de mes représentations, ce qui rendait par moments l'échange peu naturel.

Le choix d'enquêter sur trois Éhpad dépendant de la même direction peut avoir limité certaines réponses à une seule façon de faire. Si j'avais choisi d'enquêter sur plusieurs sites, les réponses auraient peut-être été plus variées et m'auraient probablement permis d'élargir le cadre de mes recherches.

Novice dans la pratique de l'entretien, mon guide s'est parfois transformé en questionnaire et j'ai remarqué des difficultés pour les personnes interviewées à s'en détacher, attendant que je pose la prochaine question. J'ai pu réajuster mon attitude de façon à être plus à distance de ce guide. Cette évolution est visible sur la durée des entretiens.

Enfin, le sujet traité est un sujet intime qui nécessite un climat de confiance pour être abordé et de prendre du recul par rapport aux situations vécues, ce qui n'était pas le cas. Cela a sûrement engendré de la retenue de la part de mes interlocuteurs même si j'ai eu le sentiment que leurs réponses étaient les plus justes possibles.

## **2. Analyse et discussion**

Afin de pouvoir analyser et discuter les résultats de mes entretiens, je les ai retranscrits de façon exhaustive. L'analyse, dans un premier temps, me permettra de présenter les résultats

apportés par ceux-ci. Dans un second temps, je mettrai en relation ces thématiques avec les concepts précédemment étudiés sous forme de discussion.

## 2.1 Analyse

L'objectif est de comprendre le vécu des professionnels de terrain et de pouvoir le confronter à mon hypothèse afin de la confirmer ou de l'invalidier.

Dans l'analyse sont présentées les données récoltées lors des entretiens. Je les ai classées par thèmes et sous-thèmes pour faire ressortir les similitudes et les divergences d'opinion des interviewés.

Quatre thèmes principaux seront développés :

- ✚ la vision de la mort dans la société actuelle
- ✚ parler de la mort en Éhpad, une évidence ?
- ✚ le positionnement de l'institution par rapport à la mort
- ✚ le deuil et les soignants

### 2.1.1 La mort dans la société est-elle encore taboue ?

Deux soignants pensent que le sujet de la mort est moins tabou qu'avant.

Érika illustre son propos en expliquant que les conventions obsèques sont beaucoup plus fréquentes depuis quelque temps : « *les gens prennent beaucoup plus les devants* ». À cela deux raisons selon elle, les personnes ne veulent pas mettre les familles dans l'embarras au moment du décès et cela leur permet de choisir eux-mêmes ce qu'ils souhaitent pour leurs funérailles.

Fabienne, elle, pense que sa profession l'amène à parler librement de la mort et des décès auxquels elle est confrontée, que ce soit sur le plan professionnel ou dans sa vie privée. Malgré sa facilité pour aborder ce sujet, elle confie que cela lui pèse et qu'« *au bout d'un moment on est épuisé moralement, alors on en discute* ».

Néanmoins, parmi les personnes interviewées une majorité pense que le sujet de la mort est tabou dans la société actuelle.

Parler de la mort est décrit comme quelque chose de déroutant. « *Les gens n'aiment pas parler de la mort* » déclare Hélène et « *moins on l'aborde, moins ça nous touche* » confirme

Annick. Le tabou est perçu dans toutes les sphères de la société, même avec les plus proches comme la famille (Danièle). Cela touche à l'intimité des personnes ce qui explique que la mort soit taboue (Caroline). Ces difficultés pour aborder le sujet laissent place à des non-dits. Annick et Caroline parlent de peur face à l'inconnu, de craintes. Selon les personnes et le contexte, le sujet sera plus difficile à aborder. « *On ne peut pas parler de tout avec tout le monde* » conclut Bernard. On ne s'habitue jamais à la mort, dit Danièle, même si on sait qu'elle est au bout du chemin et inévitable pour chacun, même quand on travaille en gériatrie et qu'on est confronté régulièrement au décès des résidents.

Plusieurs explications sont avancées par les soignants.

D'une part, parler de la mort renvoie à sa propre mort et rappelle que chacun est mortel. Pour éviter l'angoisse qui en résulte, le sujet est alors évité.

D'autre part, « *on n'est pas préparé à la mort* » indique Danièle. La société ne permet pas de se préparer à cet événement car la mort est cachée, seules les morts spectaculaires sont visibles à travers les médias. La façon dont la mort est médiatisée influence notre perception. Les morts sont toujours spectaculaires, violentes, dramatiques. Le décès y est toujours synonyme de drame. Cela ne permet pas d'imaginer la mort comme quelque chose de naturel, comme si toutes les morts étaient de nature effrayante, ce qui n'est pas rassurant. Annick illustre ce propos par la médiatisation récente de plusieurs décès en Ehpad à la suite d'une épidémie de grippe. Quand ils évoquent des décès concernant la gériatrie, les médias ne donnent pas suffisamment d'informations : « *on n'en sait pas plus, donc ça fait plus peur encore* » note Annick, « *les gens ne peuvent pas faire la part des choses, comment peuvent-ils le prendre ?* » s'interroge-t-elle.

Par ailleurs, Caroline mentionne la part culturelle de notre vision de la mort. « *Dans d'autres pays, la mort c'est la continuité de la vie* », on en parle beaucoup, de façon plus naturelle, ce regard lui semble plus juste. Alors que « *dans notre civilisation occidentale, qui a une vue de la mort assez aseptisée, on meurt à l'hôpital, on ne meurt plus chez soi* » regrette Bernard.

La société décrite par les soignants semble mal préparée à faire face à la mort, à l'accompagner. Qu'en est-il en Ehpad ? Lieu de vie et de fin de vie.

### 2.1.2 Parler de la mort en Éhpad, une évidence ?

Parler de la mort entre collègues va de soi répondent unanimement les soignants. Ces moments d'échanges ont lieu surtout après un décès (assez fréquents en Éhpad 1 et 3).

S'il s'agit d'un décès attendu, dit « naturel », dans le cadre d'une fin de vie ou même parfois lorsque le décès est vécu comme un soulagement pour le résident qu'ils ont vu souffrir trop longtemps, ces échanges permettent surtout de faire le point de la prise en charge qui s'achève. S'il s'agit d'un décès non attendu ou qui les affecte particulièrement, ces échanges sont de l'ordre du soutien mutuel surtout quand l'un ou l'autre des soignants était particulièrement attaché au résident défunt.

En ce qui concerne les discussions avec les résidents autour de ce sujet, les soignants signalent une différence selon les unités. Dans l'unité d'Éhpad 1 où la plupart des résidents sont atteints d'une démence évoluée, il est rare que le sujet soit abordé. Malgré la démence les personnes ont parfois des moments de lucidité, confie Hélène, le résident se rend compte que son voisin de chambre n'est plus là. *« C'est jamais facile quand ça fait des années qu'on est avec son voisin, il y a quand même une relation qui se crée ».*

Quel que soit l'Éhpad, il n'est pas facile d'aborder le sujet de la mort. Tous déclarent ne pas aller au-devant de la discussion mais n'éludent pas la question lorsque les résidents l'abordent. D'autres résidents amènent le sujet de façon détournée. Une résidente confiait *« ah, il vaudrait mieux que je meure... »* rapporte Annick. Les soignants sont alors attentifs et prennent du temps pour rassurer les pensionnaires. Parfois, ils se sentent un peu démunis, comme Caroline qui confie : *« ils disent toujours (les résidents), voilà c'est ma dernière maison, c'est ici que je vais finir ma vie... : c'est compliqué de leur répondre ».*

Avec les familles, les infirmiers évoquent tous deux cas de figure. Dans le premier, les familles sont conscientes de l'état de santé de leur parent et parlent ouvertement avec l'équipe de son évolution. Dans ce cas, les soignants peuvent accompagner les familles, échanger des informations, et la mort à venir est évoquée assez facilement. Dans le second cas, les familles n'arrivent pas à intégrer l'état de santé de leur parent et les soignants se sentent en décalage avec elles. *« C'est difficile, (pour eux d') entendre ce qu'on voudrait qu'ils entendent quand ils ne veulent pas entendre. Quand nous on est déjà dans un protocole d'accompagnement compassionnel, eux sont encore dans une perspective de soins traitants donc ça c'est pas facile. »* dévoile Bernard.

Trois interviewés font le lien avec le recueil des directives anticipées car l'un des thèmes évoque la fin de vie et l'éventualité d'une hospitalisation ou d'une réanimation. Tous constatent que les directives sont peu renseignées dans les dossiers. Selon eux pour plusieurs raisons : premièrement, beaucoup de résidents à leur entrée en institution ont des troubles cognitifs assez avancés et ne sont pas en mesure de transmettre leur volonté. Deuxièmement, le sujet sensible d'une mort à venir est délicat à aborder avec les pensionnaires et la discussion est remise à plus tard.

Parler de la mort au sein de l'Éhpad n'est pas facile, cela dépend des circonstances et des interlocuteurs. Je me demande alors quels sont les rapports entre l'institution et la mort.

### **2.1.3 La prise en charge de la mort dans l'institution**

#### **L'annonce d'un décès aux autres résidents**

L'annonce d'un décès aux résidents ne se déroule pas de la même façon selon les unités. En Éhpad 2 et 3, elle est faite par affichage d'un message qui informe du décès. En Éhpad 1, aucune annonce n'a lieu.

La plupart du temps les soignants n'en parleront pas avec les autres pensionnaires et attendront que le sujet soit abordé par un résident. Certains résidents apprennent la nouvelle dans le journal et le déplorent. Ils auraient souhaité en être informés au sein de l'institution.

Caroline indique qu'il y a un projet concernant l'annonce des décès dans son unité. Ils en sont au début de leur réflexion mais ils constatent qu'il y a un manque malgré l'usage du tableau d'affichage.

#### **L'annonce d'un décès aux familles**

Les familles sont prévenues par l'infirmier, par téléphone la plupart du temps. La nuit, c'est l'aide-soignant qui s'en charge. Quatre infirmières regrettent que ce ne soit pas le médecin qui annonce cette nouvelle aux familles car elles jugent cette tâche compliquée et délicate.

*« Parfois il y a des familles qui ne sont pas présentes et donc il faut faire ça par téléphone. Là c'est moins évident. Une fois je cherchais mes mots pour ne pas annoncer trop brusquement ... et en même temps j'avais l'impression que c'était comme si la personne au bout du fil avait déjà fait son deuil en fait. D'autres sont même en colère quand on leur dit que leur parent va moins bien »* confie Annick.

Caroline dira même « à l'école on ne m'a pas préparé à appeler la famille ». Fabienne et Danièle soulignent l'importance d'avertir les familles quand les résidents vont moins bien : cela leur permet de se préparer, c'est moins difficile ensuite pour leur annoncer le décès. Danièle remarque que comme les pensionnaires sont admis de plus en plus âgés et de plus en plus dégradés physiquement, il y a de moins en moins de temps pour créer un lien avec les familles et pour pouvoir les accompagner vers le deuil futur.

### **L'accompagnement du deuil au sein de l'institution**

L'accompagnement des familles peut prendre différents aspects selon que les personnes sont proches du pensionnaire ou non. Quand les familles sont très présentes, les soignants peuvent les accompagner et proposer leur soutien.

La majorité des soignants (6 sur 8) déclare qu'il est difficile d'accompagner les résidents et les familles. Bernard reconnaît que « *c'est un de nos soucis, un accompagnement du deuil c'est difficile hein, c'est difficile ça* ». Caroline explique que parfois les résidents sont très affectés par le décès d'un autre résident, et le décès de l'autre crée de l'angoisse. Il faut que l'équipe soit très à l'écoute.

La présence d'une psychologue dans l'établissement, mais en arrêt maladie depuis « longtemps », est évoquée par six soignants. Ils regrettent son absence pour le soutien des familles et des résidents, mais reconnaissent que peu d'entre eux en faisaient la demande. Deux infirmiers auraient souhaité un suivi pour les soignants, ce qui n'a jamais été proposé.

L'accompagnement du deuil est inexistant pour quatre infirmiers qui mettent en avant deux points, le premier est que la plupart des résidents ne semblent pas avoir de besoin particulier. « *Ces derniers temps on n'a pas vu de patients attristés ou perturbés ou alors peut-être qu'ils ne le montrent pas. J'ai l'impression qu'ils passent vite à autre chose* ». Quand on leur confirme un décès, ils répondent « *bon d'accord* » et c'est tout, convient Érika. Le second point est que la rapidité imposée par l'institution pour « remplacer » le défunt et pour « remplir » les lits ne laisse pas de place à l'accompagnement des personnes endeuillées.



## **Rites, procédures : les habitudes de service au moment du décès**

La question des rites a surpris les interviewés car ils ne sont pas mentionnés en tant que tels dans les unités. Les soignants ont repéré plusieurs activités effectuées après le décès pouvant être assimilées à une pratique rituelle. L'appel aux familles est un moment chargé d'émotion et permet de présenter ses condoléances : c'est un rituel social note Bernard. Certaines tâches sont de l'ordre de la procédure ou du soin, comme appeler le médecin pour qu'il établisse le certificat de décès ou l'administrateur de garde (le week-end et la nuit) pour signaler l'admission à la morgue, ou comme la pratique de la toilette mortuaire, laisser le défunt au minimum 2 heures dans la chambre. « *Moi j'attends toujours un peu plus de 2 heures, la règle c'est 2 heures dans la chambre. Moi j'attends toujours un peu plus, j'sais pas... je me dis il n'y a pas de précipitation.* » précise Annick. Danièle insiste sur l'importance de la présentation du corps et déclare :

*« Moi, j'attache beaucoup d'importance à leur apparence, si un bijou ou une peluche étaient importants pour eux je m'arrange pour les mettre avec eux. Le rouge à lèvres, le sac à main selon les habitudes qu'ils avaient : je personnalise pour qu'ils gardent ces habitudes même après le décès. J'essaye de faire en sorte que leur identité soit maintenue par les lunettes, le dentier, je fais très attention à ça, aux petites choses qui faisaient l'identité de la personne ».*

Tous ces soins s'apparentent à des rituels institutionnels.

D'autres rites sont pratiqués à la demande des familles. Le plus fréquent est le choix des habits, du costume, ou des effets personnels comme les bijoux. Quelquefois les enfants réclament l'ouverture de la fenêtre pour que l'âme s'envole. Parfois la famille demande à effectuer elle-même la toilette. Les soignants sont unanimes : tout le possible est fait pour honorer les volontés des familles. Celles-ci offrent beaucoup de cadeaux aux soignants pour les remercier et pour marquer la fin de leur relation. « *Ils viennent nous apporter des petits cadeaux, j'ai pas vu ça dans d'autres structures. Ici, c'est énorme ! Les familles viennent nous remercier...* » relate Fabienne.

Les soignants aimeraient avoir plus de temps pour dire au revoir au défunt et à la famille. Hélène explique qu'« *il y a des gens qui sont là depuis des années et on ne fait strictement rien. On a demandé au moins que le jour de l'enterrement il y ait une fleur de la part de l'hôpital... nous on ne fait rien, c'est assez frustrant* ».

Deux des équipes se sont réunies pour réfléchir à ce qu'elles pourraient mettre en place pour améliorer ce temps autour du décès et comment faire une place aux rituels d'adieux. Elles aimeraient, par exemple, aménager un coin dédié au recueillement pour que les résidents sachent que le jour où ils décéderont un hommage leur sera rendu.

#### 2.1.4 Les soignants et la mort

##### Difficultés exprimées par les enquêtés

J'ai souhaité aborder le thème des difficultés rencontrées par les soignants de façon large pour ne pas orienter leurs réponses. À travers les entretiens, les soignants évoquent des difficultés d'ordre organisationnel et émotionnel.

Une infirmière, Ghayada, parle d'un manque d'effectifs pour réaliser les soins quotidiens correctement.

*« On n'a pas beaucoup de personnel, c'est partout, c'est national. Il y a des jours vraiment on court ! Des fois je prends une main pour faire un dextro<sup>1</sup> et tu vois les ongles pas coupés et tu te dis c'est vrai c'est pas bien, mais on n'a pas le temps... ».*

Une autre, Fabienne, mentionne des problèmes liés à la disposition des chambres.

*« On a beaucoup de chambres doubles, du coup quand c'est comme ça (quand un patient décède dans une de ces chambres), on a des protocoles, il faut sortir la personne qui est à côté pendant deux heures, donc c'est pas évident ».*

L'absence de médecins disponibles pour signer les certificats de décès est mise en avant comme difficulté principale par tous les infirmiers, surtout le soir et le week-end où il n'y a pas de garde médicale.

*« Le problème c'est qu'on n'a plus de médecin pour constater le décès, en tout cas plus forcément sous la main. Le protocole c'est qu'il faut faire le 15 quand on n'a pas de médecin, c'est la procédure : « j'ai pas de médecin vous pouvez me trouver quelqu'un ? » et alors après, soit ils sont complaisants ou pas... en même temps c'est pas leur vocation première, ça peut se comprendre. Et puis s'il y a personne faut appeler*

---

<sup>1</sup> Dosage de la glycémie capillaire.

*l'administrateur de garde aussi qui doit nous donner l'autorisation de le descendre à la morgue. Alors si le constat de décès n'est pas fait on met le défunt sur une table réfrigérée en attendant. »* révèle Bernard.

Fabienne mentionne qu'il y a pour elle une impossibilité à suivre le protocole qui, dans l'ordre de la procédure, indique que les familles doivent être appelées après que le constat de décès a été établi par le médecin.

*« Mais quand c'est le week-end, on ne se voit pas appeler le lundi pour une personne décédée le samedi. On a cette peur qu'ils viennent lui rendre visite et qu'ils voient qu'elle n'est plus là, donc on appelle mais on ne suit pas spécifiquement le protocole ».*

Annick fait le lien entre ce problème organisationnel et les retentissements émotionnels que cela entraîne.

*« Je me sens en difficulté quand je n'ai pas un médecin avec moi. Parce que c'est moi qui prends les décisions de... c'est pas évident même si je suis infirmière et que voilà... c'est une position qui n'est pas facile, je veux dire... j'ai pas de certificat de décès mais je dois l'annoncer à la famille donc c'est pas évident ».*

Ghayada fait le parallèle entre la difficulté de gérer la situation sans médecin et de devoir s'occuper de la morgue (descendre les défunts, faire la présentation des corps aux familles).

*« C'est ça le problème aujourd'hui c'est qu'il n'y a pas de médecin qui vient (au moment du décès). On me dit il y a un protocole, tu appelles le Samu<sup>2</sup>, mais ça va pas ! Le Samu il me dit « mais madame, madame votre patient là il est décédé il ne craint rien ! » Mais moi, je suis le protocole que j'ai encore sous le bras, alors je fais quoi je le laisse sur le lit... dans la chambre ? L'administrateur de garde me dit de le mettre sur le plateau. Le plateau ne marchait pas bien... Des fois ça te fait mal au cœur parce que on va pour présenter le corps et t'arrives pas à le décoller, le drap est glacé... Ça me tue, je pleure tout le temps, ah ça je pleure, ça me tue, ça me tue ! Ça ne se réglera pas, toutes les Éhpad c'est comme ça il n'y a pas de médecin, y'a pas qu'ici... ».*

---

<sup>2</sup> SAMU : service d'aide médicale urgente

Caroline semble également affectée par cette prise en charge :

*« On les sort et on les rentre de la morgue. Ça non plus on n'y est pas préparé à l'école... je n'étais pas préparée à les sortir du frigo...quand on rentre chez soi on a quand même l'image...surtout que c'est des personnes qu'on voit quand même depuis des années tous les jours ».*

Sept infirmiers indiquent que le grand nombre de décès dans les unités influe sur la charge mentale des soignants.

Fabienne raconte :

*« Je suis confrontée régulièrement à la mort surtout ici dans ce service. On a des décès, surtout là, quasiment un par semaine. On se soutient mutuellement entre collègues parce que c'est pas facile, parce que quand on les enchaîne, au bout d'un moment on est épuisé moralement ».*

Ghayada explique cette augmentation du nombre de décès par l'entrée des résidents en institution en tout dernier recours.

*« Les médecins de ville favorisent le maintien à domicile avec l'équipe de soins à domicile. Donc, quand ils arrivent là, soit ils ont une démence évoluée, un Alzheimer très, très évolué, soit ils sont grabataires dans un fauteuil. On va voir ça de plus en plus. Ça ne sera plus des maisons de retraite mais vraiment des Éhpad. Les gens ils ne viennent pas sauf si le conjoint est épuisé et qu'il ne peut plus continuer, ou si celui qui s'occupait de la personne est décédé. Donc les enfants sont obligés, s'ils travaillent ou ne sont pas de la région, là ils sont obligés. »*

En revanche, plusieurs indiquent qu'ils étaient en difficulté il y a encore un an sur la prise en charge de la douleur chez les résidents en fin de vie. Depuis, l'institution a mis en place un partenariat avec un réseau de soins palliatifs et une équipe d'hospitalisation à domicile (HAD). Ce changement est très positif pour les personnes âgées et pour les soignants de l'institution qui se sentent moins démunis.

Ghayada résume la situation :

*« Maintenant on y arrive. On demande aux médecins dès que ça ne va pas et ils disent oui. Le réseau (de soins palliatifs) passe pour établir un diagnostic, pour évaluer la douleur avec nous et l'HAD passe pour mettre le pousse-seringue... Franchement ça c'est génial ! Ça nous soulage, on sait qu'elle va partir mais pas avec la douleur comme on avait vu ça avant. C'est un changement positif ! ».*

Au travers de ces témoignages on perçoit que les contraintes organisationnelles ont des répercussions émotionnelles et qu'elles peuvent mettre en difficulté les soignants au moment d'un décès.

Ceux-ci sont affectés par la perte d'un résident, mais peut-on dire qu'ils vivent un deuil ?

### **Le deuil chez les soignants**

À la question : est-ce que les soignants vivent un deuil selon vous au moment du décès d'un pensionnaire, une infirmière a répondu non, deux pensent que cela dépend des situations (si un attachement particulier avait eu lieu, quelqu'un de présent depuis très longtemps par exemple), les cinq autres pensent que oui les soignants passent par une phase de deuil assez courte de l'ordre de 3-4 jours.

Les deux soignants les plus âgés (Bernard et Danièle) confient que le regard change en fonction du vécu personnel. Le décès de parents proches semble les rendre plus vulnérables, cela change le regard.

Quatre infirmiers déclarent pouvoir parler de ce deuil entre eux, même s'il est rarement nommé ainsi, ils diront plutôt tristesse. Ils indiquent que ce sujet n'est jamais abordé avec les médecins.

*« Avec les médecins ? Non, non pas du tout, c'est pas un sujet qui est abordé. [...] c'est des médecins de ville qui interviennent sur l'Éhpad, donc malheureusement dans la précipitation, parce que ils ont un cabinet sur l'extérieur... parce que ça arrive sur des horaires pas toujours simples, à des moments pas non plus forcément adéquats et... donc ils n'ont pas non plus... ça se fait toujours un peu... Donc ça se fait un peu dans la précipitation. »* confie Érika.

Caroline regrette que les émotions ressenties par les soignants soient banalisées par la société. « *La tristesse des soignants est oubliée carrément. Ils s'en fichent, pour les gens c'est notre boulot, et puis voilà on est blindé à cause de ça. Mais pas du tout !* »

Je note dans le discours des interviewés une certaine ambivalence. Malgré les émotions ressenties, quatre d'entre eux mentionnent qu'elles ne devraient pas être présentes.

Danièle révèle qu'au moment de l'annonce d'un décès aux familles « *on ne devrait pas avoir d'affect mais on en a quand même* ».

Hélène, à propos du deuil des soignants, déclare :

« *Certains vivent un deuil je pense, c'est pour ça qu'on nous dit qu'il ne faut pas s'attacher aux gens* ». Je lui demande si elle pense que c'est possible de ne pas s'attacher aux gens. Elle répond : « *Non ! surtout en gériatrie, je veux dire on est là, on les voit tous les jours. Après, il y a une certaine attache, il y a une certaine distance à réussir à avoir, justement pour réussir à pas se faire dépasser par ça parce que si on subit tous les décès de plein fouet comme ça, on ne peut plus gérer là* ».

Toujours à propos du deuil Caroline confie :

« *Oui je pense qu'il y a un deuil malgré qu'on essaye de mettre une distance thérapeutique... on les voit des fois plus souvent que notre propre famille quand même et on a des habitudes avec eux... une personne qu'on voit faire la même chose tous les matins, une fois qu'elle n'est plus là, ça change notre organisation ...* »

Bernard affirme qu'il n'a pas besoin de parler de ces moments compliqués : « *Oh, je pourrais en parler librement, mais personnellement, je suis solide et donc...* ». Pourtant il déclare juste avant que les décès dans l'unité « *ça pèse* » et qu'« *il faut encaisser* ».

Les émotions des soignants face à la mort sont perçues différemment selon les personnes, les circonstances. Comment, à leurs yeux, la hiérarchie se positionne-t-elle sur ce sujet ?

### **La reconnaissance de la hiérarchie<sup>3</sup>**

La question « vous sentez-vous soutenus par la hiérarchie ? » a pour intérêt de comprendre comment les soignants perçoivent le positionnement de l'institution sur l'accompagnement des décès.

Érika explique : « *Par rapport à la hiérarchie...non. Non, on est un peu livré à nous-mêmes par rapport à ça... Disons qu'on arrive à se soutenir entre nous finalement (rire). C'est vrai qu'après « au-dessus » c'est compliqué.* ».

Et avec les médecins ?

« *Avec les médecins...non...non, pas du tout, c'est pas un sujet qui est abordé.* »

Danièle fait état d'un sentiment d'incompréhension avec ses supérieurs :

« *Non, ils pensent que ça fait partie de notre travail. Quand on leur parle des problèmes d'absence de médecin ils nous répondent « vous savez bien reconnaître un décès » ! Une fois on en a perdu 14 en 2 mois et demi. Quand on a dit « c'est difficile », ils nous ont dit « tu sais bien qu'ils sont là pour mourir ». On n'a pas eu la reconnaissance sur l'accompagnement qu'on peut avoir avec les résidents et les familles. On a parlé de faire un groupe de parole il y a un an et demi et tiens on attend toujours ! ».*

Cinq infirmiers sur huit mettent en avant des préoccupations économiques qui obligent à maintenir le taux d'occupation.

« *Non. Des fois on a une personne qui est là depuis 15 ans et qui décède, et à qui tout le monde est très attaché et deux jours après ils mettent quelqu'un d'autre dans sa chambre. On sait qu'il faut rentabiliser, qu'il faut remplir les chambres... du coup on se dit, on accueille, on soigne, elle décède et fuit ! ... suivant ! Entre-temps on peut avoir des émotions...il manquerait un temps pour qu'on parle juste de la personne un peu.* »  
regrette Caroline.

Bernard déclare :

« *C'est le cadet de leurs soucis ! Du moment que les lits sont remplis qu'on soit formé ou pas... Bon je pense quand même qu'ils préfèrent que les gens soient bien plutôt que mal ça tombe sous le sens. Mais dire que c'est la condition première : je ne pense pas.* »

---

<sup>3</sup> Hiérarchie : ici, supérieur fonctionnel (médecins) ou hiérarchique (cadre, cadre supérieur, directeur des soins, directeur).

Trois infirmiers concèdent que l'infirmière coordinatrice de leur unité est disponible et à l'écoute de leurs émotions.

*« Quand on a besoin de parler, quand quelque chose s'est mal passé, elle nous reçoit, pas de soucis. Elle est très ouverte, elle prend le temps de parler avec nous, elle vient nous voir tous les jours pour demander comment ça s'est passé. Si on lui explique qu'il y a un décès qui s'est mal passé elle prend le temps. ».*

Danièle aimerait que l'institution organise mieux les choses autour des décès.

*« J'aimerais bien y réfléchir en groupe et qu'on améliore nos pratiques surtout sur des rites communs, on pourrait faire plus de choses, plus adaptées en fait ».*

Les enquêtes ont permis de mettre en lumière les points de vue des soignants sur la mort, ses représentations dans la société et dans l'institution ainsi que les difficultés rencontrées au quotidien.

Il est maintenant intéressant de mettre en lien, sous forme de discussion, la réalité de terrain décrite par les soignants avec les concepts préalablement étudiés.

## **2.2 Discussion et ouverture**

L'objectif de la discussion est de réaliser des liens entre la théorie découverte à travers mes lectures et l'enquête de terrain. La validation ou non de l'hypothèse permettra d'évaluer la pertinence de la question de recherche et de proposer une nouvelle orientation le cas échéant.

### **2.2.1 Limites de la discussion**

Par précaution éthique, je n'ai pas souhaité traiter deux sujets évoqués par les infirmiers. Le premier, en lien avec un suicide d'une résidente, pouvait contenir des renseignements relevant du domaine judiciaire. Le second ciblait un professionnel de l'institution, le propos de l'interviewé permettait de l'identifier et son anonymat n'aurait pas été respecté. Je n'ai donc pas analysé ces données.



## 2.2.2 Discussion des résultats au regard des concepts

### La mort dans la société

Les enquêtés, comme la majorité des auteurs, mettent en évidence que la mort est encore taboue dans notre société occidentale. Parler de sa propre mort, explique Annick, c'est admettre que l'on est mortel. Freud disait : « Dans l'inconscient, chacun est persuadé de son immortalité » (Brioul, 2017, p. 17), ce qui montre que, sur ce sujet, peu de choses ont changé.

Danièle indique que l'on n'est pas préparé à la mort socialement et rejoint ainsi les propos de la gériatre Sylvie Olivier : « Mourir [...] c'est un moment unique, auquel notre société nous prépare de moins en moins » (Olivier, 2015, p.75).

D'autres, comme Érika, pensent que cela est moins tabou qu'avant et donne pour exemple la hausse des contrats d'obsèques et la gestion des funérailles anticipée par les gens eux-mêmes. De son côté le sociologue Michel Billé parle de la tyrannie du bien vieillir et dit que si les personnes gèrent leur contrat d'obsèques et leurs funérailles c'est à la suite de l'injonction de la société à ne pas être un fardeau et à bien tout gérer jusqu'à son décès pour ne pas incommoder sa famille ou ses proches.

### Parler de la mort en Éhpad

Les soignants déclarent pouvoir parler entre eux de la mort mais seulement de façon informelle, entre deux activités. Il n'y a pas de temps dédié, pas de groupe de parole ou de débriefing d'équipe. Michel Brioul, psychologue clinicien, résume la situation ainsi : « L'institution est un « lieu de vie » où la mort ne semble pas avoir de place. » (Brioul, 2017, p. 127).

Parler de la mort avec les résidents se fait à la demande de ces derniers et rien ne semble organisé pour les pensionnaires atteints de démence, contrairement à ce que préconise Michel Brioul :

« Dans une étude réalisée dans le cadre du centre d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) de Bourgogne, portant sur 280 situations, la psychologue et sociologue Anne Dusart note que « *d'une manière générale, la compréhension de la mort est bien supérieure à ce qu'on pouvait attendre : les personnes déficientes intellectuelles, y compris les plus démunies d'entre elles,*

*saisissent bien plus de choses à propos de la mort que ne le laissent penser leurs capacités de compréhension sur d'autres sujets. » » (Brioul, 2017, p.101).*

Les directives anticipées pourraient être un prétexte, une occasion d'aborder le sujet de la finitude. Seulement, elles sont peu complétées et le « bon moment » pour en parler n'est pas évident à déterminer comme l'indiquent trois des infirmiers. Michel Brioul note à ce sujet que les directives anticipées « ont remplacé les dernières volontés reçues par les enfants des mourants » (Brioul, 2017, p.37). Cela illustre la place des familles qui se situe aujourd'hui en retrait de la prise en charge de la personne âgée par rapport à l'institution.

### **La prise en charge de la mort dans l'institution**

Michel Brioul mentionne qu'en Ehpad la mort bien que présente reste taboue.

« La mort est présente dans les préoccupations de tous, mais reste cachée. On fait des projets de vie, on stimule, on motive, on lutte contre l'hypothétique et confus « syndrome de glissement » à coup d'antidépresseurs, mais se préoccupe-t-on de faire des projets de mort ? Ignorer le risque en le masquant ou en enfouissant la tête dans le sable à l'instar de l'autruche ne protège ni du danger ni de la réalité. » (Brioul, 2017, p.57).

Les soignants expliquent que pour les accompagnements ou les annonces de décès il n'y a pas de formalisation écrite dans l'institution. L'annonce est faite par affichage dans deux unités mais les soignants diront qu'il est peu efficace car non lu la plupart du temps. Pour l'accompagnement, les infirmiers se sentent démunis quand la famille est distante ou n'a pas perçu la gravité de la santé de leur proche. L'absence de la psychologue oblige les soignants à gérer seuls l'accompagnement des familles et des résidents.

L'anthropologue Catherine le Grand-Sébille est catégorique :

« Cette solitude des professionnels en institution ou des proches au domicile est, d'un point de vue anthropologique une aberration. Dès que l'on s'intéresse à l'attitude des sociétés face à la mort, face à l'interruption de la vie, on constate que, de tout temps et dans toutes les cultures, les humains ont ressenti le besoin de renforcer les liens de sociabilité, de puiser dans les réservoirs de signes symboliques que sont les rites, la tradition, et la mémoire collective. » (Le Grand-Sébille, 2014, p. 466).

En ce qui concerne les rites, les soignants parlent surtout de procédures de soins et de rituels effectués à la demande de la famille. Ils aimeraient avoir plus de temps pour dire au revoir au défunt. Hélène regrette qu'il n'y ait pas un geste de l'institution pour le jour des funérailles. Michel Brioul abonde dans ce sens et remarque le manque d'implication des Ehpad dans la ritualisation.

« Les pièges des faux-fuyants guettent toute structure d'accueil qui s'y laisserait prendre, la conduisant alors à éviter d'assumer sa mission (« c'est l'affaire des familles ») ou à se défausser (« ce n'est pas notre rôle », ou pire « ce n'est pas prévu dans le budget ») ou encore souscrire sans recul au seul principe de la demande exprimée (du résident lui-même ou de sa famille). Il en va pourtant de la responsabilité éthique de l'institution de prendre les décisions qui intègrent l'individu à la communauté humaine qui est la sienne. » (Brioul, 2017, p.69).

La psychologue Maryse Hecquet constate que « faire mémoire est une étape essentielle dans l'accompagnement des résidents. Mais en général, les maisons de retraite peinent à symboliser et à entourer les décès, les pratiques mortuaires y étant surtout régies par l'hygiène médicale et la gestion administrative » (Hecquet, 2011, p.183).

### **Les soignants et la mort**

Les soignants dévoilent de façon unanime que des problèmes organisationnels comme l'absence de médecin de garde la nuit et les week-ends augmentent significativement leur charge mentale. L'effort que ces problèmes organisationnels imposent aux soignants pour trouver des stratégies entre le travail initialement prescrit et l'activité finale est appelé travail réel par le sociologue Christophe Dejourné qui décrit ce phénomène ainsi :

« Le travail de soin, comme toute activité, se caractérise par un certain nombre de difficultés qui surgissent inévitablement dans l'exécution des tâches. Il existe toujours un décalage entre le travail prescrit et le travail effectif, ce qui permet de comprendre pourquoi les travailleurs ne s'en tiennent pas à l'exécution stricte des prescriptions. Dans le cadre de leur activité concrète, ils sont conduits à remanier leurs modes opératoires en inventant des ruses, des savoir-faire tacites et discrets qui leur permettent d'anticiper les obstacles, mais aussi de résoudre les difficultés qui perturbent l'exercice ordinaire du travail. Les imprévus, anomalies, incidents, dysfonctionnements, pannes,

ou encore ce qu'on appelle aujourd'hui « bogues », constituent le réel du travail » (Dejours, 2015, p.28).

Quand l'écart entre le prescrit et le réel est très grand, les professionnels doivent multiplier les stratégies pour accomplir leur tâche ce qui à terme conduit à l'épuisement.

Sept infirmiers indiquent qu'ils sont confrontés à un grand nombre de décès ce qui les met parfois en difficulté. Ce que constatent également Christophe Beranger (cadre de santé) et Moustache Bouchaïb (docteur en psychopathologie) dans un article dédié à la gestion des risques liés aux décès en gériatrie : « Les soignants sont par excellence une population anormalement exposée à la mort des personnes dont ils ont la charge » (Beranger & Bouchaïb, 2017, p.39).

### **Le deuil chez les soignants**

Les professionnels pensent que le deuil chez les soignants existe mais n'est pas systématique lors de chaque décès. Cela dépend de l'attachement de chacun pour le défunt. Ils parlent plutôt de tristesse. Pourtant tous les auteurs insistent sur l'importance de ce deuil et sa reconnaissance.

« On constate hélas que le deuil des soignants est rarement pris en compte dans les institutions. Trop souvent encore les professionnels doivent faire face à ces difficultés avec leurs seuls moyens individuels, ce qui est néfaste pour tous. Souvent l'unique aide qui est proposée aux professionnels est d'entreprendre un travail personnel, alors qu'il appartient à la structure de considérer que l'accompagnement à la mort et le deuil sont des aspects de leur mission. » regrette Michel Brioul (Brioul, 2017, p.126).

Il poursuit même en indiquant que « faute de pouvoir les distancier, les émotions peuvent aussi nous détruire. La parole et son écoute sont alors fondamentales » (Brioul, 2017, p. 91).

Les soignants témoignent de sentiments ambivalents. Ils se disent attachés aux résidents, tristes lors des décès et en difficulté parfois quand leur nombre est important. Mais ils affirment qu'il ne devrait pas en être ainsi, qu'ils devraient avoir une juste distance, un contrôle de leurs émotions. La psychologue Martine Soares fait le même constat que les enquêtés :

« En Éhpad, pour les soignants, l'évocation de souvenirs en rapport avec le résident disparu n'est pas appréciée. Chacun sait qu'il est mal venu de s'éterniser sur les décès des résidents, et encore moins d'en parler. Passer à autre chose semble donc s'appliquer

dans ce contexte. La censure de l'émotion est recommandée : écrire, chanter, dire. Mais le soignant est seul devant son chagrin non exprimable. Il n'est pas consolé et ne peut se consoler. Il a pourtant un deuil à faire. Ainsi de multiples douleurs reliées à la mort se cumulent chez le soignant, en raison des deuils non vécus. Il se pourrait qu'il devienne malade de non consolation. » (Soarez, 2011, p. 5).

Le psychologue Michel Brioul explique que :

« La souffrance de l'autre mobilise un flot émotionnel, chargé d'angoisse, de commisération excessive ou d'assimilation confusionnelle, que le professionnel est amené à canaliser pour ne pas se laisser emporter dans ce maelstrom. Il ne s'agit pas d'éradiquer ces sentiments, mais d'acquérir la capacité de prendre quelque distance avec ceux-ci. C'est l'un des enseignements de la psychanalyse : les élans affectifs réciproques, que sont les transferts et les contre-transferts, ne sont pas seulement d'en débusquer le sens et les rouages, mais aussi de ne pas s'y laisser prendre – au risque de s'y empêtrer jusqu'à l'impuissance » (Brioul, 2017, p.122).

Les psychologues Maryse Hecquet et Alice Nutens proposent leur point de vue, valorisant le travail et la réflexion d'équipe :

« On ne soigne pas vraiment à distance du corps, ni à distance du cœur et l'accompagnement des derniers moments peut être difficile pour les soignants car il vient questionner la juste distance et le positionnement de chacun. Mais qu'est-ce que la juste distance en gériatrie, où la confrontation au grand âge, à la pathologie, la mort est quotidienne ? De la discussion à la conviction, le travail de l'équipe s'inscrit dans l'éthique de la communication, pour permettre à chacun de s'approprier son vécu en lui donnant du sens, de le dépasser et créer du sens commun. » (Hecquet & Nuytens, 2011, p.36).

### **Positionnement institutionnel**

À travers les déclarations des soignants on perçoit le sentiment de solitude voire de fatalisme quant au soutien de leur hiérarchie. Certains verbatim montrent leur dépit. « *C'est le cadet de leurs soucis* » (Bernard), « *il faut rentabiliser* » (Caroline), « *on n'a pas eu la reconnaissance sur l'accompagnement qu'on peut avoir avec les résidents et les familles* » (Danièle), « *ça ne se réglera pas* » (Ghayada) ou « *on est un peu livré à nous-mêmes* » (Érika).

Michel Brioul constate que bien souvent la mort est banalisée dans les Éhpad. « La mort est trop souvent évacuée comme un non-événement » (Brioul, 2017, p. 126).

La journaliste Audrey Guiller a consacré un dossier sur l'accompagnement du deuil, elle met en avant l'importance des groupes de parole. « Pour éviter l'usure professionnelle liée au contact récurrent avec la mort, le meilleur outil est la parole. Organiser des rituels d'adieu, des groupes de parole, des discussions sur la mort avec les résidents apaise chacun. » (Guiller, 2017, p.15).

L'accompagnement de la fin de vie et de la mort semble de nouveau au cœur des préoccupations politiques et de différentes recommandations dont celles de l'Anesm. Mais comme s'interroge le philosophe et professeur d'éthique Éric Fiat « Que peuvent les injonctions éthiques, les vertueuses paroles face à une réalité politique, démographique, économique plus que difficile ? » (Fiat, 2008, p.12).

### **2.2.3 Validation de l'hypothèse**

La question de recherche posée au début de ce travail était :  
Comment la pratique de rites institutionnels aide les soignants à accompagner les résidents lors d'un décès en Éhpad ?

L'hypothèse choisie était que :  
Les rites mis en place par l'institution sont utiles aux soignants pour vivre leurs deuils.

Les rites sont présents dans les Éhpad mais, selon les auteurs étudiés, il serait souhaitable qu'ils soient plus nombreux, en tout cas mieux identifiés au niveau de l'institution.

À ce jour, les rites mis en place dans l'établissement où j'ai mené mon enquête ne paraissent pas assez développés pour pouvoir agir sur le deuil des soignants. Plusieurs auteurs, comme Marc-Antoine Berthod, Michel Brioul, Maryse Hecquet, Geneviève Laroque, Rosette Poletti, Annick Sachet, Martine Soarez, s'accordent pour recommander la pratique de rites dans le but de favoriser un espace de deuil pour les soignants. Je n'ai pas constaté lors de mes enquêtes de terrain de telles pratiques et ne peux donc pas confirmer qu'elles seraient utiles aux

soignants pour vivre leurs deuils. Néanmoins, les témoignages révèlent que les professionnels se sentent seuls dans leur pratique notamment pour l'accompagnement des résidents et des familles endeuillés. Ils évoquent un manque d'espace pour parler, pour faire mémoire. Si un temps institutionnel était dédié à la parole, les soignants se sentiraient probablement plus reconnus dans leur travail.

#### **2.2.4 Ouverture sur un nouveau concept : la reconnaissance**

La reconnaissance est un élément indispensable pour entretenir l'estime de soi, elle est aussi essentielle dans les organisations de travail.

« Reconnaître le travail de l'autre valorise l'autonomie professionnelle, facilite le travail collectif, permet le développement de mutualisation interéquipes, améliore l'organisation, renforce l'émulation et le sentiment d'utilité » (Pierre-Poulet & Sylvestre 2017, p.15).

François Dubet partage son point de vue sociologique et explique que le travail des professionnels peut être défini par deux axes principaux. Le premier est celui de la compétence technique et le second, plus subjectif, vient de la particularité qu'ont les soignants de prendre en charge « des personnes singulières ayant des demandes émotionnelles et psychologiques particulières ». Cet axe a longtemps eu du mal à être reconnu. « L'organisation de travail, les cadres et parfois les collègues et les patients, ne reconnaissent pas les efforts, l'engagement subjectif dans le travail et sa qualité » (Dubet, 2017, p.17).

Si l'organisation du travail est défaillante, elle peut empêcher bien souvent d'effectuer les tâches correctement et ainsi d'être reconnu. Elle est la cause principale de souffrance au travail (Dubet, 2017). Durant l'enquête, les soignants ont très clairement mis en avant les problèmes organisationnels (absence de médecin, gestion de la morgue, etc.) comme source de souffrance.

Le rôle du cadre de santé est essentiel afin que les soignants se sentent reconnus dans leurs missions. Dubet précise que « plus le travail exige un engagement subjectif dans des

relations avec autrui, plus il est confronté aux tragédies humaines, plus la reconnaissance est essentielle » (Dubet, 2017, p.17).



## Conclusion

Ce travail de recherche arrive à son terme. Le thème traité porte sur la place de la mort en Éhpad. Il est temps pour moi d'en faire le bilan en retraçant les grandes lignes de mon étude, en mettant en évidence les apports et les ouvertures découvertes à l'issue de ce travail.

À partir d'un constat fait sur le terrain à l'occasion du décès d'un résident, je me suis aperçue qu'il y avait des différences de pratiques selon l'identité de la personne décédée et cela m'a posé question. Ce moment ne semblait pas être préparé de façon institutionnelle. Je me suis alors interrogée sur la place de la mort dans nos institutions gériatriques. Ce travail a eu pour objectif de comprendre ce que la mort représente dans l'inconscient collectif et, plus particulièrement, comment elle impacte les résidents et les soignants dans les Éhpad en m'appuyant sur deux concepts indissociables : la mort et le deuil.

L'enquête de terrain a été menée auprès de huit infirmiers sur trois secteurs d'Éhpad d'un même établissement. Grâce à des entretiens semi-directifs j'ai pu aborder le thème de la mort, des décès, du deuil et des rites qui y sont associés en recueillant les réflexions des professionnels. L'enjeu de ces rencontres était de répondre à ma question de recherche qui est : comment la pratique de rites institutionnels aide les soignants à accompagner les résidents lors d'un décès en Éhpad ?

Les données ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Cette analyse a fait apparaître des écarts entre les préconisations de la littérature et le vécu des soignants interviewés. Certains auteurs, comme Rosette Poletti décrivent des unités d'Éhpad où la mort n'est plus taboue et où l'organisation des décès est très ritualisée. D'autres, comme Michel Brioul, dépeignent la pauvreté des rites et de la reconnaissance des deuils vécus par les résidents et les soignants. Il semble que les professionnels rencontrés appartiennent plutôt à ce second cas de figure. Les auteurs soulignent l'importance de ne pas nier ni éluder la présence du deuil chez les soignants. L'enquête dévoile que si les infirmiers ont conscience de ce deuil, il est minimisé et encore tabou. De fait, contrairement à la préconisation trouvée dans la littérature, ce deuil ne semble pas reconnu dans l'institution.

À l'issue de ce travail, je ne peux ni valider ni infirmer l'hypothèse selon laquelle les rites mis en place par l'institution sont utiles aux soignants pour vivre leurs deuils. En effet, peu de rites sont mis en place sur le terrain enquêté et le deuil des soignants ne semble pas reconnu. L'hypothèse pourrait s'avérer dans une autre institution mais pas sur le terrain observé. Cependant, quelques indices dans le discours des infirmiers me permettent de penser que des rites institutionnalisés permettraient un temps dédié à la mémoire des défunts, notamment pendant l'annonce et l'accompagnement des résidents où la mort est peu parlée.

Ce travail m'a permis de mettre en lumière l'importance de l'organisation et l'impact qu'elle pouvait avoir sur la sérénité des professionnels dans les moments chargés d'émotions comme les décès.

J'ai également mesuré les inégalités qui existent d'un établissement à l'autre selon si l'institution a développé des stratégies et des outils d'accompagnement de la mort, ou non.

Cette recherche m'a aidé à comprendre que les soignants peuvent être impactés psychologiquement sans vraiment s'en rendre compte eux-mêmes et qu'il est du devoir du cadre de santé de prendre du recul pour analyser les pratiques et mettre le doigt sur les difficultés rencontrées.

Cette étude m'a donné l'opportunité de prendre le temps nécessaire pour cheminer sur cette thématique. Au début de ce travail, j'étais partie de l'idée que l'annonce des décès devait être travaillée, améliorée, sans comprendre ce que vivaient les professionnels, les émotions ressenties et les répercussions engendrées sur eux-mêmes et sur leur travail et leur souffrance par le manque de reconnaissance.

Au-delà de la mise en place des rites, valoriser le travail par sa reconnaissance est apparu comme étant un enjeu majeur pour les cadres de santé afin d'améliorer l'accompagnement des endeuillés.

Ce mémoire me donne envie d'aller plus loin et d'explorer le thème suivant : les émotions au travail, les reconnaître pour les apprivoiser.

---

## Bibliographie

---

Anesm. (2015). Lettre de cadrage : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles *Accompagner la fin de vie des personnes âgées au domicile ou en établissement médico-social*. Repéré à [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/lettre\\_de\\_cadrage\\_fin\\_de\\_vie.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/lettre_de_cadrage_fin_de_vie.pdf)

Anesm. (2017). *Accompagner la fin de vie en ÉHPAD : recommandations de bonnes pratiques professionnelles*. Repéré à [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/web\\_rbpp\\_findevie\\_ehpad.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/web_rbpp_findevie_ehpad.pdf)

Ariès, P. (2015). *Essai sur l'histoire de la mort en occident : du Moyen Âge à nos jours*. Lonrai : Seuil.

Bacqué, M.-F. (1997). *Mourir aujourd'hui : les nouveaux rites funéraires*. Paris : Odile Jacob, 247 – 274.

Bacqué, M.-F. & Hanus, M. (2016). *Le deuil*. Paris : Presses Universitaires de France.

Bacqué, M.-F. (2004). Augmentation de la longévité, multiplication des deuils. Les nouveaux vieux sont aussi de grands endeuillés, études sur la mort. *L'esprit du temps*, (126), 149 – 158. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2004-2-page-149.htm>

Beranger, C. & Bouchaïb, M. (2017). La gestion des risques liés aux décès en gériatrie. *Soins gériatrie*, (128), 39 – 43. Repéré à [https://www.researchgate.net/publication/320994082\\_La\\_gestion\\_des\\_risques\\_lies\\_aux\\_deces\\_en\\_geriatrie](https://www.researchgate.net/publication/320994082_La_gestion_des_risques_lies_aux_deces_en_geriatrie)

Berthod, M.-A. (2009). Entre psychologie des rites et anthropologie de la perte : Note pour l'étude du deuil. *Journal des anthropologues*. (116-117). 159 – 180. Repéré à <https://journals.openedition.org/jda/3432>

- Bethod, M.-A. (2015). Le paysage relationnel du deuil. *Érudit*. (26). Repéré à <https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2014-v26-n1-2-fr02300/1034383ar/>
- Billé, M. (2009). Vivre son deuil. La tyrannie du « bien vieillir ». *L'esprit du temps*, (135), 7 – 22. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2009-1-page-7.htm>
- Bourdieu, P. (1984). *La « jeunesse » n'est qu'un mot*. Repéré à <http://www.homme-moderne.org/societe/socio/bourdieu/questions/jeuness.html>
- Brioul, M. (2017). *Le temps du deuil en institution médico-sociale : comprendre et soutenir*. Montrouge : ESF éditeur.
- Croyère, N. (2014). Accompagner la fin de (la) vie des personnes âgées en établissement d'hébergement. *Perspective soignante*, (50), 80 – 88.
- Dartiguenave, J. & Dziedziczak, P. (2012). Familles et rites funéraires : vers l'autonomie et la personnalisation d'une pratique rituelle. *Recherches familiales*, (9), 93-102. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2012-1-page-93.htm>
- De Hennezel, M. (2018). Enquête, mourir aujourd'hui en France. *Pèlerin*, (7092), 18-34.
- Dejours, C. (2015). *Le choix, souffrir au travail n'est pas une fatalité*. Paris : Bayard.
- Deuil, (2018). Encyclopédia Universalis *Deuil*. Repéré à : <https://www.universalis.fr/recherche/q/deuil/>
- Dubet, F. (2017). Professionnel de santé et reconnaissance, point de vue sociologique. *Soins cadres*, (102), 16 – 18.
- Dupuis, M., Gueibe, R. & Hesbeen, W. (2017). *Soin(s) éthique et vieillissement : du souci de la personne âgée aux enjeux pour la pratique*. Paris : Seli Arslan.

Ennuyer, B. (2011). À quel âge est-on vieux ? *Gérontologie et société*, (138), 127-142. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2011-3-page-127.htm>

FHF. (2013). *Enquête sur la fin de vie en EHPAD, publication des résultats-enquête*. Repéré à <https://www.fhf.fr/Autonomie/Indicateurs-et-mesures/Enquete>

Fiat, E. (2008). Les politiques de la vieillesse face aux questions éthiques. *Recherches en soins infirmiers*, (94), 56 – 62. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-3-page-56.htm>

Gilioli, C. (2015). *Réflexion éthique et pratiques soignantes*. Pays-Bas : Lamarre.

Gouvernement.fr. (2018). *Le plan maladies neurodégénératives 2014-2019 : accompagner la vieillesse et le handicap*. Repéré à : <https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>

Guiller, A. (2017). Accompagner le deuil : la fin d'un tabou. *Travail social actualités*, (87), 15-29. Repéré à <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/514173/>

Hecquet, M. & Nuytens, A. (2011). Réflexion éthique autour des enjeux de la relation soignant-soigné lors d'un accompagnement de fin de vie en Éhpad. *Éthique et santé*, (8), 36 – 41.

Hecquet, M. (2011). Les EHPAD, lieux de vie, lieux de mort. *Journal des psychologues*, (287), 31 – 34. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2011-4-page-31.htm>

Josse, F. (2012). À quand le « projet de mort » ? *Mensuel des Maisons de Retraite*, (158), 13 – 17. Repéré à [http://regies95.com/files/7313/9712/4841/MMR\\_Dec\\_2012\\_-\\_A\\_quand\\_le\\_projet\\_de\\_mort.pdf](http://regies95.com/files/7313/9712/4841/MMR_Dec_2012_-_A_quand_le_projet_de_mort.pdf)

Juliers-Costes, M. (2016), *Penser les rites funéraires contemporains : du cortège funèbre aux funérailles connectées*. Repéré à <https://mort-anthropologie.com/penser-les-rites-funeraires-contemporains-du-cortege-funebre-aux-funerailles-connectees/>

Laroque, G. (2004). Vivre et mourir très âgé en maison de retraite, un défi. *Études sur la mort*, (126), 19 – 26. Repéré à <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/321849/>

Le Grand-Séville, C. (2014). Des rites pour se situer. In E. Hirsch (Dir.), *Fins de Vie éthique et société* (pp. 460 – 482). Toulouse : Érès.

Maisons de retraite, (s.d.). Les maisons de retraite médicalisées (Ehpad). *maisons-de-retraite.fr*. Repéré à <http://www.maisons-de-retraite.fr/Bien-choisir-sa-maison-de-retraite/Les-differents-types-d-etablissement/>

Michaud-Nerard, F. (2010). La mort et le deuil, évolutions récentes. *Études sur la mort*, (137), 117 – 126. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2010-1-page-117.htm>

Ministère des solidarités et de la santé. (2016). *Le plan national « soins palliatifs 2015-2018 »*. Repéré à : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/le-plan-national-soins-palliatifs-2015-2018>

Muller, M. (2017). 728 000 résidents en établissements d’hébergement pour personnes âgées en 2015, *Études et Résultats*, (1015). Repéré à <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>

Olivier, S. (2015). Mourir, voir mourir : place des EHPAD dans la société. *EMPAN*, (97), 69 – 75. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-empan-2015-1-page-69.htm>

ONFV. (2013). *Etude "Fin de vie en EHPAD" : accès aux résultats région par région*. Repéré à [https://www.espace-ethique-poitoucharentes.org/obj/original\\_153648-rapport-observatoire-fin-de-vie-ehpad.pdf](https://www.espace-ethique-poitoucharentes.org/obj/original_153648-rapport-observatoire-fin-de-vie-ehpad.pdf)

Pierre-Poulet, N. & Sylvestre, C. (2017) Reconnaissance au travail, une stratégie managériale. *Soins cadres*, (102), 15.

Poletti, R. (2004). Mourir en maison de personnes âgées. Études sur la mort. *L'esprit du temps*, (126), 109 – 114.

Sachet, A. (2004). Mourir âgé en institution, Etudes sur la mort. *L'esprit du temps*, (126), 115 – 124. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2004-2-page-115.htm>

Soarez, M. (2011). La souffrance du soignant autour de la mort en EHPAD. *AFDG – Lettre de Psychogériatrie*, (42), 1 – 5. Repéré à <http://www.lettre-psychogeriatric.com/wp-content/uploads/2011/12/42-M-Soarez-souffranc-soignant-mort-EHPAD.pdf>

Thomas, L.-V. (s.d). *Rite*. Encyclopedia Universalis. Repéré à <http://www.universalis.fr/encyclopedie/mort-les-societes-devant-la-mort/>

Thomas, L.-V. (2015). Les mécanismes sociaux et psycho-sociaux du travail de deuil. *Revue JALMALV*, (121), 19 – 29.

Vincent, C. (2013). Les rituels funéraires 2.0. Repéré à [https://www.lemonde.fr/culture/article/2013/10/31/les-rituels-funeraires-20\\_3506521\\_3246.html](https://www.lemonde.fr/culture/article/2013/10/31/les-rituels-funeraires-20_3506521_3246.html)

Willaime, J.-P. (1995). *Sociologie des religions*. Paris : PUF

### **Textes à portée juridique**

Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant des nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Repéré à :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id>

Loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Repéré à :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>



---

## **A n n e x e s**

---



---

## Sommaire des annexes

---

Annexe I : Guide pour les entretiens semi-directifs

Annexe II : Retranscription de l'entretien n°5 avec Érika







## **Annexe I : guide pour les entretiens semi-directifs**

Bonjour, je m'appelle Carine MARTIN, je suis étudiante à l'école des Cadres de Santé de Sainte Anne à Paris. Dans le cadre de mes études j'effectue une recherche sociologique. Afin d'enrichir mon travail de recherche, je vous propose cet entretien qui durera environ ¾ d'heure. Le but de cet entretien est de recueillir votre perception sur le thème que nous allons aborder. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse. J'aimerais simplement connaître votre point de vue et partager avec vous votre expérience.

Cet entretien est anonyme et sa confidentialité sera respectée.

Pour des raisons pratiques de mémorisation et pour ne pas déformer vos propos, j'aimerais enregistrer notre entretien. Me donnez-vous votre accord ?

### **Présentation du thème de recherche**

Le thème abordé est celui des décès en Ehpad et de leurs annonces aux autres résidents.

### **Thème 1 : talon identitaire**

Homme / Femme

Quel est votre âge ?

Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ?

Depuis combien de temps exercez-vous dans cette unité ?

Combien d'années d'expérience avez-vous en gériatrie ?

### **Thème 2 : spécificité de l'unité de soins**

- Pouvez-vous me décrire brièvement le service où vous exercez et quelles sont vos missions au sein de cette unité ?

*Relance : capacité d'accueil de l'unité ? GIR moyen ?*

### **Thème 3 : la représentation de la mort**

- Pensez-vous qu'il soit facile de parler de la mort dans notre société ?

*Relance : famille, médias, entourage.*

- Et au sein de l'Éhpad ?

*Relance : avec les collègues, les résidents, leur famille, pourquoi ?*

### **Thème 4 : l'institution et la mort**

- Comment se passe l'annonce d'un décès dans l'institution ?

*Relance : Qui l'annonce aux autres résidents, aux familles, existe-t-il des protocoles, des affichages ?*

- Existe-t-il un accompagnement du deuil dans votre unité ?

*Relance : si oui qui s'en occupe ? De quelle façon ? Qui accompagne-t-on : les familles, les résidents, les soignants ?*

- Existe-t-il des rituels par rapport aux décès ?

*Relance : existe-t-il : - des habitudes de service, des procédures écrites ?*

*- des transmissions concernant les vœux des familles ?*

*- des rites prévus par l'institution, faits de façon informelle, de façon personnelle ?*

### **Thème 5 : les soignants et la mort**

- Vous sentez-vous en difficulté au moment du décès d'un résident ?

*Relance : pour quelles raisons : au moment de l'annonce, pour des raisons pratiques, par rapport à votre ressenti, ... ?*



*Que vous manquerait-il pour vous sentir plus serein(e) ?*

- Pensez-vous que les soignants vivent un deuil au moment du décès d'un résident ?  
Pourquoi ?

*Relance : pensez-vous pouvoir en parler librement avec vos collègues, votre entourage ? Est-il tabou, banalisé ? Pourquoi ?*

- Pensez-vous que ce deuil est reconnu par votre hiérarchie et par l'institution ?

*Relance : vous sentez-vous soutenu par votre hiérarchie lors d'un décès ? Est-ce que des groupes de parole ou autre forme de soutien sont mis en place pour l'équipe ?*

## **Thème 6 : ouverture**

Souhaitez-vous ajouter quelque chose pour compléter cette réflexion ?

## **Conclusion de l'échange**

Vos réflexions sur ce thème me seront très utiles pour continuer l'analyse de mon thème.

Merci pour votre participation !



## Annexe II : entretien n°5 avec Érika

Bonjour, je m'appelle Carine Martin, je suis étudiante cadre de santé à Sainte-Anne à Paris. J'effectue un mémoire sur le thème de la prise en charge des résidents lors des décès en Éhpad.

Je vous propose cet entretien qui durera environ  $\frac{3}{4}$  d'heure pour recueillir votre perception, connaître votre point de vue en fonction de votre expérience.

Cet entretien est anonyme et sa confidentialité sera respectée.

Pour des raisons pratiques et pour ne pas déformer vos propos je souhaiterais enregistrer notre entretien. Me donnez-vous votre accord ?

Oui, bien sûr, pas de souci !

**Donc, premier thème : mieux vous connaître. Est-ce que vous pouvez me donner votre âge ?**

Alors moi j'ai 35 ans.

*D'accord.*

**Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?**

13 ans...

**Depuis combien de temps êtes-vous dans cette unité ?**

Euh 3 ans.

**Et, est-ce que vous avez plus d'ancienneté en gériatrie que les 3 ans-là ? Est-ce qu'avant...**

Oui, 13 ans de gériatrie (rire).

***13 ans de gériatrie, d'accord, une grande expérience en gériatrie donc, vous allez pouvoir m'aider alors.*** (rire) **Donc, est-ce que vous pouvez me dire, juste pour que je me repère un peu, les spécificités de l'unité, notamment en termes de résidents, combien sont-ils ? Sont-ils très dépendants, etc.**

D'accord, alors ils sont 70, *d'accord*, à peu près, euh polyopathologies la plupart du temps... euh... moyenne d'âge... moyenne d'âge, nous, la plus jeune a 70 ans à peu près et ça va jusqu'à 105 ans. Bon, après vraiment la moyenne d'âge c'est quand même au moins 90 ans. ***90 ans...***

Oui, après... ces quelques dernières années on a quand même beaucoup, voilà de gens qui sont devenus très très dépendants euh voilà. Donc ils sont ici depuis plusieurs années, donc ils sont

arrivés quand même avec un degré d'autonomie voilà, et qui au fur et à mesure des années sont devenus de plus en plus dépendants.

***Parce qu'ici à la résidence, normalement, je ne sais pas si je peux dire normalement, ce sont des gens pas trop grabataires, normalement ?***

Comme vous dites, normalement. Au départ, c'est ce qu'ils appelaient, il y a beaucoup plus d'années de cela, c'est ce qu'ils appelaient une résidence pour personnes âgées. Donc c'étaient des gens qui n'étaient qu'autonomes...

***D'accord.***

Et il y avait des personnes pour l'hôtellerie, mais les gens étaient autonomes. Donc au fur et à mesure les gens sont quand même restés là, mais leur degré de dépendance a changé, du coup il y a eu du personnel... donc maintenant il y a infirmières, aides-soignantes, ASH... il y a aussi du personnel en hôtellerie et on a aujourd'hui des gens qui sont grabataires, ici. En fait ça s'est médicalisé. Voilà. On s'est médicalisé.

***D'accord. Et l'infirmière est là toute la journée et la nuit aussi ?***

Non, alors il y a une infirmière le matin, une infirmière le soir, en huit heures et la nuit il y a soit une aide-soignante et une ASH ou deux aides-soignantes. ***D'accord.*** Et les deux infirmières la journée, pas depuis longtemps. Avant cet été, il y avait une infirmière tous les matins et une infirmière du soir... quand y avait. Bon, là comme il y a les jeunes diplômés qui sont sortis du mois de juillet, du coup maintenant il y a une infirmière matin et soir. Tout le temps.

***D'accord, ok. Alors on va attaquer un peu le sujet crucial (rire) : la représentation de la mort. Pour partir un peu de là, ma première question c'était : votre impression sur la mort dans notre société en général. Quelle représentation on en a ici en France, est-ce qu'elle est taboue, pas taboue... est-ce qu'on en parle plus qu'avant, moins qu'avant ? Vous, quelle image vous en avez ?***

Moi, j'ai l'impression qu'on en parle beaucoup plus qu'avant effectivement, on ose aborder le sujet plus facilement voilà, on pense même maintenant à tout ce qui est convention obsèques... Avant c'est vrai qu'on ne se préparait pas trop à ce genre de chose, je trouve que maintenant, les gens prennent beaucoup plus les devants... pour eux, par rapport à leur famille, par rapport euh... voilà, pour ne rien devoir aussi à laisser, pour que tout soit organisé et qu'ils choisissent en fonction de ce qu'ils ont envie avant de partir. Moi je trouve que maintenant c'est devenu un sujet nettement moins tabou qu'avant.

**Et alors, au sein de l'Éhpad, est-ce qu'on peut en parler facilement ?**

Oui, on en parle facil... oui en général oui c'est pas un sujet...

***Entre collègues ?***

Entre collègues concernant les résidents ?

***Oui***

Ouai. Non c'est vraiment pas un sujet euh... bon pour MA part, je trouve qu'effectivement moi j'en parle facilement avec mes collègues, avec ma cadre, avec certains résidents quand c'est EUX qui amènent le sujet, voilà, où effectivement je vais pas essayer de ne pas répondre. Ils veulent aborder le sujet, on en discute, moi ça me pose aucun problème.

***Avec les familles ?***

C'est plus compliqué avec les familles parce que tout dépend si la famille est prête à en parler ou pas. Si la famille se rend compte de l'état de santé de la personne, pour qu'on puisse en parler... C'est toujours le problème, voilà, soit la famille est prête et ils abordent le sujet et éventuellement on peut en discuter, soit ils sont dans le déni complet et la discussion devient très problématique quoi.

***Et... ils sont dans le déni à votre avis parce que... en général on se dit, ils rentrent en maison de retraite on s'y prépare un peu parce que c'est la maison de retraite...***

Non même pas, c'est le jusqu'au-boutisme aussi, quoi. C'est se dire qu'on va toujours pouvoir jusqu'au bout, enfin...

***C'est l'idée que la médecine peut tout pallier ?***

Je pense. Et puis je pense aussi, le fait que les familles, et ce qu'on peut comprendre, ne veulent pas laisser partir leur maman, leur papa, leur papy, leur mamie, et voilà, ils pensent aussi qu'on va peut-être toujours de nouveau... il faut les faire hospitaliser, quand ils sont sur le point... voilà. Des fois on peut parler de soins palliatifs... projet de fin de vie... Ça commence un peu ici voilà, ça se fait de plus en plus, mais ç'a pas été simple.

**Donc on va aller plus au niveau de l'institution maintenant. Comment se passe l'annonce d'un décès ici dans votre unité ?**

Alors ça va peut-être vous étonner... euh... bon, alors déjà entre nous, entre personnel, ça se fait par voie orale, au moment des transmissions, donc c'est vraiment verbal. Par contre l'annonce pour les résidents, la plupart du temps, euh... moi à chaque fois à ce que j'ai pu en voir c'est la secrétaire qui met sur un papier feuille A4, « on vous annonce le décès de monsieur

ou madame... » et en fait la feuille est mise devant la porte de la salle à manger. Pour que tout le monde puisse... en prendre connaissance quoi.

***Mmh***

Mais c'est vrai que voilà de nous-mêmes s'ils nous le demandent pas, de nous-mêmes on ne va pas aller leur dire, monsieur ou madame untel est décédé. Donc voilà, c'est annoncé via le papier mais...après si certains résidents... ou alors si c'est des voisins de chambre ou de table ils se parlent « ça fait un moment qu'on... » effectivement on va... c'est vrai que l'annonce est très brève quoi c'est pas quelque chose...

***Il n'y a pas de rituel entre guillemets...***

Pas du tout...

***...rituel c'est peut-être un grand mot, à part l'affiche ?***

Non, non il n'y a que cette affiche-là qui est faite.

**Par rapport aux familles, l'annonce aux familles ça se passe comment ?**

L'annonce aux familles... euh donc c'est pareil, en général ça se fait rarement par voie orale parce que malheureusement ils sont souvent absents, donc c'est par téléphone quoi.

***Mmh***

Donc que ce soient mes collègues de nuit ou de jour, malheureusement...

***C'est soit l'aide-soignante ou l'infirmière selon qui est là ?***

Oui, voilà. En général, quand c'est la journée ça va être normalement l'infirmière qui prend contact avec les enfants ou les petits-enfants ou la personne de confiance... après, la nuit, malheureusement c'est aux collègues aides-soignantes... voilà.

***Mmh, d'accord. Existe-t-il un accompagnement du deuil dans votre unité ?***

Non.

**Est-ce que vous en ressentez le besoin ? Pour les résidents, pour vous-mêmes les soignants, quelquefois ?**

Alors pour les résidents... je vous avouerais, je vais pas vous répondre oui ou non, parce que, enfin c'est un peu propre à eux donc je ne sais pas trop. Nous après, c'est vrai que les décès qu'on a eus ces derniers temps, on n'a pas vu spécialement de résidents très att... malheureusement très attristés ou perturbés... ou... alors peut-être qu'ils le montrent pas. Ça je n'sais pas. J'ai l'impression, ils passent vite à autre chose, ou quand on... « ah on ne voit plus monsieur ou madame untel, il est décédé ? » eh ben oui... « bon d'accord » Après vous m'avez dit, par rapport à nous... ?

***Oui, par rapport à vous les soignants.***

Après il y en a qui le vivent plus mal que d'autres... en général on en parle quand même facilement entre nous quand il y a un décès. Oui on en parle facilement. Non en général ça ne pose pas de problème.

***Vous n'avez pas de groupes de parole, de rencontres ?***

Pas du tout.

***Une psychologue ?***

Nous avions... (rire) nous n'avons plus ! Mais bon, à l'époque où elle était là, de toute façon on n'a jamais eu l'occasion de se poser avec elle à un moment donné, pour aborder voilà... le sujet du décès...

***C'était plus pour la famille, la psychologue ?***

Oui, souvent. Elle était là pour les résidents et les familles quand il y avait besoin mais en général pas pour le personnel.

***Bon, ça on l'a déjà un petit peu évoqué... existe-t-il des rituels par rapport aux décès, des habitudes du service, des procédures écrites ?***

Pas du tout. A part le papier affiché pour que ça soit visible pour tout le monde...

***Pas de procédure, ça doit être un tel qui fait... ?***

Pas du tout, c'est vraiment la secrétaire qui prépare « on vous annonce le décès de monsieur ou madame... »

***Vous avez des transmissions pour les vœux des familles, si des familles souhaitent quelque chose de particulier... ?***

Nous, ce sera surtout oui pour les... au moment du décès, s'il y a des vêtements particuliers, ou des bijoux, ou une photo ou x, x choses... dans le dossier de soins voilà on peut spécifier si la famille... Mais en règle générale on attend que les familles soient là et puis on refait un peu le point avec eux de ce qu'ils souhaitent, de ce qu'ils ne souhaitent pas ou...

***Vous avez des demandes particulières ?***

Non, les demandes c'est surtout certaines familles qui veulent surtout tel ou tel vêtement, voilà c'est plutôt vestimentaire. Après... Non vraiment particulièrement on n'a pas eu de...

***D'accord. Donc on revient sur le thème des soignants et la mort. Est-ce que vous vous sentez en difficulté au moment d'un décès ?***

Non. C'est peut-être pas une bonne chose, je n'sais pas... (Rire)

***Non c'est sans aucun jugement. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse... vous avez le droit de...***

Ça peut paraître... par rapport à la gériatrie du moins, voilà. J'ai pas de problème avec la relation à la mort en gériatrie. Je spécifie bien : en gériatrie.

**Et d'un point de vue pratico-pratique, est-ce qu'il y a quelque chose où vous diriez, j'aimerais que ce soit autrement, enfin dans la façon de faire ?**

Euh, non je pense pas. Après, voilà, entre guillemets, déjà, on suit le protocole, comme c'est demandé, après voilà on fait en sorte...

***Le protocole, c'est-à-dire préparation...***

Préparation pour la famille, toilette mortuaire, après, nous au contraire, on va faire en sorte de la faire toute belle ou tout beau... d'avoir mis ce que la famille voulait ce qui lui aurait fait plaisir... de faire en sorte qu'ils soient partis, mais dans les meilleures conditions possibles... qui soient le mieux possible...

***On va revenir sur la question du deuil, est-ce que vous pensez que les soignants, eux, vivent un deuil au moment du décès de certains résidents ou pas ?***

Je parle entre guillemets je vous dirais, je n'y pense pas. Je n'y pense pas, après, c'est vrai qu'il y a eu des soignants qui ont été... attristés sur UN décès d'un résident particulier quelqu'un qu'on aimait particulièrement dans le service, quelqu'un à qui on s'était pris d'affection plus que d'autres... eh ben voilà, un pincement au cœur, une petite tristesse et puis il suffit que les familles en rajoutent une couche en disant qu'on a été de très bons soignants, qu'on s'en est bien occupés. Effectivement ça nous fait plaisir. Ça attriste un peu sur le moment, mais... finalement après on a vite remis le pied à l'étrier et puis malheureusement... mais, effectivement on est parfois un peu attristés par certains décès des gens avec qui on était liés un peu plus qu'avec d'autres.

***Oui, bien sûr. Est-ce vous pensez être soutenu par votre hiérarchie par rapport au deuil, s'il existait, là il n'y a pas spécialement de deuil, mais par rapport à l'accompagnement des décès, au fait qu'il y en ait beaucoup, que ce ne soit pas toujours aussi simple ?***

Par rapport à la hiérarchie... non. Non, on est un peu livré à nous-même par rapport à ça... Disons qu'on arrive à se soutenir entre nous finalement. (Rire) C'est vrai qu'après, au-dessus c'est un peu compliqué.

***Et avec les médecins ?***



Avec les médecins... Non...Non, pas du tout c'est pas un sujet qui est abordé. Quand on a besoin de faire appeler un médecin pour un certificat de décès ou autre, ils viennent, ils signent le papier...

***Ils sont un peu distants ?***

Voilà. En plus c'est des médecins... on n'a pas de médecin traitant donc c'est des médecins de ville qui interviennent sur l'Éhpad, donc malheureusement, dans la précipitation, parce qu'ils ont un cabinet à l'extérieur... parce que... ça arrive sur des horaires pas toujours simples, à des moments pas non plus forcément adéquats et... donc malheureusement pour eux, ils ont pas non plus... ça se fait toujours un peu... Donc ça se fait toujours un peu dans la précipitation.

***Les familles demandent à voir un médecin, spécifiquement ?***

Non. (Pause) Les familles pas trop, mais après, finalement ce qui nous pose plus... bizarrement ce qui nous pose plus de problèmes c'est que en plus on n'a pas de morgue ici. Il y en a une sur l'hôpital mais on n'en a pas ici... Ils viennent de nous acheter une plaque réfrigérée du coup. On se posait la question, quand il y avait un décès, quand le médecin ne pouvait pas venir... il fallait qu'on les laisse dans leur lit des fois plus longtemps que prévu... ça c'était un peu plus compliqué, mais voilà quand on n'avait pas toujours de famille disponible, une personne n'a pas de famille, ou des problèmes avec les pompes funèbres... voilà, pour tout ce qu'il y a le « après » c'est beaucoup plus compliqué quand il n'y a rien de prévu, ou quand ça arrive un soir, ou quand il n'y a pas de famille, par contre ça devient nettement plus compliqué quoi.

***Et donc, ça, c'est pas forcément rempli à l'entrée du résident ?***

Non. Alors, soit les familles, c'est déjà fait et ils nous le disent : on a un contrat d'obsèques, chez telles pompes funèbres... et après, malheureusement c'est une question qu'on n'ose pas poser non plus. On se dit qu'ils arrivent là et on ne veut pas leur faire penser qu'ils sont là pour mourir. Donc on n'aborde pas...

***À quel moment poser la question ?***

Voilà, on veut pas, dès qu'ils posent un pied dans l'établissement, qu'ils pensent qu'on les a mis ici pour mourir, quoi. C'est une question qu'on pose pas souvent qu'on n'ose pas parfois poser aux familles non plus. Donc du coup, c'est vrai que le « après la mort » malheureusement on se trouve un peu confronté à quelques difficultés. C'est pas simple.

*Je vois très bien. Pas de souci. C'est une vraie question. Comment on fait ? Lieu de vie, d'accord, mais aussi lieu de mort. Comment on l'aborde avec les résidents d'une part, mais aussi avec les familles ? C'est un thème... qui n'est pas simple.*

Je trouve que, même si la mort n'est plus taboue aujourd'hui, voilà c'est quand même pas simple d'aborder le sujet quand les gens viennent d'arriver... et qu'on veut pas leur laisser penser qu'on les a mis là comme dans un mouroir et que... on se dit ils arrivent là mais qu'il y a encore de belles années des fois à venir... effectivement, à quel moment est-ce qu'on aborde le sujet ? ***Ceci dit, pour les familles, je ne l'ai pas vécu personnellement, j'imagine que ça doit être un peu pareil, c'est pas propre à la maison de retraite, c'est par rapport à la vieillesse finalement. A quel moment les parents, ou les grands-parents sont suffisamment vieux pour qu'on se dise, il faudrait peut-être qu'on leur demande... Du coup même si on parle facilement de la mort de façon générale mais quand il s'agit de parler de choses précises, je ne sais pas si vous avez le même ressenti... ?***

Oui, on ne sait pas trop, on ne veut pas offusquer les familles non plus, les résidents non plus... et puis des fois, du coup on n'en parle pas du tout jusqu'au moment où malheureusement... On aborde alors le sujet, mais après, tout doit se faire dans la précipitation... parce que... les papiers, les pompes funèbres, voilà dans la journée il faut que ça soit fait parce que la personne elle peut pas rester non plus... il faut qu'elle soit prise en soin rapidement... et après un décès malheureusement on peut pas... C'est vrai que le « après décès » est assez compliqué... je dirais c'est comme le problème des directives anticipées c'est pas facile : « si jamais vous n'étiez pas bien, est-ce qu'on vous met en réanimation, est-ce que... est-ce que ?

***On a du mal à se projeter...***

Tout à fait. On a déjà été confronté à des gens qui nous ont dit : non, non, non et à un moment donné, pas bien, on se pose quand même la question d'une hospitalisation ou d'un transfert... où la personne dit « oui, je veux, je veux... » alors qu'au départ c'était clair et net... du coup, c'est évalué mais peut-être pas réévalué...

***C'est le grand problème des directives anticipées...***

Oui, c'est pas simple. On nous demande de les remplir mais c'est pas facile.

**On arrive à la fin de l'entretien. Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter ?**

Effectivement par rapport à la mort de la personne âgée, c'est pas qu'on s'y habitue, c'est pas du tout ce que je veux dire, mais ça va peut-être vous paraître bizarre mais par rapport à la mort

de quelqu'un de jeune, d'un enfant où ça m'insupporte au possible et je sais que je ne pourrais jamais travailler en néo-nat ou en pédiatrie... voilà, tout ça ce n'est pas pour moi, je me dis, je suis en gériatrie avec des personnes âgées, je les soigne jusqu'au bout, avec des soins palliatifs... je suis quelqu'un qui n'aime pas, pour avoir fait mon mémoire sur l'acharnement thérapeutique, c'est pas pour moi du tout c'est pas quelque chose à laquelle j'aspire... les hospitalisations à outrance, on les perturbe plus qu'autre chose... et pour la mort c'est un peu pareil, on a la chance d'avoir le réseau Opale. On a la chance d'avoir l'HAD, voilà je pense qu'au bout d'un moment il faut savoir... les laisser tranquilles. Voilà je pense qu'on fait toujours un peu trop, du « jusqu'au boutisme » comme on dit... que ce soit par les familles, que ce soit par les médecins. Finalement on se dit pourquoi, et pour qui ? Ça va aboutir à quoi au final ?



<b>MARTIN</b>	<b>Carine</b>	<b>2018-2019</b>
<p>Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master (1ère année) Sciences de l'éducation « cadres d'intervention en terrains sensibles »</p>		
<p align="center"><b>La place de la mort en Éhpad : entre tabous et pratiques institutionnelles</b></p> <p align="center"><b>Sous la direction de : Christian GILIOLI</b></p>		
<p align="center"><b>Institut de formation des cadres de santé Ile de France – Sainte-Anne</b></p> <p align="center"><b>Université Paris Nanterre</b></p>		
<p align="center"><i><b>Résumé :</b></i></p> <p>Les Éhpad se battent pour perdre l'image tenace des mouiroirs d'autrefois. Mais à force de promouvoir les projets de vie n'en vient-on pas à nier la présence de la mort ?</p> <p>Ce mémoire propose d'étudier la mort et son accompagnement dans nos institutions gériatriques. Des recommandations de bonnes pratiques aux exhortations des auteurs, le ton est donné : la mort doit être accompagnée, pensée, parlée pour qu'elle puisse être vécue par tous sereinement. Une enquête de terrain permet de faire le point sur la réalité des professionnels de santé. Elle aide à comprendre comment, sans qu'elle soit omniprésente, la mort peut avoir une place au cœur de nos institutions.</p> <p>Pour finir, une nouvelle perspective se dégage : valoriser le travail par sa reconnaissance apparaît comme un enjeu majeur pour les cadres de santé afin d'améliorer la prise en soins des endeuillés.</p>		
<p align="center"><i><b>Mots clés (thésaurus BDSP) :</b></i></p> <p align="center">Décès – Deuil – EHPAD – Mort – Rite.</p>		
<p align="center"><i><b>L'Institut de Formation des Cadres de Santé de Sainte-Anne (Paris) n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</b></i></p>		