Université Paris Nanterre
200 av. de la République
92001 Nanterre Cedex
www.parisnanterre.fr

Membre de l'université Paris Lumières

École doctorale 139 :
Connaissance, langage, modélisation

Unité de Recherche CLIPSYD

Alice Béchu

La subjectivité soignante à l'épreuve de la mort

Thèse présentée et soutenue publiquement le ***15/09/2023***
en vue de l'obtention du doctorat de Psychologie de l'Université Paris Nanterre
sous la direction de Mme Hélène Riazuelo (Université Paris Nanterre)

Jury :

Rapporteur.e :	Madame Marcela Gargiulo	Professeure, Université Paris Cité
Rapporteur.e :	Monsieur Olivier Putois	MCF-HDR, Université de Strasbourg
Membre du jury :	Monsieur Guy Gimenez	Professeur, Université d'Aix Marseille
Membre du jury :	Madame Clémence Dayan	MCF, Université Paris Nanterre
Membre du jury :	Monsieur Philippe Delmas	Professeur ordinaire, L'Institut et Haute Ecole de Santé, La Source, Lausanne
Membre du jury :	Monsieur Marco Araneda	MCF, Université Paris Cité
Membre du jury :	Madame Hélène Riazuelo	Professeure, Université Paris Nanterre

Remerciements

Ce long parcours a été étayé de bien des façons. Arrivant à son achèvement, la pensée s'arrête sur nombre de liens, de rencontres, de partages qui en constitue finalement les étapes. Sans prétendre être exhaustive, c'est l'occasion de marquer un temps d'arrêt au bout de ce périble pour adresser quelques remerciements.

À ma directrice Hélène Riazuelo, pour sa confiance et la richesse de nos échanges. Depuis notre première rencontre alors que je devenais tout juste psychologue, votre regard fondamentalement clinique a constitué un ancrage.

À mes rapporteurs :

Marcela Gargiulo, nos échanges à la journée du PCPP étaient très riches, et l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail est un honneur. Votre regard m'apportera nécessairement.

Olivier Putois, malgré la distance géographique, nos intérêts cliniques semblent se rencontrer autour de ce travail. Merci de prendre ce temps de la rencontre pour y apporter votre éclairage.

Aux membres du jury :

Marco Araneda, vos retours éclairants lors de notre rencontre ont été si contributifs. Vous inviter était une évidence.

Philippe Delmas, merci d'apporter ce regard si précieux à partir de votre expérience en soins infirmiers. Votre présence fait sens et s'inscrit au cœur de la démarche de ce travail.

Clémence Dayan, pour votre intérêt pétillant, vos questions pertinantes, votre regard bienveillant au fil de ce long parcours.

Guy Gimenez, comme beaucoup d'étuadiant.es je garde le souvenir de vos enseignements vivants, auxquels les racines de ce travail doivent beaucoup. Merci d'avoir accepté cette invitation.

Mes pensées pleines de grattitudes vont **aux participant.es à cette recherche** du GHT. Les soignant.es en tout premier lieux, et aussi les partenaires institutionnel.les, les membres de la direction et de la communication, toutes les personnes qui ont pris un temps pour penser ensemble ce travail et ses enjeux.

Un remerciement tout particulier s'adresse à Marina Vignot dont l'humanité et le pragmatisme ont été deux piliers à travail. Nos projets et nos routes se recroiseront, j'en suis sûre.

La mort aura finalement été propice à la liaison.

À mes ancien.nes collègues : ces 7 années auront tant compté.

Je remercie bien sûr tout particulièrement l'EMASP pour son soutien et son regard bienveillant sur ce projet qu'elle a vu naître et a encouragé : Emmanuel Farges, Vincent Robin, Sophie De La Salle, rejoints ensuite par Sylvie Le Berre. Et Katia Esteves bien sûr, que j'ai vu devenir psychologue et qui m'a vue devenir chercheuse dans un même mouvement. Ta contribution m'a été précieuse.

Je pense aussi à :

Mes collègues psychologues pour la richesse de nos échanges, de nos aventures cliniques, Collégiales et autres…

Mes collègues pluridisciplinaires dans les services, nos rencontres m'ont tant appris, nos échanges ont été les prémices de ce travail.

Mes pensées vont aussi **aux patient.es** : vos récits font la clinicienne que je suis.

Aux patient.es défunt.es : vous avez laissé une trace.

À mes nouveaux et nouvelles collègues de Port Royal : la fin de ce chapitre-là en ouvrira sans doute un nouveau à vos côtés. Votre soutien bienveillant m'a aidé dans cette dernière ligne droite.

À mon équipe de relecture : Muireann, Sophie, Nastasia, Julie, Aurélien, Elise, Francis Yasmine (merci aussi d'avoir pris l'initiative de notre rencontre). Bernadette, pour votre immense contribution et votre intérêt précieux. Merci à Pierre, pour le lien avec Bernadette. Merci à Gaëlle, deux fois.

J'ai bien sûr une pensée pour Mathilde Luis Gaspard, dont la rencontre a participé à ce travail, dans un mouvement de richesse propre à la pluridisciplinarité et à l'altérité. Nos apports mutuels ont contribué à ce travail.

Mes collègues doctorant.es actuel.les et passé.es : il serait difficile de nommer tout le monde. Mes premières pensées vont à Gabrielle, Boris, Juliette, le jeune Séminaire, la C14.

J'ai bien sûr une pensée pour Mathieu Hainselin, qui m'a beaucoup encouragé et qui était prêt à me soutenir dans des chemins périlleux pour que cette thèse arrive à son achèvement.

À mes voisin.es qui suivent mes périgrinations avec une bienveillance chaleureuse et curieuse. Et surtout Anne-Cécile, qui possède un logiciel Word.

Merci au trépied de mon existence : Rémi, Nastasia, Lionel. Sans votre amour et votre soutien indéfectible, je n'irais pas bien loin...

Merci à mes ami.es d'ici et d'ailleurs, récent.es et encore plus les ancien.nes, mes proches, les membres de ma famille que je chérie à Marseille, à Lyon, en Provence, ailleurs... Les improvisateur-rices, sur scène et hors scène, ISG, les Kikkos, les 13… Promis, je reviens.

La liste est trop longue et il me faut écrire une thèse…

C'est avec beaucoup d'humilité que j'adresse ce travail à Jean Louis Pedinielli. Étayage constant de mon parcours, vous me témoigniez encore de votre considération bienveillante quelques semaines seulement avant votre décès. Votre présence réelle manquera à l'achèvement de ce travail, aussi votre présence symbolique en ces quelques lignes prolonge la chaleur de votre amitié.

Je pense à Thelma et Louise.

« La mort n'est pas assez grande pour nous séparer de nos joies » (La Bronze, 2016)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION GENERALE 9

Chapitre Premier : Contexte théorique 11

AXE 1 : Le rapport à la mort, une histoire humaine 11

1.1. Quelques jalons historiques, sociologiques et philosophiques sur la mort en société occidentale 12

1.1.1. Evolution du rapport à la mort de l'antiquité à nos jours 13

1.1.2. Parler de la mort aujourd'hui 17

1.2. Les soignant.es, les malades et la mort 18

1.2.1. Soigner et/ou guérir 18

1.2.2. Les grandes épidémies : un trauma collectif qui marque l'évolution de la médecine 20

1.2.3. Naissance des soins palliatifs : définitions et éléments de contextes 24

1.3 La place de la mort aujourd'hui 28

1.3.1 Mourir en France 29

1.3.2. Mourir parmi les vivant.es 32

1.3.3. La mort "floue" : situations nouvelles aux limites de la vie et de la mort 36

En conclusion : Du rapport à la mort au rapport au mourir et à la perte 39

AXE 2 : Éléments psychopathologiques autour du mourir et de la mort 41

2.1. Vivre et mourir : place de la mort dans la vie psychique 41

2.1.1. La mort dans la psyché 41

2.1.2. Le temps du mourir comme travail psychique vivant 49

2.1.3. Mourir sous le prisme de la perte 52

2.1.4. Vouloir mourir : échec ou issue psychodynamique face au réel de la mort ? 57

2.2. Perdre un proche : de la fin de vie au deuil 60

2.2.1. Avant la perte : 60

2.2.2. Après la perte : le deuil *normal* 62

2.2.3. Complications et psychopathologie du deuil 67

En conclusion : mourir, perdre et se séparer 72

AXE 3 : Psychopathologie des soignant.es dans leur confrontation à la fin de vie et à la mort dans le cadre de leur travail 74

3.1. Le travail et ses psychopathologies 74

3.1.1. Définir le travail 74

3.1.2. Quand le travail rend malade ? 81

3.2. L'hôpital et ses soignant.es : 88

3.2.1. Définir l'hôpital : aspects institutionnels et sociétaux du lieu de travail des soignant.es 89
3.2.2. Travailler à l'hôpital : être soignant.e ? 101
3.3 Les soignant.es face à la fin de vie des patient.es : 124
3.3.1. Soigner, accompagner : le socle des pratiques soignantes 124
3.3.2. Enjeux psychiques du travail soignant auprès des mourant.es et des mort.es : 133
3.3.3. Des soignant.es endeuillé.es ? 154
En conclusion - Soigner face à la mort : un travail entre liaison et déliaison 162
Chapitre II : Travail de recherche 165
I. Problématisation de la recherche 165
1.1. De la clinique à la recherche 165
1.2. Objectifs de la recherche 170
II. Méthodologie 173
2.1. Construction de l'approche méthodologique 173
2.1.1. Une démarche fondamentalement clinique 173
2.1.2. Définition et enjeux d'une recherche-action en psychanalyse 175
2.2. Présentation du protocole 176
2.2.1. Institution et population : 177
2.2.2. Recueil de données : 179
2.2.3. Traitement des données : 189
III. Résultats : 193
3.1. Dimension institutionnelle : 193
3.1.1. Une histoire de rencontres entre Hôpital et et Université : émergence et déploiement du projet 193
3.1.2. Des espaces de paroles se créent dans l'institution : Histoire et histoires de la recherche 195
3.1.3. Des allers-retours entre la recherche et le terrain pour une restitution pas à pas 197
3.2. Analyse de la participation 198
3.2.1. Recueil des données : 198
3.2.2. Présentation de l'échantillon : 200
3.2.3. Présentation des soignant.es : vignettes cliniques 201
3.3. Analyse transversale des données : 261
3.3.1. Construction d'une grille d'analyse 262
3.3.2. La mort au travail : analyse transversale de la confrontation aux décès 276
3.4. Études de cas 357
1- Tann : Devenir infirmière entre liaison et "coupure" 357
2- Pat : Composer avec "la Compagne" 376
3- Gwen : "S'en sortir" par le désir, malgré l'usure 394

3.5. Réflexions sur la dimension transféro-contretransférentielle 414
3.5.1. Analyse du transfert 415
a) Des participant.es-soignant.es 415
a) Rencontrer une psychologue-chercheuse : un investissement aux multiples facettes 420
3.5.2. Analyse du contre-transfert 424
a) Une clinicienne en posture de recherche 424
b) Des affects en partage 428
3.5.3. Dimension institutionnelle des éléments transféro-contretransférentiels 431
a) Dimension institutionnelle des participations 431
III- Mobilisation institutionnelle autour de la question de la mort 432
Chapitre III : Discussion 433
I. L'institution face à la mort : entre étayage et carences 433
1.1. L'institution soutenante, l'institution manquante 433
1.2. Faire corps 436
II. Travailler avec la mort à l'hôpital : spécificités de la confrontation à la mort chez les soignant.es 439
2.1. Un équilibre psychodynamique ambivalent 440
2.2. Soigner au moment de la mort entre castration et toute-puissance : l'agonie comme scène ultime, la réanimation comme scène primitive ? 443
2.3. Accompagner dans la relation patient.e-famille-soignant.e : entre tiercéisation et *parentage insolite* ? 446
III. Soigner : des processus psychiques au service du soin 451
3.1. Un Idéal du Moi soignant comme avatar de l'Idéal du Moi professionnel 451
3.2. La subjectivité soignante, ou subjectivité qui soigne 452
Conclusion : 457
Glossaire : 460
Bibliographie : 462

INTRODUCTION GENERALE

La mort est une question difficile à traiter et ceci de tout temps. À la croisée de nombreux champs scientifiques, les sciences humaines et sociales sont en plein cœur du traitement sociétal actuel de ce sujet sensible. Les débats et législations récentes sur la bioéthique et la fin de vie en sont l'exemple le plus visible.

L'attention se porte également sur les professionnel.les qui y sont confronté.es. Dans une époque où les politiques sur la gestion des risques psycho-sociaux quant à l'évaluation des souffrances au travail se sont développées dans de nombreux champs de la vie professionnelle. L'exposition à la maladie et à la mort est observée avec une attention particulière en ce qu'elle peut exposer les professionnel.les à une souffrance psychique.

Parmi ces professionnel.les exposé.es à la maladie et à la mort, les soignant.es sont celles et ceux qui s'occupent des mourant.es jusqu'à la fin de la vie et juste après le décès. Ils et elles sont par ailleurs au cœur d'un débat social depuis 2019, dans un mouvement revendiquant une meilleure reconnaissance de la difficulté de leur travail. La tension s'est exacerbée depuis la pandémie de COVID-19. Néanmoins, si l'on s'intéresse davantage aux soignant.es et à la complexité de leur travail, ces professionnel.les sont encore assez peu écouté.es.

Les psychologues à l'hôpital sont témoins de ces tensions tout en étant des partenaires cliniques et institutionnels qui les partagent en partie. Travailler comme psychologue en Équipe Mobile de Soins palliatifs, qui est transversale et intervient potentiellement dans tous les services en soutien des situations de maladies graves, donne matière à penser. De M'Uzan, précurseur de la question de l'accompagnement psychologique des personnes mourantes dans un paradigme psychanalytique disait que "les analystes [...] n'ont guère eu l'occasion de disposer de la mort en tant que "matériel clinique" pour fonder leur réflexion, à moins d'avoir fréquenté un hôpital général, où l'expérience de la mort offre à l'observation les aspects les plus divers" (1977, p. 184).

Cette expérience clinique constitue l'ancrage premier de cette thèse. Elle est faite de l'écoute des discours et des processus psychiques qui les sous-tendent à la fois des personnes mourantes et des soignant.es qui les accompagnent dans les services. C'est ce qui a amené à s'interroger sur ce que vivent les soignant.es de cette confrontation à la mort dans le lien aux patient.es en fin de vie.

Un ancrage théorique vient compléter cette réflexion : il a amené à s'appuyer sur différents champs des sciences humaines et sociales. Cela est nécessaire : on n'avance pas seul.e face à la mort.

Un troisième ancrage est venu compléter ce diptyque : un ancrage dans l'actuel. Ce travail de recherche a commencé fin 2016, et le recueil des données s'est déroulé en 2019. Aussi le travail sur les données recueillies a été percuté, en plus du mouvement social des soignant.es précédemment cité, par une certaine *actualité* qui a ouvert une parole à un niveau sociétal sur l'exposition des soignant.es à la maladie grave et à la mort : celle de la pandémie de COVID-19. Les données recueillies sont antérieures à cette pandémie, et sans doute auraient-elles été profondément différentes si elles avaient été recueillies quelques mois plus tard seulement.

La résonance de cet événement a nécessairement impacté le traitement de ces données. Aussi, bien que ce travail ne traite pas directement de l'impact de la pandémie sur les soignant.es qui ont accueilli et pris soin des malades du COVID, une mise en tension avec ce sujet d'actualité sera proposée au fil de ce travail. Cette mise en tension pourra peut-être, en ce qu'une proximité temporelle s'adjoint à une actualisation de cette question, contribuer à un travail de pensée plus large sur ce que vivent les soignant.es.

À partir de cet ancrage multiple, il s'agit de s'interroger sur ce qui est mobilisé de la subjectivité des soignant.es dans cette confrontation à la mort dans leur travail, mais aussi ce qui de cette subjectivité peut concourir à l'accompagnement des personnes en fin de vie. Aussi la question de la subjectivité est au cœur de ce travail de thèse.

En cela son écriture-même se veut être au plus près de la dimension subjective des personnes à qui elle s'intéresse. Le choix de la rédiger dans une écriture inclusive se veut représentatif de la diversité de genre qui en fait partie. Une certaine liberté vis-à-vis des normes APA aussi, par le choix de présenter les auteurs et autrices en citant leur prénom lorsqu'ils et elles sont nommé.es pour la première fois.

Cette thèse résolument clinique vise à subjectiver les soignant.es, mettre du sujet dans le traitement de masse de cette population qui prend en charge les derniers temps de la vie et les premiers temps de la mort. Une certaine dimension affective apparaît aussi dans cette volonté de les personnifier, où l'écriture invite à une forme de proximité, peut-être pour défendre quelque chose de cette subjectivité soignante rudement mise à l'épreuve, surtout ces dernières années. Cela parle aussi de la relation transféro-contretransférentielle qui soutient cette démarche, dans la clinique comme dans la recherche.

Chapitre Premier : Contexte théorique

Le contexte théorique qui fonde cette recherche vise à éclairer les enjeux du mourir dans notre société actuelle, et du travail de celles et ceux qui s'occupent de ces personnes qui vont mourir.

Il se développe sur trois axes, dans un cheminement en entonnoir du collectif vers le sujet, et du sujet vers le ou la travailleuse pour éclairer la population des soignant.es, dont le travail est le soin. Aussi cette première étape de définition d'un contexte théorique se concentre sur la société où ce travail se déroule et les membres qui la composent d'un point de vue géographique, historique et culturel dans une approche complémentariste (Devereux, 1973).

Le premier axe aborde une perspective socio-historique sur la mort et le mourir en France, le mourir étant entendu comme période pré-mortem constituée d'un ensemble de processus physiques et psychiques. Approchant le regard de la question du sujet, le second axe explore la place de la mort dans la vie psychique et ce qu'elle implique lorsque la mort survient : la mort de soi, la mort des autres. Enfin, le troisième axe se concentre sur la psychopathologie du travail soignant dans l'accompagnement de la fin de vie et ses implications psychoaffectives pour les soignant.es en tant que sujet.

AXE 1 : Le rapport à la mort, une histoire humaine.

La question de la mort est transversale en ce qu'elle est le destin universel du vivant et par conséquent des humain.es. En cela, elle touche toutes les disciplines scientifiques et tout particulièrement le champ des sciences humaines qui s'intéresse aux fonctionnements des

êtres humains confrontés à cette question de la mort, ou plus précisément de la finitude, de la mort qui surviendra.

Insaisissable, angoissante, traumatisante peut-être, traiter de la mort est un travail qui est dur pour les chercheur.euses qui s'y intéressent. Aussi cette démarche se veut prendre assise en des éclairages croisés en sciences humaines, afin d'aborder cette complexe confrontation à la mort par des angles variés, s'en saisir par des biais complémentaires à défaut de pouvoir l'attraper, la circonscrire tout à fait.

Dans cet axe, c'est donc un regard de psychologue clinicienne à la fois praticienne et chercheuse, un regard au plus près du sujet porté sur d'autres disciplines en sciences humaines. Leur point de vue amène un recul autre sur cette si sensible question de la mort.

1.1. Quelques jalons historiques, sociologiques et philosophiques sur la mort en société occidentale

Dans une articulation théorique où chaque perspective se veut réciproquement éclairante, le regard de psychologue va se porter sur l'Histoire de la mort dans notre société humaine afin de mieux comprendre l'histoire des humain.es dans leur rapport à la mort. Il s'intéresse à l'évolution de ce rapport en société occidentale et aussi dans le développement de la médecine qui y est intriqué. Une médecine qui s'est aussi construite à la lumière d'événements marquants de l'Histoire où la question de la mort s'est posée avec une certaine acuité pour les chercheur.euses lors de grandes épidémies où l'accumulation de mort.es a scandé la réflexion dans bien des disciplines scientifiques. Cela a encore été le cas très récemment avec la pandémie de COVID-19. Ce travail de recherche est aussi pris dans ce mouvement, dans cette actualité qui l'a traversé.

Ce contexte historique permettra de retracer le chemin de cette idée de la mort, de planter le décor de cette réflexion. Il s'agit de s'intéresser en même temps au fonctionnement humain en tant qu'être social, que membre d'une société qui doit traiter collectivement cette question de la mort. Une perspective sociologique éclaire les dynamiques en jeu dans la société lorsqu'il s'agit de composer avec. Ce sera l'occasion de présenter les formations législatives et institutionnelles qui ont émergé et comment elles se sont construites pour prendre en charge la mort qui arrive (la fin de vie) et la mort qui est là (le corps mort).

La croisée avec une perspective philosophique, et plus précisément éthique, invite à une réflexion approfondie sur cette histoire et cette place de la mort en société. Quelles questions soulèvent-elles ? Quels sont les enjeux du statut et du traitement de la mort dans cette société ? L'éclairage de la psychanalyse sur la mort dans notre société viendra comme dans un après-coup éclairer cette réflexion à l'échelle du sujet.

1.1.1. Evolution du rapport à la mort de l'antiquité à nos jours

Depuis la Grèce antique, la société occidentale où se situe cette recherche se représente collectivement la mort comme un temps de séparation dans la dialectique entre corps et âme. Le discours philosophique socratique disait ainsi sur la mort : "Est-ce autre chose que la séparation de l'âme d'avec le corps ? On est mort, quand le corps, séparé de l'âme, reste seul, à part, avec lui-même, et quand l'âme, séparée du corps, reste seule, à part, avec elle-même" (in Brisson, 2006).

Le passage à l'ère chrétienne réinterprète cette acception de la mort, mais perdure une notion de détachement où la mort serait un temps de séparation entre le corps charnel comme réel objectivable et une essence plus abstraite et subjective que serait l'âme. Marquant la finitude de la vie humaine par l'arrêt des fonctions vitales du corps, cette notion de séparation entre corps et âme permet de questionner la radicalité de cette finitude en imaginant, en espérant, en fantasmant peut-être l'immortalité de cette âme comme essence de la subjectivité.

Selon le chercheur en littérature italienne Claudio Milanesie (cité dans Schepens, 2013), la mort comme fin de la vie terrestre et comme moment où corps et âme se séparent est perçue **au Moyen Âge et jusqu'au XVIIIe siècle** comme irrémédiable et instantanée. C'est un temps où l'impuissance humaine se heurte à la toute-puissance divine : le moment de la mort est appréhendé éminemment par le biais de la croyance. Elle constitue un événement de rupture, naturel, plus ou moins susceptible d'être différé (Hamraoui, 2013).

L'historien Philippe Ariès (1975) distinguait quatre phases du rapport à la mort en société européenne occidentale depuis le Moyen Âge. Un propos toujours d'actualité qu'il est intéressant de compléter par le regard plus actuel d'historien.nes contemporain.es.

Thomas Laqueur (2018, 2020) indique ainsi que **depuis l'Antiquité, toutes les cultures développent des rites spécifiques après la mort**, et que ces rites visent à garder le défunt "présent parmi les vivants" (2020, p.7). Pour Laqueur, "le soin apporté aux morts est, avec d'autres traits communs (l'invention du langage, le tabou de l'inceste), un marqueur de civilisation" (p.8). Ce rapprochement entre la question de la perte d'un être aimé avec celle du langage et de l'interdit de l'inceste comme marqueurs de civilisation rejoint d'une certaine façon de grands axes de pensée quant à ce qui définit le sujet en psychanalyse. Ces rites donc sont assurés par les proches, la famille et le tissu social de proximité, et visent à *demeurer avec les morts* malgré la séparation que la mort entraîne.

Jusqu'au XIème-XIIème siècle environ**,** Ariès décrit en effet une **mort apprivoisée, c'est à dire familière et intégrée aux rites sociaux**. Le temps de la fin de vie et de la mort se

déroulait au domicile, accompagné par le tissu familial et social proche. Jusqu'au développement de l'ère chrétienne, les familles s'occupaient de leur mort. Avec le Moyen Âge advient l'essor du christianisme.

Plus récemment, Laqueur décrit qu'"au début du Moyen-âge, la responsabilité des morts passe de la famille à l'église" (2020, p.11), responsabilité des rites mortuaires et du destin du corps. Ainsi, "les lieux des morts ont été déplacés à l'intérieur de la ville, amorçant un mouvement qui a fait que, pendant mille cinq cents ans, le seul endroit où l'on pouvait songer à être enterré était le cimetière d'église" (p.11). Cimetières et églises se sont alors côtoyés. Cette cohabitation entre mort.es et vivant.es décrite par Ariès dans une forme de résignation face à l'inéluctabilité de cette *mort apprivoisée* est finalement pour Laqueur le début d'un éloignement de nos morts.

Jusqu'au XVIIIème siècle la mort a pris très progressivement selon Ariès "un sens personnel et dramatique" (Peyrat-Apicella, 2016, p. 81) : elle est devenue **la *mort de soi*.** Cette évolution est liée à plusieurs facteurs. Le rapport au christianisme, avec la crainte du jugement dernier, mais aussi le développement d'une pensée un peu plus individualiste. Pour Ariès s'opère "un rapprochement entre trois catégories de représentations mentales : celles de la mort, de la connaissance par chacun de sa propre biographie, de l'attachement aux choses et aux êtres possédés pendant la vie" (p. 975). Ainsi "la mort est devenue le lieu où l'homme a pris le mieux conscience de lui-même". La *mort de soi* est accompagnée de l'apparition d'un dégoût de la décomposition physique. Crainte de tout temps, elle commence à être rejetée.

Ariès décrit que **du XVIIIème siècle au XXème siècle la mort devient un événement redouté pour soi, mais aussi pour l'autre**. Il s'agit d'une période historique marquée par une grande appétence intellectuelle qui se traduit par un intérêt et un développement technique et scientifique dans l'impulsion donnée par le siècle des lumières.

De façon complémentaire, l'historienne contemporaine Anne Carol considère d'ailleurs que dès le XVIIIème siècle "les représentations religieuses sont concurrencées par la production d'un savoir thanatologique de la part des médecins, qui revendiquent une expertise technique, sociale et morale" (2020, p.93) de plus en plus reconnue par le pouvoir étatique. Elle précise : "Dans la France catholique, c'était les prêtres qui se rendaient au chevet des mourants, tenaient les registres paroissiaux des sépultures, veillaient à la gestion des inhumations en terre consacrée, proposaient une vision de l'au-delà qui incitait les vivants à prendre soin des morts" (p.93). Cette fonction à la fois affective de l'accompagnement des personnes mourantes et endeuillées mais aussi administrative et hygiéniste de la gestion du corps est transférée progressivement vers les médecins qui "s'imposent au chevet des mourants aux côtés des prêtres" (p.94).

Par ailleurs, Ariès souligne que cette évolution sociétale est aussi prise dans un mouvement social et artistique romantique où les affects sont exaltés. La mort devient dramatisée, la putréfaction des corps horrifie, l'attention se porte sur la séparation avec la personne défunte, ce qui rejoint le point de vue psychanalytique sur la perte d'un objet

affectivement investi (Freud, 1917). La *mort de l'autre* revêt un caractère grave, solennel, les affects liés au deuil sont largement exprimés. Cette évolution du rapport à la mort tend vers une plus grande considération de ce qui est perdu avec elle, par elle.

Le développement parallèle des sciences tend progressivement vers une meilleure compréhension des mécanismes physiologiques de la mort et vers une recherche de les repousser, de les combattre. C'est en s'intéressant à la "séquence pré-mortem" (Schepens, 2013, p.11), la période symptomatique qui précède l'agonie et le décès, que la mort est envisagée comme processus. Le sociologue Florent Schepens (2013) décrit ce passage de la représentation d'une mort "instantanée" vers celle d'une mort "réversible" (p.47) en agissant sur les étapes de ce processus. C'est là que s'ancrent les premiers principes de ce que deviendra la réanimation médicale.

L'analyse de cette "séquence pré-mortem" répond aussi à une préoccupation historiquement essentielle : repérer le temps de la mort, différencier le corps mort du corps vivant. Cette question alors déterminante visait à éviter une inhumation prématurée (p. 47). Par cette évolution scientifique, le statut de mort a fait l'objet dès la moitié du XIXème siècle d'une décision "sur la base de la distinction, parfois difficile, entre mort apparente et mort réelle" (Hamraoui in Schepens, 2013, p.45). Attester le décès, et donc authentifier la mort d'un point de vue administratif, a pour implication la fin de l'existence de la personne d'un point de vue législatif. Cette tâche relevait autrefois du représentant du culte. Ce qui est devenu aujourd'hui le *constat du décès* a alors été délégué au médecin.

Une technicisation et une scientifisation toujours plus importantes de la médecine ont amené une maîtrise des pathologies de plus en plus variées, et différents champs de spécialisations médicales se sont créés au fur et à mesure (Wanquet Thibault, 2016). Cette évolution a fait opérer une véritable transition épidémiologique, qui a vu régresser la mortalité liée aux maladies infectieuses (Schepens, 2013; Adam et Herzlich, 2002). Elle s'est accélérée au XIXème siècle avec la naissance de la médecine anatomo-clinique, et plus encore dès les années 1950 avec le développement de différentes classes pharmaceutiques comme les antibiotiques ou les chimiothérapies par exemple.

De façon concomitante, **la naissance et le développement de la réanimation à la moitié du XXème siècle repousse toujours plus loin la frontière de la mort**. La première transplantation cardiaque s'est produite en France en 1967, et le fait que cet événement de portée mondiale ait eu lieu dans notre pays a sans doute laissé une trace à la fois dans l'inconscient groupal et dans l'histoire médicale et institutionnelle qui contextualise les pratiques soignantes actuelles. Cet événement a en effet constitué un tournant majeur qui a redéfini la mort elle-même. Là où la frontière entre vie et trépas était exclusivement établie par l'arrêt de la fonction cardiaque, prévaut aujourd'hui le critère de l'arrêt des fonctions cérébrales, qui peut être établi de manière fine à l'aide d'une technologie de pointe.

De la famille vers le ministre du culte puis le médecin, repérer, *décider* du moment où la mort est survenue (et par là en attester) revient finalement aux outils technologiques de la

médecine. Par cette technicité, les fonctions vitales peuvent d'ailleurs être préservées par un maintien artificiel de la circulation sanguine, parfois même sans espoir de réveil. Pour le philosophe Éric Hamraoui, ce "nouveau régime de la mort" (2013, p. 49) a un enjeu symbolique : il marque la prédominance de la raison sur la vie affective. Le cerveau, à savoir symboliquement le siège de la conscience, prend le pas sur le cœur, siège des sentiments. C'est le regard porté sur l'Humanité-même qui se trouve impacté par cette nouvelle acception d'une "vie humaine toute neurologique" (p.52).

Ce "nouveau régime de la mort" entraînant une représentation de la vie humaine sous le primat du neurologique se retrouve finalement dans les sciences humaines, et notamment en psychologie. Ces dernières décennies sont en effet marquées par une place et une reconnaissance croissantes d'une vision neurologique des processus psychiques, qui peut parfois prendre le pas sur la question de la subjectivité du fonctionnement psychodynamique que la psychanalyse promeut depuis Freud.

Ce "nouveau régime de la mort" réaffirme le rôle fondateur de la décision médicale dans sa rationalité scientifique. A partir de cette *décision* qui statue du moment où la mort est survenue, dans certains contextes et notamment en réanimation, le médecin doit parfois décider du moment où la mort *va* survenir au regard de la prolongation artificielle de la vie que la technique peut permettre. Il s'agit alors de décider quand et comment arrêter les traitements ou technications qui maintiennent le corps artificiellement en vie pour laisser la mort advenir. Le pouvoir des médecins de maintenir artificiellement ou de faire cesser la vie semble ici apporter à la puissance qui leur est conférée par les malades qui s'en remettent à eux, un faux-semblant de *pouvoir de vie ou de mort* qui les place dans une forme de toute-puissance symbolique. Cette position de toute-puissance face à la mort questionne donc le rapport de la médecine à sa survenue en dépit de son pouvoir à lutter contre elle pour en repousser les limites, dans un mouvement comme pris dans un fantasme d'immortalité.

Cette évolution technoscientifique jusqu'à la société actuelle a entraîné un mouvement de ce qu'Ariès appelait la *mort de l'autre* vers ce qu'il considère comme une *mort interdite*. La survenue de la mort est différée au possible par la technicité médicale. Sortie du domicile, elle est recluse à l'hôpital, dans une chambre individuelle dont la porte est fermée. Pour préserver le bonheur individuel dont la quête est au premier plan, la mort est désocialisée et ses occurrences sont occultées, dans ce qui pourrait être considéré dans une acception freudienne comme une lutte des sujets entre jouissance et castration. Le corps mort signe l'échec de la médecine dans sa lutte pour repousser la limite entre la vie et la mort, il devient objet d'effroi. Ce sentiment d'échec de la médecine contre la mort en fait un objet honteux, la mort doit être cachée : elle devient taboue.

Plusieurs décennies durant, le pronostic létal objectivé par la technique médicale a été dissimulé autant que possible au ou à la malade voire à ses proches. La question de l'annonce diagnostique et pronostique a été largement développée sur les plans éthique et législatif. De plus en plus autonomiste (Rameix, 2002), la place des patient.es est aujourd'hui au cœur des

dispositifs de soins pensés par les lois du Code de santé publique. Le passage de la loi dite "Kouchner" en 2002 marque un tournant majeur, établissant la personne malade comme propriétaire de ses informations médicales et décisionnaire de sa prise en soins au regard d'une information médicale qui doit garantir sa liberté de choisir pour soi de la façon la plus libre et éclairée possible. Ce socle fonde une assise déterminante dans l'encadrement des soins dédiés à la fin de vie aujourd'hui.

Aussi ce moment de l'annonce médicale met toujours largement au travail de nombreuses praticiennes et praticiens, notamment médecins et psychologues. D'un point de vue psychanalytique, les travaux de Martine Ruszniewski (1999, 2015) dès les années 90 témoignent de ce difficile et en même temps nécessaire travail de pensée institutionnel pluridisciplinaire autour de l'annonce de maladies graves à l'hôpital. Annoncer la mort prochaine, dans une société de "la mort interdite", revêt une charge affective qui déborde et paralyse, qui peut se situer du côté du trauma tant pour les malades et leur proches que pour les professionnel.les qui ont ce devoir de *dire*.

Aussi, accompagner la fin de vie et la mort dans les institutions qui sont devenues au fil du temps les lieux du mourir est difficile. C'est sans doute pour cela que dans la deuxième moitié du XXème siècle et jusqu'à la fin des années 80, marquées par une mortalité qui échappe au décours de l'épidémie de VIH/SIDA, les malades condamné.es mourraient seul.es dans des chambres à la porte fermée dont les médecins ne franchissaient plus le seuil (Lamau, 1995).

1.1.2. Parler de la mort aujourd'hui

Pour synthétiser, les siècles précédents ont fait cheminer la société d'une *mort apprivoisée*, familière et intégrée à la vie humaine, vers une perception plus accrue de la finitude et des pertes qu'elle implique. Cette "mort de soi" s'est ouverte vers une considération de la perte de ce que la psychanalyse considère comme les objets affectivement investis sous le prisme du deuil, à savoir la mort de l'autre. Cet effroi semble s'être prolongé dans un mouvement comme accolé à la voie du progrès technoscientifique vers une mort interdite, taboue et insupportable.

Bien que ce rapport à la mort soit en train d'évoluer aujourd'hui, cette "mort interdite" reste d'actualité. La psychologue Marie de Hennezel, première clinicienne à avoir exercé en France dans un service dédié à l'accompagnement de personnes en fin de vie, parle encore aujourd'hui d'une société qui a oublié la mort (2021).

Aussi il est difficile d'écrire sur ce sujet, d'autant plus que ce travail d'écriture est pris dans l'actualité avec plus d'acuité encore depuis la pandémie de COVID-19. Au quotidien, dans les médias d'information et audiovisuels (films, séries ou encore jeux vidéo, etc.), la mort est une accumulation de noms, de chiffres, d'actes montrés ou nommés dont la violence est soit

exacerbée soit tout à fait censurée. Mais elle est rarement montrée ou traitée dans une perspective réaliste ou naturaliste, qui traiterait de cette séquence pré-mortem et des enjeux médicaux qui accompagnent le temps du mourir. La représentation des soignant.es dans ces mêmes médias est alors idéalisée. Ils et elles deviennent des héros et héroïnes du quotidien qui défient la mort, parfois avec un succès contraire à toute rationalité scientifique. Ce phénomène a été lui aussi accentué durant la première vague de la pandémie de COVID-19 qui a sévit en 2020. Les mouvements dans lesquels ont été prises les représentations des professionnel.les du soin se sont montrés extrêmement labiles ces dernières années, et sans doute faudra-t-il encore du temps, une prise de recul sur les évènements pour mieux comprendre ce qui a pu se passer pendant cette période de l'histoire contemporaine.

1.2. Les soignant.es, les malades et la mort

L'Histoire du rapport à la mort et de la médecine en France a amené les professions soignant.es à avoir à faire tout particulièrement avec cette question. Les évolutions du rapport à la maladie et à la mort et cette héroïsation de leur fonction déterminent les représentations de leur travail dans cette "gestion de la mort".

1.2.1. Soigner et/ou guérir

Les progrès scientifiques depuis le XVIIème siècle ont conféré aux médecins une place prépondérante dans la société, et ont donné un espoir nouveau à la population : repousser toujours plus loin cette limite radicale entre la vie et la mort. Ce qui peut être considéré comme un fantasme de victoire sur la mort est porté par une dimension du soin médical focalisée sur la prise en charge technique du symptôme, de l'organe, du corps malade.

Dans les années 1970, le psychanalyste anglais Donald Winnicott théorise une approche dans la dialectique entre la notion de *cure,* acception du soin comme ayant pour objectif premier la guérison, la rémission, la disparition la plus complète possible de la maladie ; et la notion de *care*, qui porte son attention sur la personne malade en tant que sujet. Les investigations et traitements parfois inconfortables ou douloureux du *cure* sont mis en tension avec leur pendant de soin quotidien qui prend en compte les besoins en termes de confort et de relation des personnes malades, qui sont par là en situation de vulnérabilité.

Le *care*, de l'anglais "to care", qui veut dire à la fois "prendre soin, donner de l'attention, manifester de la sollicitude", retient récemment la philosophe Agata Zielinski (2010), s'oppose et complète à la fois les manœuvres qui visent la guérison. Cette approche éminemment holistique et subjectivante du soin forme la trame de l'accompagnement des

malades à l'hôpital par les professionnel.les du soin. C'est aussi un ancrage précieux pour les psychologues clinicien.nes qui œuvrent en terres médicales.

Cette dialectique de *cure* et de *care* a été largement développée par les courants de pensée humaniste depuis les années 80 en Europe et Outre-Atlantique. La philosophe et psychologue américaine Carol Gilligan a notamment contribué à sa diffusion, dans sa réflexion féministe sur la capacité à prendre soin en société patriarcale (1982). Il s'agit là de ce que les philosophes français.es Claire Marin et Frédéric Worms nomment une "capacité à prendre soin d'autrui", un "souci prioritaire des rapports avec autrui" dans le soin qui est devenu un véritable support à toute technique (2015, p. 37). Une inspiration pour de nombreux travaux qui promeuvent depuis la relation au cœur des soins somatiques, comme le mouvement initié par Michael Balint par exemple (1996).

Ce concept dialectique entre *cure* et *care* s'est profondément inscrit dans la culture médicale et paramédicale au fil des décennies, qui lui consacre de nombreux écrits et l'enseigne dans la formation initiale des futur.es soignant.es. Les professions paramédicales y portent une attention toute particulière, en ce qu'elles prennent en charge les soins quotidiens et le confort des malades, communément appelés *soins de nursing* (Nell-Hureaux, 2015).

Qu'advient-il alors de cette dialectique cure/care qui fonde la prise en soins quand la mort devient malgré tout inéluctable ? Lorsque la vie des malades est prolongée jusqu'aux extrêmes limites de la technicité médicale, "la mort tend alors à se présenter comme une exception", dit le sociologue Schepens (2013, p.7), et le décès marque l'impuissance à *sauver*.

Les regards croisés en sciences humaines du sociologue Patrick Baudry, de l'éthicien Jacques Ricot et du psychanalyste Robert William Higgins (2006) se portent sur cette mort de plus en plus maîtrisée au point qu'elle serait devenue progressivement exception, si bien qu'elle constituerait aujourd'hui un échec de la médecine dans sa lutte pour la repousser. Lorsque cette mort interdite survient, le ou la médecin qui juridiquement en atteste, parfois médicalement en décide la survenue par l'arrêt d'une technication vaine, formule comme un échec, un aveu d'impuissance de la médecine.

Ce qui est mis en échec, c'est bien le *cure*, bien que ce temps de la fin de vie rappelle à cet essentiel du *care* qui passe au premier plan de la prise en soins pour structurer quelque chose des pratiques soignantes face à cette mort qui échappe. Ce propos sera développé un peu plus loin concernant la question des soins palliatifs.

C'est une entreprise difficile car "les tendances actuelles, qui consistent à rabattre la notion de soin à celle de traitement médical allant jusqu'à confondre parfois « soigner » et « traiter », limitent le champ du soin au domaine de la maladie, au risque de réduire le malade à sa maladie" (Causse, 2008, p. 102).

Il est cependant à noter que cette dualité du soin entre cure et care a émergé en plein essor de la médecine technoscientifique, mais aussi dans une période de l'histoire médicale marquée par un échappement de cette suprématie technique face à la mort.

1.2.2. Les grandes épidémies : un trauma collectif qui marque l'évolution de la médecine

a) Le tournant contemporain du VIH/SIDA

La prise en soins des personnes mourantes est devenue une problématique particulièrement incisive au décours de la pandémie de VIH/SIDA[1] de la fin des années 70 jusque dans les années 90, période où les progrès médicaux ont finalement permis des solutions pharmaceutiques qui contiennent ses intenses morbidité et mortalité.

La médecine technoscientifique est alors en plein essor. Elle déploie par exemple une politique vaccinale à visée mondiale et développe des traitements chimiothérapiques de plus en plus précis dans sa lutte ancestrale contre le cancer. Dans cette médecine du "cure", l'attention des médecins se porte prioritairement vers les malades pour qui un espoir de guérison existe encore. La porte des chambres où les malades se meurent reste fermée et demeurent à minima les soins de *nursing*, à savoir de confort et d'hygiène assurés par les soignant.es du champ paramédical.

La pandémie de VIH/SIDA percute de plein fouet cette dynamique où l'essor technoscientifique accapare l'attention des professionnel.les du soin et tout particulièrement les médecins. Ces dernier.es se retrouvent démuni.es face à une multitude de patient.es incurables, souvent jeunes, qui du fait de l'effondrement de leur système immunitaire présentent des symptômes de maladies maîtrisées de longue date. Par ailleurs, les malades étaient alors stigmatisés par le mode de contagion de la maladie : par voie sexuelle ou par injection via du matériel contaminé, la maladie était associée à la toxicomanie et à l'homosexualité, orientation sexuelle considérée comme illégale puis maladie mentale en France jusqu'à la fin du XXème siècle, toujours stigmatisée voire "interdite" dans de nombreux pays (Observatoire des inégalités, 2022).

Les origines de cette pandémie qui a bouleversé les représentations de toute-puissance d'une médecine en plein essor ont fait l'objet d'une multitude de recherches et de théories. La violence de cette confrontation à la mort de personnes jeunes, nombreuses, hautement symptomatiques, a marqué les professionnel.les de l'époque qui en parlent encore dans les couloirs des hôpitaux, surtout dans les contextes les plus graves.

[1] "Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une infection qui attaque le système immunitaire de l'organisme. Le stade le plus avancé de l'infection à VIH est le syndrome d'immunodéficience acquise (sida)" (OMS, 2022).

Cela s'est particulièrement fait sentir lors de la pandémie de COVID-19. Les soignant.es associaient leur expérience clinique actuelle à une expérience antérieure et encore traumatique de décès nombreux, comme cela a été le cas lors de la canicule de 2003 marquée par une surmortalité des personnes âgées et pendant "les années SIDA" où jeunes et enfants mourraient inéluctablement.

Cette épidémie singulière et contemporaine du VIH a entraîné une mobilisation politique et scientifique internationale de grande ampleur. Cette dynamique a comporté une dimension de recherche des origines de la maladie et de sa propagation par des travaux dans le domaine médical bien sûr, mais aussi en sciences humaines. Cet aspect de la recherche semble ici viser à éclairer ce vécu traumatique collectif face au VIH/SIDA comme pour répondre à un besoin de mettre en sens, d'élaborer une histoire de l'épidémie pour en digérer les effets traumatiques. En ce sens, elle peut être regardée aussi comme une véritable *quête des origines* de ce fléau mortifère (Perron, 2013).

Au fil des décennies, de nombreuses théories sur son émergence ont été formulées. Actuellement, les données collectées et analysées de façon pluridisciplinaire depuis plusieurs décennies décrivent une apparition en Afrique où la maladie a dû circuler à bas bruit depuis la fin du XIXème siècle (Lachowsky, 2020-a). À partir de plusieurs formes de transmissions entre humain.e et animal, ce serait paradoxalement cette dynamique d'essor médical qui aurait catalysé sa propagation, la transformant progressivement en véritable pandémie qui éclate dans les années 70. En effet, la politique de vaccination à grande échelle menée dans l'Afrique coloniale, dans un contexte de méconnaissance de règles d'hygiène qui préviennent la contagion iatrogène aurait nettement contribué à la diffusion du virus par voie d'injection. La dynamique de mondialisation, marquée notamment par l'expansion et l'accessibilité croissante de modes de transports et d'échanges commerciaux, aura favorisé une diffusion à l'échelle mondiale de la maladie.

b) Les épidémies comme trauma collectif : la quête des origines

Cette dynamique de "quête des origines" a déjà été observée lors de grandes "épidémies", à savoir "l'extension à une population d'une maladie infectieuse à transmission interhumaine" d'après l'Académie nationale de médecine (s.d.), qui ont touché des zones localisées plus ou moins vastes. Ça a été également le cas dans des contextes de "pandémie", c'est-à-dire "d'épidémie qui frappe de nombreux pays ou le monde entier ou qui atteint la plupart des individus d'un même pays". Une quête des origines qui vise à comprendre les racines d'un mal qui décime les populations, mais aussi à trouver des moyens pour l'endiguer, en être épargné.es. Un regard psychodynamique peut se porter sur les processus qui ont sous-tendu ces mouvements individuels et collectifs.

Entre Mars et Juin 2020, le média Radio France Internationale diffusait une série de podcasts intitulée "Petite et grande histoire des épidémies" qui invitait auditeurs et auditrices

à “prendre un peu de recul sur ce qui nous arrive avec la pandémie de coronavirus” en cherchant “quelles leçons humaines, politiques et sanitaires tirer de toutes les pandémies qui ont ravagé et façonné notre humanité”. Il s’agissait de “comprendre les constantes et les périls auxquels nous sommes confrontés” par les “regards croisés de philosophes, d’historiens, d’anthropologues, d’épidémiologistes, de préhistoriens, de médecins, vétérinaires, généticiens, auteurs et chercheurs”. Un éclairage croisé issu de différents champs scientifiques, y compris en sciences humaines.

D’un point de vue psychodynamique, **le croisement de ces différents éclairages met en lumière la dimension éminemment traumatique à la fois à l’échelle individuelle et collective de ces “grandes épidémies”**. Leur impact s’est porté au niveau du sujet bien sûr, par les problématiques d’angoisse et de perte qui ont pu déborder les ressources psychiques des individus démunis face à ces fléaux de grande ampleur. Mais ces événements de portée historique ont aussi impacté le fonctionnement social tout entier par les mesures de gestion de la maladie et de la mort qui ont été mises en place. Ces transformations liées aux grandes épidémies sont allées parfois même jusqu’à une modification de la démographie et l’économie entière d’un ou plusieurs pays, comme cela a été le cas par exemple au niveau de l’Europe lors de l’épidémie de grippe espagnole qui a suivi la Première Guerre mondiale. Les conséquences en ont été intriquées avec cette dernière, conséquences qui comprennent bien sûr son extrême mortalité à savoir 5 à 10 millions de personnes dans le monde (principalement en Europe), soit 2,5% de la population mondiale à l’époque (Spinney, 2018).

Face à ces angoisses liées à la confrontation à la mort de masse et aux remaniements rapides et massifs du fonctionnement social, **les modes de traitements des épidémies qui ont été mis en place semblent relever de défenses telles que le clivage et la projection au niveau groupal**. Ainsi, étayée par une compréhension intuitive de ce que la médecine appelle aujourd’hui la contagiosité, l’assyriologue Cécile Michel a étudié des récits datés de 4000 ans en Mésopotamie qui évoquent des premières notions de ce qui peut être considéré aujourd’hui comme pratiques de quarantaine qui stigmatisaient malades dans leur groupe social et menaient à leur exclusion (in Lachowsky, 2020-b).

Des mesures d’exclusion de ce type ont été appliquées avec sévérité et parfois violence avec les malades de la lèpre dont il est su pourtant aujourd’hui que le mode de contamination nécessite un contact rapproché. Pour l’immunologiste Patrice Debré, dont il est notable que le travail s’inscrit dans l’histoire familiale de son grand-père Robert Debré, ce qui était considéré comme “la lèpre” recouvrait vraisemblablement plusieurs maladies infectieuses. Le traitement sociétal des “lépreux” signait un besoin de se protéger de la maladie en les tenant à distance, d’une façon qui peut être appréhendée comme défensive par la radicalité des mesures entraînées. De ce fait l’auteur considère la lèpre comme une véritable “maladie de l’exclusion” (in Lachowsky, 2020-d).

L’historien Antonin Durand (in Lachowsky, 2020-f) décrit par ailleurs des “logiques de bouc-émissaires” dans le traitement historique des grandes épidémies qui ont amené la

population à désigner des personnes ou des groupes comme responsables ou vectrices de l'épidémie. Ainsi, les membres du gouvernement, les personnes étrangères, les médecins ou personnes aux fonctions équivalentes dans les sociétés ont fréquemment été désignées comme coupables par les populations dans les interprétations des origines du mal, souvent irrationnelles. Cela a été le cas de façon singulière lors de l'épidémie de maladie à virus Ebola qui a frappé la Guinée en 2014.

Ce que Durand appelle *logique de bouc-émissaire* peut être considérer d'un point de vue psychanalytique comme une tentative à l'échelle individuelle et groupale de projeter à l'extérieur ce qui relèverait dans un référentiel kleinien d'une angoisse paranoïde (1946) sur un support externe qui porte ainsi la causalité du mal, et de pouvoir décharger ainsi l'angoisse par l'attaque de ce qui peut être considéré comme des objets persécuteurs. Pour Durand, cette dynamique viendrait éclairer la locution proverbiale aux origines antiques "aux grands maux les grands remèdes".

L'historienne, médecin et philosophe Anne-Marie Moulin souligne d'ailleurs que les soignant.es ont pu être mis.es à cette place d'objets persécuteurs dans des épidémies contemporaines comme celles du choléra ou d'Ébola (in Lachowsky, 2020-e). Exclusions, mises en quarantaine abusives et, lors de certains épisodes violents voire meurtriers, attaques et lynchages par des groupes entiers de la population. Ces événements soulignent comment ces professionnel.les, au plus près des malades, sont exposé.es aux conséquences directes et indirectes des maladies qui accablent les usager.es du soin, et peuvent en même temps prendre une place toute singulière dans la relation avec ces personnes.

c) Une dynamique saisie dans l'actuel : la pandémie de COVID-19

Cette dynamique de "quête des origines" pour des phénomènes qui entraînent une morbidité et une mortalité exceptionnelle avec des répercussions traumatiques collectives se retrouve dans toutes les "grandes épidémies" qui ont marqué l'Histoire. Les représentations qui en émanent ont été construites dans un mouvement qui peut être considéré comme véritable dynamique recherche au regard des connaissances de l'époque, mais aussi refléter des mouvements défensifs sociétaux face à l'angoisse de la menace de mort. Comme dans le cas plus contemporain de la pandémie de VIH/SIDA, elle paraît signer le besoin de mettre en sens cette expérience qui déborde par les angoisses archaïques qu'elle mobilise. C'est une dynamique d'autant plus actuelle en ce qui concerne la pandémie de COVID-19 depuis 2020.

Ces grandes épidémies et pandémies qui ont marqué l'histoire à différentes époques ont finalement vu se répéter des processus individuels et groupaux réactionnels aux angoisses qu'engendre la confrontation à la mort dans la population générale. Le médecin légiste et anthropologue Philippe Charlier (in Lachowsky, 2020-c) décrit comment lors de ces épisodes de notre histoire les mêmes processus semblent se répéter. Un regard psychodynamique porté sur ces répétitions au fil du temps laisse penser à une véritable dimension traumatique

où, lorsque la maladie décime en nombre, les populations mobilisent des processus identiques et répètent à la fois le trauma des épisodes similaires passés mais aussi les mêmes modes de décharge et de défense, parfois délétères.

Il est à noter que l'histoire des grandes épidémies s'est accélérée dans le monde moderne et est tout à fait intriquée avec le développement d'une société de plus en plus mondialisée et interconnectée. La première pandémie d'ampleur mondiale qu'a été celle de la peste au VIème et VIIème siècles s'est par exemple répandue par la route commerciale de la soie. Le passage d'une notion d'épidémie, localisée, à celle de pandémie généralisée est à noter. La pandémie de fièvre jaune quelques siècles plus tard est intimement liée aux colonisations et à la traite des esclaves en Afrique (Morand, 2016). En étudiant le média radiophonique qui a produit cette série de podcasts, Radio France International, il est intéressant de découvrir que le premier nom à l'origine de cette radio, qui a été rachetée et a évoluée au fil du temps depuis sa création en 1931, était "Le Poste Colonial", dont la diffusion visait les peuples français vivant dans ses colonies. Traiter du rôle du développement des échanges dans ce passage d'épidémies aux pandémies et souligner le rôle de la colonisation vient peut-être dire quelque chose de l'histoire institutionnelle de ce média.

Traiter des effets traumatiques des épidémies dans les années 2020 rencontre l'actualité de la pandémie de COVID-19. Cette dernière s'est diffusée très rapidement dans le monde et a impacté chaque pays par la masse de personnes atteintes qui débordait les capacités de gestion des malades, y compris dans des pays disposant de ressources médicales et d'un accès aux soins important. Un tel débordement des capacités à soigner est inexorablement corrélé à une forte mortalité, et sans doute les années à venir aideront à prendre du recul et mieux analyser les effets traumatiques individuels et groupaux de cette situation. Il y a à poursuivre ce mouvement que de nombreu.ses scientifiques de champs disciplinaires multiples ont amorcé dès 2020, et dont témoigne parmi d'autres productions médiatiques et scientifiques cette série de podcasts produite par RFI.

La période de pandémie récente a rencontré en France le débat social sur les conditions de fin de vie, qui se poursuit dans la continuité de son histoire depuis les années 1970 avec la pandémie de VIH. C'est un débat qui s'intègre aux réflexions sur le droit des malades depuis la fin du XXème siècle et s'actualise encore dans le travail législatif sur les lois bioéthiques révisées en 2021.

1.2.3. Naissance des soins palliatifs : définitions et éléments de contextes

a) L'émergence du mouvement palliatif

La pandémie de VIH a bouleversé la communauté scientifique et la société. Elle a insufflé un tournant majeur dans le développement de la médecine communautaire et dans la recherche en médecine infectieuse et tropicale. Sa morbidité et sa mortalité ont contribué

au développement de soins palliatifs comme pratiques, mais aussi comme parti pris éthique en France et dans de nombreux pays. Cette approche particulière du soin constitue aujourd'hui l'approche de la fin de vie recommandée par l'OMS, institution de référence internationale en matière de santé. Ils restent néanmoins inaccessibles à la majorité des personnes qui en ont besoin, notamment dans les pays les plus pauvres (2020-b).

Cet épisode qui a marqué la deuxième moitié du XXème siècle a montré que l'élan de toute-puissance médicale et de lutte absolue contre la maladie et la mort décrit par la médecin Marie-Louise Lamau (1995) ne suffit pas à repousser toujours l'échéance de la mort. Dans les situations qui dépassent le spectre des connaissances et des compétences médicales, la médecine qui "cure" peut finalement devenir vectrice d'une souffrance vaine lorsque l'issue est irrémédiablement fatale. C'est donc à la même époque, dès les années 70, qu'émerge le concept d'*acharnement thérapeutique* (Szabo, 2007) pour décrire de nouvelles situations où les malades sont maintenu.es en vie le plus longtemps possible, la quantité de vie prévalant sur sa qualité dans l'espoir de trouver les moyens de *sauver*.

Une évolution en lien avec la "mort interdite" décrite par Ariès où ce mouvement de mort qui sort progressivement du domicile a amené la création de lieux particuliers avec pour vocation l'accueil des mourant.es dès la fin du XIXème siècle. En effet, mus par les valeurs du christianisme, des *hospices* apparaissent en France en 1842 à partir de la fondation des Dames du Calvaire menée par la religieuse Jeanne Garnier, qui donnera son nom à la première Unité de Soins Palliatifs[2] en France. Cette attention portée aux mourant.es dans des lieux tiers, en dehors du domicile et de l'hôpital, s'accroît au fil du XXème. Mais à l'époque peu de ressources sont employées pour prendre en charge leurs symptômes.

Bien que des traces d'usage d'opium pour traiter les malades du cancer se retrouvent depuis le XVIIème siècle (Bonnichon et coll., 2014), c'est dans les années 60 que l'infirmière puis médecin Cicely Saunders développe des techniques de prises en soins qui visent exclusivement le soulagement des souffrances, et notamment de la douleur chez les malades incurables du cancer et de la tuberculose (Lamau, 1995 ; Verspieren, 2012).

À la même époque, outre-Atlantique, la psychiatre suisse émigrée aux États-Unis Élisabeth Kübler-Ross se penche sur le vécu des mourant.es enfants et adultes (1975). La même année, le premier service de soins palliatifs est ouvert au Canada (Peyrat-Apicella, 2016), se détachant de la mouvance chrétienne qui animait jusqu'alors les hospices comme c'était encore le cas en France.

Ce mouvement des *soins palliatifs* émerge donc en tant que tel en Europe et en Amérique du Nord dès les années 60 (Lamau, 1995). Il concerne d'abord les malades du cancer puis s'élargit à toute personne atteinte de maladie incurable au pronostic létal. La médecine technoscientifique est alors accusée de fermer la porte des chambres où se meurent les condamné.es. C'est dans ce contexte qu'est soulevé le débat sur l'euthanasie : une demande

[2] Ce type de service sera définit plus tard.

de maîtriser sa mort face à l'inéluctable et à l'abandon de soin. Le mouvement des soins palliatifs propose alors une alternative à cette mort par échec de la médecine technoscientifique : mettre les ressources de la médecine et du soin au profit d'une recherche de confort et d'apaisement symptômes (Schaerer, 2004).

Les "soins palliatifs" sont définis par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis 1990 comme des "soins actifs, complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif" (2020-b). Dans cette approche médicale qui revendique un regard holistique sur la personne malade, "la lutte contre la douleur et d'autres symptômes et la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels, sont primordiales". L'objectif est "d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les malades et leur famille". C'est à dire que face à l'évolution inéluctable d'une maladie grave qui conduira au décès, et ce même "au début de l'évolution de la maladie", l'approche palliative propose de mettre la personne, appréhendée dans sa globalité, au centre de ses soins, et de prendre en considération son entourage. La mort qui surviendra est considérée comme "un processus normal" que les professionnel.les ne doivent ni "hâter" ni "retarder".

En 2002, l'OMS affine cette définition et réaffirme la perspective de l'approche palliative : "améliorer la *qualité de vie* des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie *potentiellement* mortelle", et sont "applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie". Les soins palliatifs ne se veulent donc pas prédictifs de la mort qui arrive, mais soulignent l'importance du vécu subjectif des malades et de leur entourage face aux symptômes qui les touchent. Ils "incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge". Il ne s'agit pas seulement de limiter les soins déraisonnables dans une lutte vaine contre la maladie, mais un positionnement actif pour un mieux-être des malades jusqu'à la fin de leur vie. Le vécu de l'entourage est considéré au-delà de la mort, prenant en compte l'importance d'accompagner le deuil après le décès. L'ensemble de cet accompagnement relève d'un travail en équipe pluridisciplinaire.

b) Enjeux éthiques et encadrement législatif des soins palliatifs

Dans l'évolution de la médecine, la place des médecins dans la relation au malade est marquée par ce que l'éthicienne Suzanne Rameix considère comme une culture médicale paternaliste (2002). Le ou la médecin comme détenteur ou détentrice du savoir peut décider pour *son* ou *sa* patiente des informations à recevoir sur son état et sur les traitements administrés. L'emploi de l'adjectif possessif pour qualifier la relation entre médecin et malade renvoie ici à une culture, un langage utilisé dans les lieux de soins qui dit quelque chose de l'asymétrie de cette relation au risque de désubjectiver les malades jusqu'à la sujétion.

Cette posture éthique paternaliste laisse peu de place à la notion d'autonomie des malades, dont la considération s'est majorée au fil des dernières décennies par une approche

de plus en plus autonomiste validée par la législation française. Cette acception de l'autonomie des malades au cœur de la prise en soins est assise en 2002 avec la Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite Loi Kouchner) qui place les usager.es du système de santé au centre de la prise en soins et affirme leur droit d'accès et de propriété des informations relatives à leur santé. Concernant les personnes atteintes de maladie grave et incurable, des partis-pris éthiques identiques se retrouvent dans la législation. Ils visent à garantir l'autonomie la plus grande possible jusqu'à la fin de la vie et un accompagnement global de cette dernière phase de l'existence par des soins palliatifs.

La législation française légitime en effet les soins palliatifs comme approche privilégiée de l'accompagnement de la fin de vie dès 1986 avec la circulaire dite Laroque, alors que la mort survient plus que jamais à l'hôpital (INSEE, 2016). En 1999, les soins palliatifs deviennent un droit et doivent être accessibles à toute personne en phase terminale d'une maladie incurable.

En 2005, en plein débat sur une législation de l'euthanasie en France suite à l'affaire Vincent Humbert très médiatisée, la Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite Loi Léonetti, actualisée en 2016) réaffirme les soins palliatifs comme unique approche médicale de la fin de vie autorisée en France. La mort doit rester un processus naturel qui, lorsqu'il est inéluctable, doit être ni ralenti ni précipité. S'il est possible d'arrêter ou de ne pas initier toute forme de traitement médical, avoir une action directe qui vise à précipiter la temporalité du mourir reste interdit.

Les soignant.es de toute profession doivent mettre en œuvre leur savoir-faire pour apaiser la souffrance tant physique que psychique des malades et accompagner leur entourage. Dans cette mouvance autonomiste qui se concentre de plus en plus sur la volonté des malades, la décision médicale doit être prise au regard de la volonté de la personne malade, de ses "directives anticipées" si elles ont été rédigées dans le cas où elle ne serait plus en état d'exprimer sa volonté ou sa "personne de confiance" comme porte-parole si elle a été désignée. Concertée de manière collégiale entre médecins et équipe pluridisciplinaire, elle vise avant tout à éradiquer les symptômes d'inconfort et éviter toute "obstination déraisonnable", c'est à dire le "maintien artificiel de la vie d'un patient en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, sans espoir de guérison, par des moyens disproportionnés ou ayant pour seul effet de prolonger artificiellement la vie". Éviter l'obstination déraisonnable, anciennement acharnement thérapeutique, peut passer par une concertation formelle pluridisciplinaire en réunion de Limitations et Arrêt des Thérapeutiques (LAT[3]). L'ultime moyen autorisé en cas de souffrance réfractaire est la mise en œuvre d'une sédation-analgésie, si nécessaire maintenue jusqu'au décès

[3] Anciennement LATA pour Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives, le terme "actives" a été supprimé lors de l'actualisation de la loi pour encourager à sortir d'une dialectique où les soins curatifs seraient considérés comme actifs, et les soins palliatifs comme passifs.

Une acception du soin qui tranche avec l'évolution technique majeure de la médecine au XXème siècle où la mort devenue tabou en ce qu'elle est *interdite* était sortie du domicile mais paradoxalement devenue indésirable à l'hôpital. Par une approche globale de ce qui vit la personne malade lorsque sa vie est menacée, le mouvement des soins palliatifs propose de remettre la dimension du *care* au centre des soins, "convoque la notion de care" (Viallard et Landrin, 2015, p. 182). Un regard psychanalytique porté sur ce paradigme médical peut y voir une attention toute particulière à la subjectivité des malades pris comme sujets singuliers.

Le professeur en cancérologie et pionnier des soins palliatifs en France René Schaerer souligne d'ailleurs comme la psychanalyse a concouru à l'émergence de ce mouvement :

"Indiscutablement, les psychologues cliniciens de formation analytique et les psychanalystes qui se sont joints aux premiers groupes de réflexion sur les soins aux malades en fin de vie, ou qui ont répondu aux premières demandes de collaboration dans des services cliniques, ont d'abord su écouter avec bienveillance ce que nous disions et les questions que nous posait notre pratique. Ils nous ont appris à nous écouter et à écouter nos malades, redonnant place et légitimité à la parole des malades et à celle des soignants" (2004, p. 234).

L'auteur évoque également les contributions des clinicien.nes en termes d'enseignement et de formation, et le développement qui s'est pour ainsi dire systématisé dans les services de soins palliatifs et qui est recommandé par la circulaire ministérielle de 2008 sur les groupes de parole entre soignant.es sur le mode de l'Analyse des Pratiques Professionnelles.

On peut voir dans cette réflexion sur l'histoire des soins palliatifs en France comment la pensée psychanalytique est venue à la fois nourrir la réflexion autour des soins aux personnes en fin de vie mais aussi dans une application clinique directe et concrète qui a concouru à l'accompagnement des malades, dans la perspective fondatrice des soins palliatifs qu'est la pluridisciplinarité. Cette action double à la fois de soutien à l'élaboration des pratiques et en application clinique directe a d'emblée été dirigée vers les malades et en même temps pour les soignant.es qui s'en occupaient.

1.3 La place de la mort aujourd'hui

La place de la mort aujourd'hui est déterminée par cette Histoire qui a conduit à une *gestion de la mort* en France sous le primat des soins palliatifs et en même temps à l'aune de la médecine technoscientifique. La mise en tension de ces deux mouvements contribue à la construction de représentations sur les mourant.es, le mourir et les mort.es. Elle entraîne aussi des enjeux éthiques qui évoluent voire se complexifient pour les équipes soignantes.

1.3.1 Mourir en France

a) Evolution du mourir sous le régime de La mort interdite

Cette mort auparavant familière qui survenait dans des lieux publics ou familiaux a donc été de plus en plus tenue à distance par la société. Redoutée avec angoisse, de plus en plus taboue depuis le moyen-âge, les médecins ont pris croissante bien qu'ambivalente depuis la fin du XIXème siècle pour lutter contre elle. Des lieux pour mourir ont été créés, mais les malades qui veulent "être soignés et guéris, arrachés à la mort" (Nonnis-Vigilante, 2013, p.113) ont fait du lieu de la médecine le lieu du mourir : l'hôpital.

La proportion des décès en établissements de santé (publics et privés confondus) par rapport au domicile s'inverse ainsi dans les années 70 (INSEE, 2016), dans ce même mouvement d'essor de la médecine réanimatoire et implantatoire, à l'aube de la pandémie de VIH en occident. Ce renversement s'est opéré en seulement 5 ans, la mortalité étant passée d'environ 38% de décès en institutions pour 55% à domicile en 1972 à 50% en institutions pour 44% à domicile en 1977. Depuis les années 80, cette proportion s'est stabilisée autour de 60% de décès en établissements de santé alors que la part des décès à domicile a diminué très progressivement de 30 à 26%.

b) Des soins palliatifs pour circonscrire la mort

Face à cette évolution, et dans cette dynamique de développement d'une approche palliative pour accompagner la fin de vie, les différents gouvernements français depuis la circulaire Laroque en 1986 ont élaboré des dispositifs pour concrétiser cette approche et répondre aux besoins des structures médicales et médico-sociales qui accueillent majoritairement la fin de vie et la mort.

Inscrits dans les programmes de formations médicale et paramédicale, supposément dispensés à toute personne en ayant besoin, des modalités d'application des soins palliatifs ont été pensées pour les institutions qui sont fréquemment confrontées à ces situations. En plus d'un accès aux soins palliatifs qui se veut faire partie intégrante de l'accompagnement des malades, des dispositifs sont structurés sur différents niveaux de moyens financiers alloués à la prise en soins des malades selon la complexité de leur situation médicale et de leurs besoins en termes d'accompagnement. Ces moyens ont été notamment définis, d'un point de vue juridique, par une circulaire ministérielle en 2008. Elle donne aussi des repères quant aux moyens humains nécessaires à la réalisation de ces soins palliatifs.

En parallèle des moyens alloués et des dispositifs pensés pour les institutions qui accueillent la majorité des décès, cette politique de développement des soins palliatifs vise à favoriser autant que possible et autant que souhaité par les malades et leur entourage une prise en soins à domicile le plus longtemps possible, voire jusqu'au décès. Ainsi, des dispositions ont été prévues vis-à-vis des structures d'Hospitalisation À Domicile (HAD) afin

“d’assurer une prise en charge de proximité en soins palliatifs axée sur le confort du patient et sa qualité de vie dans le respect de ses choix et de son cadre de vie habituel” (p. 202), en lien avec les partenaires de médecine de ville et hospitalière. Les HAD peuvent être complétées ou substituées en fonction des besoins par un Réseau de soins palliatifs qui facilite la coordination de la prise en soins.

Le premier niveau de moyens alloués spécifiquement à la prise en soins des malades atteints de maladie grave et incurable en institution sont les Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP), soit des lits hospitaliers virtuellement dédiés à des malades en soins palliatifs, pour lesquels des dotations de personnel plus importantes sont financées. Il s’agit d’allouer des moyens humains et techniques supplémentaires et spécifiques dans “des services qui sont confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs” (p. 192). Ce travail se fait en lien avec les autres structures de soins palliatifs du territoire. Les LISP sont associés à une tarification hospitalière spécifique. Les Agences Régionales de Santé déterminent les établissements qui peuvent avoir des LISP et définissent le nombre de lits alloués. En 2019, il y avait 5600 LISP sur le territoire français (Cabé, Blandin et Poutout, 2019).

Un deuxième niveau de structuration de l’offre en termes de soins palliatifs dans les institutions consiste en des Équipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP). Ce sont des “équipes multidisciplinaires et pluriprofessionnelles rattachées à un établissement de santé” qui ont “une activité transversale” (2008, p. 195), c'est-à-dire qu’elles se déplacent dans les différents services d’une même institution. Elles occupent une fonction secondaire dans la prise en soins, de conseil et de soutien, et “ne pratiquent en principe pas directement d'actes de soins”. Ces activités peuvent être intra-hospitalière (dans un même lieu de soins) ou inter-hospitalières (l’équipe se déplace dans différents lieux de soins). Dans les institutions, elles sont souvent investies de manière ambivalente : soutien dans des contextes difficiles et en même temps en décalage avec les équipes de soins (Rochas, 2019 ; Szeps, 2018). Elles deviennent aussi symbole de mort par leur affiliation aux soins palliatifs en tant que mouvement qui reconnaît et accepte sans être trop effracté la question de la mort et des limites de la médecine. En cela elles peuvent être considérées comme revêtant une fonction phorique de la question de la mort dans l’institution.

Le niveau le plus développé de l’offre en soins palliatifs consiste en des Unités de Soins Palliatifs (USP). Ces services à part entière sont des “unités spécialisées qui ont une activité spécifique et exclusive en soins palliatifs”, elles “prennent en charge les personnes présentant les situations les plus complexes qui ne peuvent plus être suivies à domicile, en établissement médico-social, ou dans leur service hospitalier d’origine” (2008, p. 199). Les USP accueillent exclusivement des patient.es adultes, les spécialistes de pédiatrie consulté.es à l’époque ayant considéré qu'il était préférable que les situations de fin de vie pédiatriques soient accompagnées dans les services référents des enfants concernés. En 2019, 1880 en USP couvrait le territoire français (Cabé, Blandin et Poutout).

Les équipes à proprement parler spécialisées en soins palliatifs que sont les EMSP et les USP “assurent une triple mission de soins, de formation et de recherche” (p. 199). L'objectif

est à la fois de proposer une démarche spécifique de la prise en soins en fin de vie et de la généraliser des services de soins confrontés à la fin de vie et à la mort. Elles visent à soutenir une dynamique globale d'accès aux soins palliatifs.

Mais dans les faits quelque chose échappe de ce projet où la mort aurait sa place partout, en ville comme à l'hôpital. Des résistances opèrent chez les professionnel.les et ces dispositifs spécifiques sont devenus symboliquement les lieux et les équipes dédiées à l'accompagnement de la fin de vie et de la mort, de manière à protéger les soignant.es non spécialisé.es de cette confrontation difficile (Rochas, 2019).

Ces dispositifs dédiés au développement des soins palliatifs en France finissent par circonscrire les soins donnés aux mourant.es. Définir de façon précise des dispositifs de soins dédiés aux mourant.es formalisés par des lits, des services, des équipes dédiées amène le risque de tenir la mort symboliquement de plus en plus à distance. Cette question se pose de manière plus accrue encore à l'hôpital, lieu de soins des malades qui accueille la majorité des décès aujourd'hui.

Formaliser les lieux du mourir, désigner des équipes expertes, répond sans doute à l'angoisse que suscite la mort dans notre société et en protège les soignant.es à l'hôpital. Cette formalisation poussée à l'extrême, jusqu'au lit même "identifié" de patient.e dit.e en soins palliatifs peut en effet prendre une valeur défensive qui tend à se rigidifier. Répondant à un besoin de matérialiser un endroit du mourir, elle peut chercher à circonscrire la mort elle-même, et faire de l'accompagnement des mourant.es une discipline spécifique en dehors de l'activité *normale* des soignant.es. **La mort aurait ainsi progressivement reculé du domicile à l'hôpital, puis de l'hôpital aux services de soins palliatifs.**

Des soins palliatifs sont donc supposés être accessibles à domicile et en institution, adaptés aux besoins des malades en fonction de l'évolution de leur maladie. Leur accessibilité est un enjeu d'autant plus important que les principales causes de décès en France restent les maladies évolutives incurables telles que le cancer et les maladies cardio-vasculaires (première (29%) et seconde (27%) causes de décès en France) (IGAS, 2016). D'après la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2016, deux tiers des personnes qui décèdent en France devraient recevoir des soins palliatifs.

Cela signifie que la très grande majorité des soignant.es est censée être à même d'assurer leur mise en place, et quoi qu'il en soit sera confrontée à l'accompagnement de l'évolution de ces maladies jusqu'au décès, majoritairement en institution. Pour soutenir ces professionnel.les dans les situations les plus complexes, des dispositifs spécifiques existent donc, mais qui ne sauraient recouvrir l'ensemble des situations de fin de vie.

En effet, bien que deux tiers des décès en France nécessiteraient une prise en soins palliatifs en amont, 20% seulement sont repérés comme ayant relevé d'un dispositif formalisé, à savoir un lit en USP, un LISP, ou un accompagnement hospitalier renforcé par une EMSP. En 2009, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) estimait que seuls 2% des personnes décédées en France mourraient en USP, accompagné.es donc par des soignant.es

spécialisé.es, motivé.es et formé.es aux spécificités de cette approche. Avec le développement des structures proposées par la circulaire de 2008, ce chiffre a été porté à environ 12% en 2017. Bien que plus de personnes décèdent dans ces lieux spécialisés, cela concerne toujours une minorité de celles qui meurent chaque année en France.

Cela ne veut pas dire que les malades qui ne sont pas ciblés par un dispositif formel de soins palliatifs n'en n'ont pas bénéficié. Cela signifie qu'en réalité, **ce sont les services hospitaliers qui ont remplacé le domicile au fil des décennies et accueillent la plupart des décès en France, qui assurent ce travail de façon informelle et avec des moyens constants.** Ces décès sont accompagnés et accueillis par des soignant.es tout venant, dans un environnement médical issu plutôt d'une culture curative, d'une médecine qui se voudrait toute-puissante, empreinte d'une culture qui accepte difficilement que la mort survienne sans qu'elle ne constitue un échec. **Un accompagnement pensé spécifiquement et faisant l'objet de moyens dédiés à la complexité médicale et humaine de ces situations est minoritaire.**

La dynamique d'évolution des lieux du mourir décrite ici s'est poursuivie malgré une politique de soins palliatifs qui tend à favoriser le décès à domicile lorsque les malades et leur entourage y sont favorables. Néanmoins dans son dernier rapport sur la fin de vie (2019), l'IGAS affirme une volonté de renforcer les dispositifs d'accompagnement à domicile et en LISP. Or quelque chose vient résister du côté de la population qui continue à s'adresser à l'hôpital dans les moments les plus difficiles de la maladie.

Cette orientation de l'IGAS tend donc à limiter l'évolution de lieux dédiés à l'accompagnement de la fin de vie, mais plutôt à développer les moyens des structures de soins en ville et à l'hôpital. Cela signifie que ces soignant.es tout venant, sans formation approfondie ni vocation pensée à cet endroit de l'accompagnement en fin de vie, seront de plus en plus exposé.es à ces situations.

1.3.2. Mourir parmi les vivant.es

a) Les mourant.es

Si la mort est devenue "interdite", reculée autant que possible des bien-portant.es qu'elle angoisse, il apparaît pertinent de s'interroger sur le sort de celles et ceux pour qui cette échéance de la fin de vie, commune à tout être vivant, s'approche inéluctablement.

Dès 2003, le psychanalyste Higgins décrit "l'invention du mourant" par laquelle, face à un idéal de mort apaisée, "le mourant" est tenu de se montrer "héroïque" (p. 67). Cette héroïsation du "mourant", qui peut s'apparenter à une forme d'idéalisation de ce porteur d'un symbole si angoissant, lui confère donc une place spécifique parmi les vivant.es. Elle amène même un certain lot de privilèges : une considération, une attention particulière, l'accès à des soins palliatifs qui se distinguent des prises en soins classiques. Particulièrement bienveillants,

ces soins placent la subjectivité du ou de la malade au premier plan et prêtent une attention prioritaire à son confort et à un mieux-être.

Mais pour l'auteur le ou la porteuse du statut de *mourant* est en fait exclu de la communauté des humain.es, marqué par une double séparation : tenu à l'écart par son statut de victime qui le distingue de ses pairs, symbolisant la mort elle-même, *le mourant* est également exclu par l'anticipation pronostique de la séparation à venir que constitue sa mort. Une façon de "mettre la mort – *toute la mort*, pourrait-on dire – en l'autre, *dans le mourant*, pour qu'il l'emporte avec lui, nous en délivre" (p.40). Ainsi, "le *mourant* ferait à notre place tout le *travail de la mort*", signant un *"refus culturellement et collectivement construit* de la mort". Le statut de *mourant.e* aurait alors une fonction défensive qui permettrait de projeter la question de la mort sur l'autre, et par là de la tenir à distance, se protéger de ce réel effractant qui menace le sujet de s'effondrer, d'être anéanti.

Cette notion de double séparation qui vise à protéger les bien-portant.es de l'angoisse de mort est éclairante quant au déplacement des lieux du mourir du domicile vers l'institution, et des services hospitaliers vers les services de soins palliatifs. Circonscrire symboliquement la mort aux services dédiés à l'accompagnement de la fin de vie permettrait alors d'y fixer l'angoisse de la confrontation à la mort chez la population générale, et tout particulièrement les soignant.es qui ont à faire avec la fin de vie en la projetant dans les services de soins palliatifs. Quand bien même dans les faits ces services n'accueillent qu'une minorité de décès et que la majorité des personnes continuent à mourir dans les autres services de l'hôpital.

b) Les corps morts

Lorsque la mort advient, *le ou la mourant.e* tel que conçu par Higgins change à nouveau de statut pour devenir une personne défunte : il n'en reste que le corps inanimé.

L'historien Laqueur décrit un véritable *travail des morts* de tout temps et dans toutes les cultures (2018) par lequel les préoccupations autour des mort.es structurent les sociétés. Les soins qui leur sont prodigués, les rituels qui les entourent, la place qui leur est donnée dans la vie sociale forment ce que la psychanalyse pourrait considérer comme un véritable étayage pour les membres d'une société donnée. La dénomination de *travail* par l'historien n'est d'ailleurs pas sans laisser penser à l'acception freudienne de travail comme processus de transformation psychique tel que le travail du rêve qui permet une forme de symbolisation (1899) ou celui du deuil qui permet de se séparer (1917).

Le sociologue et anthropologue David Le Breton (in Schepens, 2013) analyse le rapport à ce qu'il reste de la personne morte : "le cadavre" (p. 57), et ce qui peut être considéré comme de l'ambivalence de son investissement par les personnes vivantes d'un point de vue psychanalytique. En effet, le cadavre est à la fois la personne décédée, ce qu'il reste d'elle, son corps est toujours le sien. Mais c'est aussi un reste étrange, angoissant, qui symbolise le vide de l'absence de l'autre. Une ambivalence que la sociologue Serenella Nonnis-Vigilante (in

Schepens, 2013) qualifie de “dualité” (p. 106). Le corps mort est en effet “un cadavre, source potentielles d’infections dangereuses pour les vivants et, en même temps, il est *défunt* qui interpelle la mémoire et demande le respect de ceux qui restent”.

La distinction entre *cadavre* et *défunt.e* marque cette double valence d’un même objet, et se retrouve dans la société : le mot *cadavre* y est employé dans des contextes spécifiques, professionnels ou techniques, et désigne le corps sans vie comme un objet. Alors que le terme *défunt* qualifie la *personne* décédée, et sera employé pour faire référence à elle à l’évocation de son souvenir, ou lors des funérailles où le corps est d’ailleurs souvent transformé pour gommer les stigmates de la mort, ressembler à une personne endormie plutôt qu’à un cadavre.

Une distinction populaire que le personnage de l’écrivain Fabrice Caro nomme avec une acuité singulière dans le roman satirique Samouraï (2022), lorsqu’il se retrouve fortuitement confronté un cadavre flottant dans une piscine : “Ce que je vois là n’a rien à voir avec les corps que j’ai croisés, ceux que j’ai croisés jusque-là n’étaient pas des morts, c’étaient des défunts” (p. 195). Dans ce récit fictif, la figuration du corps “mort” comme cadavre est source d’effroi potentiellement traumatique chez le personnage, là où les “défunts” vus antérieurement dans les contextes ritualisés que sont des funérailles se présentent comme des objets digestes.

Source de danger qui en même temps oblige au respect par la personne qu’il figure, Le Breton qualifie le cadavre d’“objet anthropologique non-identifié” qui “matérialise une représentation de la mort”, “lui donne un contenu concret” (p.60). Pour lui aussi il est source d’ambivalence, à la fois trace de la personne décédée et objet d’effroi.

Le psychanalyste Denys Ribas en dit que “les morts, les cadavres, les revenants sont au plus haut point étrangement inquiétants” (1996, p. 11). Il se dégagerait ainsi du cadavre une *inquiétante étrangeté*, par laquelle le corps mort de l’être aimé et perdu devient effrayant, un “familier pas comme chez soi”, cette autre traduction possible de l’allemand “Unheimliche” que théorise Freud en 1919.

Étrangement inquiétant, pour Le Breton le cadavre est aussi symbole de *saleté* du fait de la putréfaction des chairs qui le menace. Par ailleurs, dans une thèse intitulée “Nettoyer la mort”, la sociologue Élodie Fornezzo (2019) montre qu’il est plus difficile pour les professionnel.les qui ont en charge des cadavres (en l'occurrence des pompier.es et agents funéraires) de s’occuper d’un corps détérioré, montrant des signes de putréfaction ou des mutilations sévères. Dans cette recherche, les personnes interviewées ont porté notamment une attention singulière aux fluides qui s’échappent et se répandent de ces corps considérés comme “sales” (p. 81). Ici la confusion entre le dedans et le dehors du corps, inerte et passif, dont la peau et les muscles ne suffisent plus à contenir l'intérieur, semble activer une angoisse archaïque de vidage, d’anéantissement.

Cela peut être associé avec ce que le psychologue et chercheur Stéphane Amar (2012), reprenant les travaux de Brodsky (1959), considère comme une “équivalence symbolique anale de la mort” (p.69). La confrontation au corps mort revêtirait par là un caractère

pulsionnel source de défenses psychiques et deviendrait objet de dégoût par formation réactionnelle.

Le cadavre, repoussant, l'est d'autant plus que son intégrité, son unicité est mise à mal par une altération péri ou post-mortem, mobilisant des angoisses archaïques sans doute sous-tendues car des mouvements identificatoires.

c) Les bonnes et les mauvaises morts

Ces corps abîmés, marqueurs de souffrance, qui débordent d'eux-mêmes dans une confusion dedans-dehors chargée d'une pulsionnalité anale, débordent par le système de pare-excitation tel que théorisé par Didier Anzieu (1985). Ils renvoient à une représentation collectivement, socialement construite de la *mauvaise mort* qui fait effraction et peut générer du trauma.

Cette représentation d'une *mauvaise mort* s'inscrit en creux d'une représentation de la *bonne mort* où le corps n'en porte pas les stigmates, par laquelle le défunt pourrait se confondre avec l'ensommeillé comme le décrit Arthur Rimbaud dans son célèbre poème "Le dormeur du val" (1870 ; cf. Annexe 7A). Cette œuvre naturaliste écrite en plein cœur du mouvement littéraire romantique où la représentation de la mort était marquée par une *mort de l'autre* affectivée, l'auteur décrit un soldat allongé dans un paysage bucolique. Le protagoniste "étendu dans l'herbe", " bouche ouverte, tête nue, et la nuque baignant dans le frais cresson bleu" évoque une sieste en un lieu débordant d'une vie marquée par les verbes d'actions attribués à la nature en première strophe : la rivière "chante", "accroche", les rayons du soleil "moussent". La mort du soldat annoncée par le dernier vers en quatrième strophe, dans une énonciation réifiante qui tranche avec la description d'une nature vivante, presque personnifiée, vient cueillir, saisir d'effroi : "Il a deux trous rouges au côté droit". Ce changement dans l'énonciation poétique où la mort toute entière est symbolisée par ces trous comme porosité mortifère entre le dedans du corps et le monde extérieur vient dire toute l'angoisse suscitée par l'état du personnage, pourtant annoncé comme "pâle" en deuxième strophe et ayant "froid" à la fin de la troisième strophe. Mais ce contraste montre aussi comme un idéal de mort où le cadavre, paisible et semblant dormir, s'inscrit dans un paysage où la mort est tout à fait intégrée : la mort est ici représentée comme élément naturel et elle a l'apparence du sommeil.

Ce dytique de représentations met en tension la *bonne* mort comme naturelle et paisible et la *mauvaise mort* comme violente et sale. La *bonne mort* est finalement celle visée par les soins palliatifs : une mort sans souffrance physique et psychologique, mort "pacifiée" (Higgins, 2003, p. 139), sans signe ni conscience d'une agonie, comme un glissement vers le sommeil. La proposition d'une sédation jusqu'au décès en est l'incarnation la plus concrète. À l'inverse, la *mauvaise mort* serait une mort consciente, douloureuse et angoissante. C'est la

mort que veut éviter l'approche palliative, et que veulent fuir les partisan.es d'une mort maîtrisée.

Les réflexions éthiques et sociétales sur la fin de vie et le mourir animent en effet des mouvements antagonistes, qui revendiquent pourtant chacun une mort *digne*, à savoir sans souffrance et accompagnée par un *care* humaniste. C'est le cas du mouvement qui défend le droit et l'accès à des soins palliatifs en fin de vie (SFAP, 2020), mais aussi d'autres mouvements qui défendent un accès à une mort décidée, au processus physiologique contrôlé par euthanasie ou suicide assisté (ADMD, 2020). Se retrouvent dans ces mouvements de pensée collectifs la représentation de la "mort pacifiée" décrite par Higgins (2003), où *le mourant* est appelé à se montrer *héroïque* face à la mort qui survient, sa prise en soins se concentrant sur l'annihilation de toute forme de souffrance physique et psychologique. Une représentation qui tend vers une norme du bien-mourir.

De cette dialectique entre bonne et mauvaise mort découle celle entre ce qui pourrait être considéré comme *bon cadavre* ou comme *mauvais cadavre*. Le *bon cadavre* serait un corps sans stigmate de la mort, qui ressemble à la vie, objectif d'ailleurs visé par les soins funéraires contemporains. Le *mauvais cadavre*, lui, la symbolise de manière crue, effractante et potentiellement traumatisante en ce qu'il en porte la trace. Les dispositifs qui encadrent l'accompagnement de la maladie grave, de la fin de vie et de la mort jusqu'après le décès peuvent alors être regardés comme recherche sociétale d'une mort sans stigmates.

1.3.3. La mort "floue" : situations nouvelles aux limites de la vie et de la mort

a) Les concepts de vie et de mort revisités à l'aune de l'essor technoscientifique

La limite entre vie et mort a été de plus en plus repoussée par la médecine, le lieu du mourir a été déplacé en institution et ce mouvement se poursuit symboliquement à l'endroit des soins palliatifs. La mort, et par là les mourant.es comme doublement séparé.es de la société, font l'objet d'une forme de clivage qui permet aux institutions hospitalières de fonctionner comme si elle n'existait pas quand bien même sa confrontation y est fréquente.

Ainsi, un fantasme de toute-puissance paraît se prolonger dans l'exercice d'une technicité médicale qui, après avoir redéfini les critères de la mort elle-même dans un "nouveau régime de la mort" (Hamraoui, 2013, p. 45), questionne dans une perspective nouvelle la frontière entre les personnes mortes et vivantes. La mort revêt à présent un caractère de progressivité là où elle était historiquement considérée comme mouvement de rupture nette. Ses limites peuvent être repoussées artificiellement tant est si bien qu'il faille une décision pour qu'elle advienne vraiment. Pour le philosophe, les procédures de LAT font partie de ce "nouveau régime anthropologique et institutionnel de la mort, tant sur le plan médical que politique" (p.45).

Cela soulève des enjeux éthiques tout particulièrement dans les services de réanimation, dans les contextes de comas profonds et les situations qui se chronicisent aux frontières entre la vie et la mort. C'est le cas des personnes en état végétatif chronique qui parfois se réveillent sans pour autant se rétablir. Hamraoui y voit un "paradoxe saisissant" de ces "êtres vivants en état de mort apparente" qui sont en même temps des "morts en état de vie apparente" (p.52).

Des situations limites où "les frontières entre la vie et la mort […] perdent tout contour", où la personne n'est "ni morte ni vivante, ou plutôt *à la fois morte et vivante"* indique la chercheuse en philosophie Élodie Cretin (2013, p.33). Si ces personnes sont *à priori* mortes à leur vie d'avant, sont-elles alors mortes à la relation ? Celle-ci est "frappée du sceau de l'incertitude et du doute" dans cette "forme de vie où l'on ne reconnaît pas les signes de l'existence". Le corps de la personne malade est avant tout "corps vécu par autrui [...] qui vit mais qui n'existe que par l'existence que nous lui construisons par imagination et projection" (p.40). Des corps dont la présence persiste malgré l'apparence de la mort, d'une "présence vide", d'une "présence impossible" (p. 37). Mais c'est pour l'autrice précisément cette présence-là qui "oblige au soin" (p. 40).

Ainsi, dans ces situations limites entre la vie et la mort, "la difficulté principale des soignants réside dans cette multiplicité déconcertante des figures de la mort" et les "espaces de paradoxes qu'elles engendrent" (p. 43). Une dimension particulièrement intéressante en ce qui concerne les soignant.es du champ paramédical qui poursuivent et portent alors le *care* des soins de nursing au quotidien, au plus au près des patient.es.

Cette réflexion fait aussi sens concernant **les personnes en fin de vie qui par la dégradation de leur état général ou par sédation palliative deviennent absentes dans la relation**. Elles sont en effet, bien que toujours vivantes d'un point de vue physiologique, peu ou pas accessibles aux interactions qui constituent le socle vivant de la relation. Il s'agit de personnes en phase agonique, cette séquence pré-mortem analysée par Schepens, vivantes mais dont la mort si proche affleure par les symptômes dont témoigne le corps mourant. Ces situations, pour le moins courantes puisque la plupart des français.es décèdent à l'hôpital suite à une maladie évolutive, peuvent aussi être envisagées dans cette perspective de situation où la limite entre vie et mort se fait moins nette.

La mort est redéfinie en quelque sorte par ces situations limites entre vie et mort qui résultent de la réanimation. Là où du Moyen-âge au XXème siècle la population redoutait une apparence de mort qui entraînerait une inhumation prématurée, la technicité de la médecine entraîne nombre de situations floues entre la vie et la mort comme le maintien artificiel de l'activité cardio-respiratoire, le polyhandicap chronique en sortie de réanimation, ou encore des personnes en état pauci-relationnel ou végétatif chronique dont seuls persistent les fonctionnements réflexes du cerveau, sans signes de conscience et qui ne peuvent témoigner d'une vie psychique en mouvement. Ces situations viennent interroger les définitions même de la vie et de la mort (Kentish-Barnes et Valy, 2013).

b) Des médecins pour transcender la mort ?

La place prise par les médecins au fil de leur histoire les a mis.es en position de pouvoir sur l'autre. Cela est lié à l'asymétrie relationnelle de la médecine du *cure*, mais aussi au rôle juridique qui leur est conféré par les différentes lois sur les droits des malades notamment en fin de vie. ***Décider* du moment où cette médecine du *cure* devient déraisonnable et doit s'effacer au profit du *care*, quand bien même cette décision repose sur une concertation pluridisciplinaire et sur la volonté exprimée des malades, est une place difficile et lourde de responsabilités**. Les modalités de cette prise de décision viennent sans doute nuancer cette position de toute-puissance sur l'autre et étayer les médecins face à cette responsabilité au regard de la vulnérabilité des malades les plus graves. Après le décès, c'est encore le ou la médecin qui en *atteste* juridiquement, ce qui relève à nouveau d'une position toute singulière, d'un pouvoir et d'une responsabilité vertigineuse vis-à-vis des personnes malades puis défuntes.

À l'extrême de ces considérations, le mouvement philosophique du transhumanisme comme "courant d'idées [qui] entend promouvoir l'usage des sciences et des techniques en vue d'améliorer et augmenter les capacités physiques et mentales des êtres humains, de prolonger considérablement la durée de vie, bref de libérer l'homme des limites de sa condition" (Damour et Doat, 2018, p.13) interroge la notion même de limites humaines, y compris celle de la finitude. Ce projet de dépassement des capacités humaines, marqué par une logique de toute-puissance, parle d'un fantasme de prolonger la vie le plus longtemps possible comme véritable négation de la mort (Jandrok, 2020).

Aujourd'hui, dans un mouvement plus pondéré, le développement des techniques pharmaceutiques et chirurgicales laissent fantasmer une puissance surhumaine, dans une vision mécaniste du corps où les techniques transplantatoires considèrent les organes comme des pièces mécaniques qui se remplacent. Une acception de la vie humaine qui suscite de nombreuses tensions éthiques, sans doute en ce que le fantasme d'immortalité qui les sous-tend vient questionner notre structuration psychique marquée par la castration, par laquelle nous nous soumettons aux limites que nous impose l'existence et redoutons le châtiment en cas de transgression.

Ainsi la mort n'est plus le temps de la rupture, ne résulte plus comme conséquences de la nature. Les définitions et législations sur les soins palliatifs préconisent d'ailleurs une abstention technique qui restituerait une forme de caractère "naturel" à la mort. Un "régime de la mort" qui redéfinit le sens et les finalités des actions soignant.es et entre sans doute en compte dans les processus psychiques qui conduisent à un sentiment d'échec. Mais cette dynamique permet aussi de structurer les pratiques par une approche palliative relativement balisée, concertée et portée en équipe.

En conclusion : Du rapport à la mort au rapport au mourir et à la perte

Dans l'optique de lutter toujours plus contre les causes de la mort, le développement de la médecine anatomo-clinique a considérablement modifié notre rapport à celle-ci. Il a permis de réduire la morbidité et la mortalité liée aux maladies infectieuses, mais aussi des autres maladies somatiques et des déficiences d'organes. La durée de la "séquence pré-mortem" a augmenté (Schepens, 2013, p. 10), la chirurgie *répare* les fonctions lésées ou déficientes du corps, la réanimation peut rendre l'arrêt cardiaque *réversible*… Une évolution qui augmente l'espérance de vie et peut souvent en améliorer les conditions, mais qui a aussi entraîné des situations de survie artificielle ou dans des états sans autonomie fonctionnelle, expression de la conscience ou vie relationnelle, qui redéfinissent les critères de la mort et en questionnent les limites.

Cette évolution de la médecine technoscientifique, marquée par le trauma des grandes pandémies qui la renvoient à ses limites comme à une impuissance, a amené une construction toujours plus structurée d'une démarche palliative. Elle porte une attention globale sur la personne qui va vers une mort inéluctable. Cela souligne la singularité du sujet face à une médecine d'organe qui, poussée à l'extrême, a pu dans son histoire se focaliser sur la maladie au détriment de la personne malade. Le mouvement des soins palliatifs a finalement concouru à une réhabilitation de la personne malade comme sujet au centre de ses soins, en même temps qu'elle renforçait paradoxalement une mise à l'écart des personnes mourantes aux confins de la société.

C'est aussi un mouvement qui va dans le sens d'un idéal de la mort sans signes, véhiculé par les médias et la culture, qui s'inscrit dans la continuité de la "mort interdite" décrite par Ariès. Une acception de la mort qui entrave sans doute le nécessaire *travail des morts* dans notre société (Laqueur, 2018). Le décès, la mort sortie du domicile, doit correspondre à un idéal de représentation, à une mort apaisée. Au paroxysme de l'autonomisme, d'autres états ont choisi de légiférer pour un droit à décider de sa propre mort. Le suicide assisté en Suisse, l'euthanasie en Belgique, Hollande, Oregon (US) et plus récemment au Québec, donnent aux malades incurables le choix d'une mort plus maîtrisée, dont la temporalité et le processus physiologique sont contrôlés. Là encore, les stigmates de la mort sont lissés par le choix de molécules pharmaceutiques spécifiques, ses signes estompés, jusqu'à sa survenue qui est décidée par avance.

Il existe aussi des morts plus interdites que les autres, pour lesquelles il n'existe pas de structure de soins palliatifs qui pourrait en porter la représentation et venir en circonscrire l'angoisse. Il s'agit notamment de la mort des plus jeunes. La mort des enfants et des nouveaux-nés, parfois des fœtus avant même la naissance, atteint le paroxysme de ce tabou alors même que jusqu'au XXème siècle, avant que les techniques médicales améliorent considérablement la survie des plus jeunes, un nouveau-né sur quatre décédait, et que d'après

l'ONU (2020) dans le monde un bébé né sans vie toutes les seize secondes, très majoritairement dans les pays les plus pauvres.

Difficile à penser dans notre société, comment accompagner ces véritables *morts insupportables* qui renversent l'ordre générationnel ? La sociologue Catherine Legrand-Sébille (2013) décrit par exemple comme il est difficile pour une équipe soignante de s'organiser, de penser et coordonner ses pratiques dans des services confrontés à la mort d'adolecsent.es. Le regard clinique de Sophie Fradkin, Elise Ricadat et leur équipe de recherche en psychopathologie psychanalytique (2014 ; 2017) montre aussi un exemple très actuel de la complexité des processus psychiques en jeu chez les soignant.es lorsqu'une personne adolescente ou jeune adulte vient à mourir dans un service d'oncologie.

Ces morts insupportables entraînent des deuils impossibles, d'une extrême complexité (Soubieux, 2008). La faisabilité d'un tel travail psychique, au sens de processus d'intégration de la perte, interroge les clinicien.nes (Huche Texier-Lory et Bourdet-Loubère, 2019). Comment se représenter alors le travail des soignant.es qui accueillent et accompagnent ces fin de vie, ces deuils ?

Peu de recherches existent sur le sujet, et sans doute serait-il intéressant de se pencher sur cette impossible confrontation des professionnel.les à la mort des plus jeunes. Le travail préliminaire, appuyé sur la clinique de la psychologue et psychanalyste Monique Prieur-Bertrand (2001), en donne un aperçu par une étude de cas sur la confrontation d'une équipe de maternité à une mort périnatale. Elle y analyse une situation d'accompagnement de deuil périnatal qui met les équipes soignantes de maternité et de pédopsychiatrie en difficulté. Sa conclusion est que la démarche d'inventer ensemble, en équipe, un cadre de pratique spécifique permet aux équipes de supporter le coût affectif de ces pratiques.

La mort touche l'intime, l'institutionnel, et le social. C'est une question prise dans et par l'histoire d'une société. Mort interdite, taboue, mort floue ou insupportable, il n'est pas facile de libérer une parole sur cet impensable (Freud, 1915) alors même qu'en élaborer une pensée pourrait aider à juguler l'angoisse de cette inévitable confrontation (Bacqué, 2010). Il n'est pas facile de parler de la mort, il l'est nécessairement encore moins d'y être confronté.e. En tant que sujet bien sûr, propos qui sera développé dans l'Axe II du contexte théorique de cette recherche, mais aussi en tant que professionnel.le en ce qui concerne les soignant.es, ce qui sera abordé dans l'Axe III.

AXE 2 : Éléments psychopathologiques autour du mourir et de la mort

L'Axe I du contexte théorique qui entoure cette recherche a balisé de quelques jalons le rapport collectif à la mort en société occidentale. Il est complexe et marqué par l'angoisse et le tabou, entre gestion et déni de cet impensable.

L'Axe II propose de resserrer la réflexion à l'échelle du sujet. Après avoir étudié le rapport social à la mort, il s'agit de s'approcher de sa dimension subjective, à l'échelle de l'individu que la psychanalyse considère comme sujet. Il s'agira d'appréhender les enjeux psychologiques et psychodynamiques autour de la question de la mort dans la vie psychique pour tout sujet, des processus mobilisés par la confrontation au risque ou au pronostic létal pour un sujet donné, et du rapport à la perte chez les sujets endeuillés après la mort d'une personne affectivement investie.

2.1. Vivre et mourir : place de la mort dans la vie psychique

La question de la mort se pose pour tout sujet et son traitement psychique se construit et s'actualise au fil de l'existence et des événements de vie qui la jalonne. Lorsque sa perspective devient plus concrète, cela entraîne des processus spécifiques. Plusieurs conceptualisations proposent des modèles pour appréhender la dynamique complexe et sensible du mourir. Considérer le mourir sous le prisme de la perte narcissique et objectale offre des perspectives éclairantes de façon complémentaire.

2.1.1. La mort dans la psyché

a) Quelle pensée sur la mort ?

Comme vu précédemment, la question de la mort est au cœur de débats philosophiques depuis l'Antiquité, et cela concerne aussi l'expérience personnelle de la confrontation à l'idée de la mort et de la finitude. Ainsi le philosophe matérialiste Épicure en dit :

"Familiarise-toi avec l'idée que la mort n'est rien pour nous, car tout bien et tout mal résident dans la sensation : or, la mort est la privation complète de cette dernière […]. Ainsi, celui des maux qui fait le plus frémir n'est rien pour nous, puisque tant que nous existons, la mort n'est pas, et que la mort est là où nous ne sommes plus."

Ce propos résonne avec le philosophe plus contemporain Jankélévitch bien qu'il ne s'inscrive pas dans un courant matérialiste : "La mort nous arrive, mais la mort elle-même, à proprement parler, nous ne l'éprouvons pas" (1977, p. 240). Dans son œuvre *La mort* largement dédiée au sujet, l'auteur commence d'ailleurs par se référer à un autre philosophe antique : "Platon a raison : il n'y a, littéralement, rien à savoir dans la mort" (p. 39). Il distingue trois temps du rapport à la mort en tant qu'individu : le temps avant la mort où celle-ci est impensable bien qu'elle concerne chacun.e, l'instant mortel où l'être entier est annihilé qui ne peut être figuré et l'après-mort marquée par le néant.

Une acception de la mort comme impensable qui rejoint le discours psychanalytique ayant émergé dans les premières décennies de la psychanalyse, à une période bien particulière de l'Histoire : pendant la Première Guerre mondiale. Ce conflit, dont l'Europe a été le principal théâtre, a en effet marqué l'Histoire par sa violence. Violence liée à la technicité de l'armement industriel largement déployé par les belligérants, une exceptionnelle mortalité en découla ainsi que de l'épidémie de Grippe espagnole comme vu précédemment. Cette mortalité constitue un véritable trauma collectif pour l'Europe aux prises quatre années durant avec ce conflit international, la pauvreté et l'épidémie qui dévastèrent populations civile et militaire.

C'est dans ce contexte que Freud, lui-même pris dans les privations résultant de la guerre et voyant ses propres fils mobilisés au combat, dans un état de "désillusion" (1915a, p.10), développe une première pensée psychanalytique sur la mort. Des liens étroits entre les confrontations personnelles de Freud à la mort et à la perte ont pu être relevés dans ses productions théoriques (Amar, 2008 ; Kamieniak, 2011). Non pas comme des liens de causalité directe, mais ces événements que constituent la guerre et le décès de sa fille à la fin de celle-ci peuvent être considérés comme des catalyseurs d'une réflexion déjà à l'œuvre dans les écrits de l'auteur (Couliou, 2007).

Considérations actuelles sur la guerre et la mort (1915a) et *Deuil et mélancolie* (1917) émergent dans cet entrelacs entre Histoire et histoire. La première œuvre propose une théorisation de la confrontation à la mort propre, et la seconde à celle des autres comme objets investis d'un point de vue affectif puis perdus. Auparavant, la mort était traitée dans l'œuvre freudienne en lien avec d'autres concepts qu'il développe à différents moments de son écriture, autour de l'angoisse et du complexe d'Œdipe notamment (Ribas, 1996).

En 1915, Freud analyse sous le nouveau prisme de la guerre une tendance à "écarter la mort, à l'éliminer de notre vie" (p.18), c'est-à-dire à la dénier. Il en déduit que l'inconscient "se conduit comme s'il était immortel" (p.25), que "dans son inconscient chacun est persuadé de sa propre immortalité" (p. 19). Freud conçoit donc la mort comme irreprésentable : "Il nous est absolument impossible de nous représenter notre propre mort", ce qui a par exemple pour effet que "toutes les fois que nous l'essayons, nous nous apercevons que nous y assistons en spectateurs" (p.20).

Cette conceptualisation tranchée d'une irrémédiable impossibilité à se représenter sa mort propre, à en construire une représentation en pensée, a donné matière aux praticien.nes et théoricien.nes de la psychopathologie psychanalytique. Le docteur en psychologie clinique et psychologue en soins palliatifs Stéphane Amar dit encore aujourd'hui que cette impossibilité de se représenter sa propre mort est liée à "l'incompatibilité du négatif avec les propriétés de l'inconscient" (2008, p.16), s'appuyant sur les travaux d'André Green (1993).

Quelques années plus tôt, la docteure et psychanalyste Gabrielle Rubin précise dans la continuité de la pensée freudienne :

"Lorsque Freud, un non-croyant, nous dit que l'inconscient ne peut concevoir l'idée de mort - de sa propre mort - c'est bien sûr parce que dès lors que la plus infime des particules existe le néant disparaît : l'être et le néant sont aussi exclusifs l'un de l'autre que le sont la matière et l'antimatière ; c'est dire que tant que nous sommes en vie il nous est impossible de penser notre anéantissement" (1996, p. 211).

L'autrice distingue finement la place de la mort propre dans la vie psychique par rapport à celle de la *mort de l'autre*, à savoir la question du deuil :

"La *mort de l'autre* au contraire, aussi douloureuse soit-elle, est naturellement concevable puisque nous-mêmes et le reste de l'univers continuons d'exister. L'« autre » que nous aimions a disparu mais, quelle que soit la profondeur de notre blessure, cela ne représente qu'une toute petite égratignure sur le continuum du vivant et ne ressemble en rien au vide absolu que créerait - pour nous - notre propre mort. [...] la *mort de l'autre* n'est pas liée à l'idée de néant, à la terreur du vide absolu" (p. 211).

La perte de l'autre peut entraîner une souffrance psychique immense. Mais elle reste accessible à une élaboration en ce qu'il s'agit d'une perte objectale. Elle se différencie de la *mort de soi* qui, elle, confronte au néant et donc à l'impensable, et qui peut être appréhendée psychiquement de loin en proche sans pouvoir se la représenter vraiment.

Inaccessible à toute forme de représentation, les premières conceptions psychanalytiques de la mort et celles qui s'en inspirent depuis considèrent qu'il est impossible au sujet d'élaborer la question de sa propre mort, qui serait appréhendable uniquement par le prisme de la *fiction*. Mais ce n'est pas pour autant que la mort est absente de la vie psychique.

En 1920, Freud poursuit sa conceptualisation de la mort comme événement qui a déjà eu lieu : la mort existerait dans la vie psychique comme état qui précède la vie. C'est cette dimension qui tendrait à être symbolisée par le discours sur la mort.

La psychanalyste contemporaine Marilia Aisenstein considère par ailleurs que "la mort pourtant régit la vie et par conséquent la vie psychique" (1996, p. 81) dans son article intitulé *Une maladie mortelle et sexuellement transmissible : la vie*. Ce choix de titre illustre l'intrication entre mort et sexualité pointée par Freud (1908) avant même de conceptualiser

la question de la mort propre. La psychanalyste souligne d'ailleurs dans ce même article le rapport paradoxal à la mort en ce qu'elle angoisse et "fascine" en même temps (p. 77).

Dans une perspective qui peut apparaître complémentaire, le psychiatre et psychanalyste Franco De Masi tend à considérer que la mort, bien qu'à proprement parler impensable, existe dans la psyché comme un point aveugle. Le sujet aurait accès à une forme de perception des limites de son existence qui entraînerait une "angoisse non manifeste [...] continûment présente" (2010, p. 105) caractérisée par de la peur et des inquiétudes. Ici la dimension négative de la mort dans la psyché (Green, 1993 ; Baldassaro, 2017) est conceptualisée comme un trou de pensée qui impacte le fonctionnement psychique à des niveaux conscients et inconscients.

Cette place en creux de la présence négative de la mort dans la psyché pour De Masi génère une angoisse traumatique. C'est une angoisse de mort présente toute la vie comme en trame de fond, pour laquelle Amar propose "d'envisager une dimension archaïque, ou primitive de l'angoisse de mort, dans un en deçà de l'angoisse de castration, une angoisse de l'infans encore privé de parole" (2008, p. 218). Cette angoisse de mort éminemment archaïque, en-deçà de la parole, peut être regardée dans une acception lacanienne comme précédant le langage qui structure la construction psychique.

Ainsi, une forme de symbolisation de la mort à partir de ce point aveugle serait possible et susciterait de l'angoisse. De Masi interprète la pensée freudienne sur la mort comme une notion d'*amortalité* plutôt que d'immortalité. Ici le préfixe *a*- témoigne d'une "sorte de cécité" (p. 102) liée à ce point aveugle, à l'endroit du temps qui en s'écoulant rapproche inexorablement de la mort.

La mort personnelle comme perception des limites de sa propre existence rejoint la conception du psychanalyste Christian David qui parle de "représentation anticipatrice de la mort" sur le mode du virtuel qui "exerce périodiquement une action traumatique génératrice d'angoisse" (1996, p.24). Dans la perspective du complexe de castration, les représentations anticipatrices de la mort vont former une "scène ultime" (p. 28), symboligène de la castration à l'instar de la scène primitive.

Pour De Masi, c'est cette perception des limites de l'existence constitue un événement traumatique en ce qu'elle déborde les capacités de pensée, d'intégration du psychisme. Contre ce trauma, le psychisme se défendrait par le clivage et le déni : d'une part, "la perception de la mort doit être clivée car elle constitue un traumatisme excessif pour la pensée" (p. 104), d'autre part, la nature traumatique de l'angoisse de mort qu'elle suscite est un "objet indigestible". Ne pouvant être élaboré, ce trauma ne peut pas être oublié ni faire l'objet d'un refoulement qui demanderait préalablement un accès à la conscience. Aussi doit-il être nié, le psychisme continuant de fonctionner comme s'il n'existait pas, ce qui ne veut pas dire que la mort n'a pas de place dans la psyché.

Cette mise en tension entre clivage et déni de la question de la mort dans la psyché, le psychanalyste Michel De M'Uzan la figure comme une véritable instance qu'il nomme le "moi du Moi" (1996, p. 35). Partie du Moi détachée par clivage, elle a "la charge d'endosser entièrement et de préserver sans faille, la reconnaissance du caractère rigoureusement mortel de tout ce qui vit". Aussi la connaissance de la finitude est maintenue à l'écart de façon protectrice. Un mode de fonctionnement qui rejoint les acceptions sociétales du rapport à la "mort interdite" d'Ariès.

Cette dimension archaïque inélaborable fait trauma en ce qu'elle a trait à la néantisation du sujet (Wainrib, 1996). C'est une véritable angoisse "identifiable à l'angoisse psychotique" (Pasche, 1996, p. 49) qui peut être considérée comme une angoisse automatique (Laplanche et Pontalis, 1967) liée à la question de la mort dans la psyché. Cette angoisse archaïque vient s'opposer au "fantasme d'immortalité inhérent au narcissisme primaire" (Amar, 2008, p. 216). Cette affirmation montre un point de jonction entre archaïsme et jouissance à l'endroit où la menace de disparition qui contribue au fonctionnement psychique rencontre en venant s'y opposer la question de la toute-puissance liée au narcissisme primaire. Ce point de rencontre met en tension la dimension angoissante de la mort avec la question de Désir.

b) Mort, désir et jouissance

Irreprésentable à proprement parler, la mort existe dans la psyché et participe à son fonctionnement. Source d'angoisse et de trauma, elle aurait aussi à faire avec la question du désir dans sa quête de jouissance.

Dans un numéro de la Revue française de psychanalyse intitulé *La mort dans la vie psychique* (1996) dont plusieurs articles ont précédemment été cités, le psychanalyste Steven Wainrib dialectise ce rapport entre mort et jouissance par une mise en lumière de la dimension négative du désir, dans la continuité des travaux de Green (1993). Dans sa quête d'extinction de la tension par la décharge, le désir comprendrait en effet une forme de négativité en lien avec la dialectique Éros et Thanatos, visant à la fois la jouissance et l'anéantissement de l'excitation.

Wainrib renvoie dos à dos menace de néantisation et fascination de l'anéantissement dans ce qu'il appelle une "extase du vide", soit une jouissance "de l'immatérialité, de la transparence, de la dissolution de toute forme happée par les vertiges de l'illimité, de l'irréalisation" (p. 70). Le néant peut être donc à la fois source d'angoisse, archaïque, et en même temps s'intriquer dans la quête désirante du sujet : "l'affirmation d'une pure positivité de l'identité en soi", c'est à dire affirmer que la quête de toute-puissance du narcissisme primaire nie la négativité du désir, "ne pourrait s'achever que dans le non-être" et constituerait donc le véritable anéantissement du sujet.

L'auteur ajoute que chez le sujet névrosé, cette négativité du désir dans le rapport au néant est comme voilée par le complexe œdipien où "l'interdit, l'inceste reste ardemment désiré dans les termes d'une pure positivité de la jouissance, ce qui masque le négatif de sa visée d'extinction du désir" (p. 73). Ici le rapport archaïque au néant revêt une dimension plus secondarisée, et la jouissance primaire liée à la négativité du désir et à la pulsion de mort s'intrique dans le désir de transgression de l'interdit de l'inceste. L'auteur relève par ailleurs le lien qui unit les motions du double interdit qui structure notre société : l'interdit du meurtre et l'interdit de l'inceste. Ce rapport éclaire un peu plus l'intrication entre vie et mort dans la structuration du sujet et dans une acception plus globale de la civilisation.

Cette place de la mort dans la question du désir chez le sujet névrosé est à rattacher à la conception freudienne de l'angoisse de mort comme "analogon de l'angoisse de castration" (1926, p. 44). Wainrib lie en effet cette conception à ce que Freud considère comme irreprésentabilité de la mort, ce dernier expliquant que :

"Dans l'inconscient, il ne se trouve rien qui puisse donner un contenu à notre concept d'anéantissement de la vie. La castration devient pour ainsi dire représentable par l'expérience quotidienne de la séparation d'avec le contenu intestinal et de la part du sein maternel, vécue lors du sevrage ; mais quelque chose de semblable à la mort n'a jamais été vécu ou bien n'a laissé, comme l'évanouissement, aucune trace décelable. C'est pourquoi je m'en tiens fermement à la supposition que l'angoisse de mort doit être conçue comme analogon de l'angoisse de castration, et que la situation à laquelle le Moi réagit est le fait d'être délaissé par le Surmoi protecteur – les puissances du destin – par quoi prend fin l'assurance contre tous les dangers" (1920, p. 246).

Ce lien entre mort et castration devient presque littéral chez Green, la menace de castration opère symboliquement comme menace de mort par la cessation totale et définitive du désir. Rapprochement qui a amené l'auteur à considérer que dans l'inconscient, "castration vaut pour mort" (1995, p. 122).

La question de la mort dans la psyché génère donc une angoisse archaïque qui peut être traumatique, mais s'inscrirait aussi de manière plus secondarisée dans une angoisse de castration. En ce que la mort implique une séparation d'avec tous les objets investis, la transgression expose au danger de ce châtiment suprême qu'est la mort par l'abandon du Surmoi né de la soumission à l'Interdit.

c) Quand mourir devient réel : effets et enjeux des annonces médicales

Lorsque la menace de mort devient réelle, ces angoisses primaires et secondaires, angoisse de mort comme néantisation et angoisse de castration, sont tout particulièrement activées. Un temps spécifique vient cristalliser cette activation : l'annonce diagnostique de la maladie grave à pronostic ou à risque létal.

La médecin spécialisée en soins palliatifs Marie-Sylvie Richard dit que par cette annonce, le patient atteint d'une maladie à fort potentiel létal est "menacé en son corps dont il éprouve le morcellement et l'impossible maîtrise, menacé en son identité sociale et familiale, […] éprouve l'angoisse d'une désintégration qui atteint son être-même" (2003).

Ce temps singulier dans le parcours des malades a été l'objet de nombreux travaux pluridisciplinaires depuis les années quatre-vingt, période d'essor de la pandémie de VIH et de façon concomitante du mouvement des soins palliatifs. En psychologie clinique, peuvent être cités les travaux fondateurs en matière d'accompagnement psychologique de l'annonce médicale de Martine Ruszniewski (1995 ; 2015).

La psychologue et psychanalyste a décrit finement, à partir de sa clinique, les processus psychiques suite à l'annonce d'une maladie au pronostic létal chez les malades et aussi chez les soignant.es. Elle explique l'équilibre où l'angoisse comme forme de souffrance initiale est rattachée à un ensemble de représentations imaginaires et fantasmatiques de la maladie grave et de la mort, dont la forme consciente est la "peur de la mort" (1995, p.8) dont la forme est influencée par la culture, comprenant la peur de la souffrance, de la dégradation corporelle, etc.

Les premières annonces qui ouvrent sur des investigations médicales puis sur des diagnostics vont mettre à mal cet équilibre, augmenter l'angoisse et générer des mécanismes de défense spécifiques le plus souvent massifs (dénégation, annulation, isolation, déplacement, maîtrise, régression et sublimation). Pour limiter le débordement par l'angoisse et ne pas mettre en échec les défenses psychiques, l'autrice préconise que les annonces médicales soient progressives, opèrent par pallier pour laisser le temps à la personne d'intégrer, à minima de supporter le message impossible qui lui est délivré (2015).

Parallèlement, pour la psychanalyste et psychosomaticienne Anne-Marie Merle-Beral l'annonce de mort constitue en soi, et quoi qu'il en soit, une effraction traumatique (1996). L'annonce d'une maladie mortelle viendrait en effet effondrer "l'illusion d'omnipotence et d'immortalité" (p. 82) entretenue par les défenses psychiques issues du complexe de castration. En conséquence, "l'espace-temps infantile éternel explose avec l'irruption de la temporalité" qu'entraîne l'annonce de la maladie mortelle, et "l'immense douleur qui accompagne le sentiment nouveau de finitude est aussi celle de la prise de conscience de l'impuissance fondamentale" (p. 83). Elle ajoute que "ce choc engendre un trouble identitaire majeur chez le malade", transitoire, qui va entraîner ce qui peut être regardé comme un clivage : un ensemble de représentations mentales vont former un "Soi malade" considéré comme "étranger à lui-même". Ce "Soi malade" s'adjoint au "Soi sain" qui le précède et va forcer un impossible travail de deuil du Soi sain. De ce "trouble identitaire" émerge un mécanisme de sidération qui suspend tout dans la psyché, lié à l'impossibilité de projeter le mauvais objet qu'est le "Soi malade" au dehors.

Ce mauvais objet interne impossible à projeter qui sidère et génère le sentiment d'être étranger à soi-même peut là encore faire penser à la notion freudienne d'*inquiétante*

étrangeté (1919) : par l'annonce du potentiel létal, le sujet deviendrait étrangement inquiétant à lui-même.

Pour Merle-Beral, dans les temps qui suivent l'annonce médicale vont se mettre en place des bénéfices primaires et secondaires liés à la maladie. Après cette phase de sidération, des réactions défensives vont permettre, par le retour de la capacité de projection, d'"éjecter le trouble identitaire plutôt que l'élaborer" (p. 83-84), ce qui implique pour l'autrice qu'un travail psychique d'élaboration du mourir semble impossible.

Ce mouvement de remobilisation défensive s'accompagne d'une réactivation de la problématique passivité/activité qui se caractérise par une "tentation de la chute mélancolique, mouvement régressif passif d'abandon mortifère et de l'Éternel retour à la Mère primaire et le déni pathologique, reliquat de l'omnipotence infantile effondrée, traduit par l'hyperactivité pseudo-autonome qui fait fi de l'aide d'autrui" (p. 84). Dans ce contexte, le rôle des médecins sera pour elle de pouvoir incarner à la fois une figure maternelle et paternelle : "tantôt réanimateurs stimulants de nature paternelle" qui rend "au patient sa liberté intérieure et une relative maîtrise du processus de la maladie et du soin de lui-même", "tantôt étayages, points d'appui suffisamment fiables et objets de contention pare-excitants de nature maternelle" qui permettent "au malade de régresser, d'être porté et supporté à certains moments nécessaires et de pouvoir déléguer les décisions thérapeutiques qui dépassent ses possibilités psychiques à cet instant".

Ces cliniciennes soulignent les implications psychiques de l'annonce mortelle qui dit la mort qui arrive et majore l'angoisse jusqu'au possible trauma, et en même temps le rôle des médecins qui annoncent et accompagnent. Dans cette mouvance de pensée, la psychologue et enseignante-chercheuse Marie-José Del Volgo a d'ailleurs élaboré avec ses partenaires pluridisciplinaires un dispositif spécifique d'accompagnement de l'annonce médicale nommé *l'instant de dire* (1997).

Une grande mobilisation des professionnel.les accompagnent cliniquement ces temps d'annonce médicale en réaction aux puissantes mobilisations psychiques auxquelles ils et elles sont confronté.es face aux patient.es. Il n'est pas facile d'occuper cette place de dire et d'accueillir ensuite les mobilisations psychiques qui réagissent à cette parole, la souffrance qui en découle. Amar décrit ainsi à partir de sa pratique en soins palliatifs à quel point "l'angoisse est, avec la réaction dépressive, l'une des manifestations les plus fréquentes" de la souffrance psychique à l'annonce d'une maladie au potentiel létal (2008, p. 218).

Pour le psychologue clinicien et chercheur spécialisé en soins palliatifs Jérôme Alric, c'est d'ailleurs en soi le discours médical sur la mort qui fait trauma en ce qu'il communique un en-trop de savoir et par là paralyse la pensée (2016). S'appuyant notamment sur les travaux de Gori (2001 ; 2005) et Del Volgo (2005), l'auteur relève de sa clinique en USP "un avant et un après l'annonce de maladie grave à pronostic létal" (p.47). "La menace de mort", véhiculée par ce "dire", "semble installer le patient dans une sidération qui empêche tout mouvement de pensée", ce qui rejoint le point de vue de Merle-Beral. C'est en cela que l'annonce médicale

fonde “un instant charnière pour la subjectivité”. Le risque qui en découle est que la psyché soit "encapsulée dans cette dynamique mortifère” entre attente anxieuse et résignée de la mort et “désir de vivre pleinement l’expérience de sa propre fin”.

C’est parce que les enjeux des annonces médicales sont tels que “le médecin doit transformer son savoir médical et scientifique en parole humaine et subjective” (Ruszniewski et Rabier, 2016, p.9). Mais “pour cela, le médecin doit prendre le risque de la rencontre, devenir un sujet médecin en face d’un autre sujet qui est malade”.

2.1.2. Le temps du mourir comme travail psychique vivant

a) De quel travail parle-t-on ?

Dans la vie psychique, la question de la mort a dans un premier temps été théorisée d’une part du côté de l’angoisse qu’elle suscite et d’autre part du côté de son intrication pulsionnelle dans la dialectique Éros et Thanatos et dans la part de négativité du désir. Après Freud, les théorisations psychanalytiques autour de la mort dans la vie psychique se sont heurtées au concept d’irreprésentabilité de la mort. Si la question du deuil, à savoir de la perte objectale qui découle de la mort, a été largement étudiée, les processus psychiques en jeu chez le sujet mourant ont été abordés dans un second temps.

En préambule, il est important de prendre le temps de définir cette notion de *travail*. La mort fait partie de la vie psychique, en est à la fois un agent de liaison et de déliaison. Apprendre une maladie grave, au potentiel létal, a un potentiel traumatique particulièrement important, génère de l’angoisse et des mouvements défensifs. Le psychisme va mobiliser une énergie considérable pour faire face à cette réalité qui s’impose : c’est cette dynamisation psychique qui met sur la voie d’un véritable *travail*.

Dans sa thèse en 1987 puis dans des travaux ultérieurs, Jean Louis Pedinielli définit le *travail de la maladie* (1994) comme processus psychique spécifique réactionnel à l’annonce d’une maladie grave. Ce travail tend à la fois vers le travail de rêve selon Freud, qui permet une transformation du contenu psychique latent en contenu manifeste, et celui de deuil qui permet une intégration progressive de la perte.

Il est inauguré par la maladie en tant qu’expérience qui génère une mise à l’épreuve et donc une mise au travail psychique en réponse. Il s’agit d’un *travail* en ce que va se mettre en place un “ensemble d’opérations psychiques réalisant une forme d’élaboration de l’événement a-sensé qu’est la maladie pour l’appareil psychique” (p. 170) : c’est cette impossible menace d’une mort irreprésentable et en même temps menaçante qui va entraîner une mobilisation psychique exceptionnelle. La visée de ce travail est “la transformation de l’atteinte organique en atteinte narcissique et en douleur psychique, et qui permettent un réinvestissement libidinal de soi, du corps, de l’extérieur” (p. 171).

Face à la déliaison traumatique de l'annonce d'une maladie grave, le travail de la maladie permet l'accès à une parole par laquelle les pertes associées à la maladie vont être progressivement intégrées et dépassées. Cette élaboration permet une continuité de la vie psychique ébranlée par la proximité avec la mort et apparaît ainsi comme une réaction défensive, un moyen de survie psychique.

Le travail de la maladie s'inaugure par l'annonce d'une maladie, indépendamment du pronostic létal de celle-ci ou du degré de certitude d'un tel pronostic. Ce concept permet d'avancer vers les spécificités des processus psychiques au regard de la mort annoncée. Car si apprendre une maladie grave est vecteur d'un travail psychique qui mobilise une large partie de l'énergie du sujet, apprendre sa mort à venir revêt des spécificités propres.

Pour De Hennezel, "la menace de mort est un révélateur de notre véritable intériorité, dans la mesure où elle nous renvoie à notre capacité de nous ressouvenir de ce que nous sommes réellement, un être humain voué à la mort, confronté à la question de son origine et de son devenir. Nous sommes alors renvoyés aux vraies questions concernant le sens de notre vie" (2000, p. 63). Pour cette clinicienne pionnière en USP, le choc initial de la mort annoncée mobilise un travail psychique qui relève sans doute du travail de la maladie, mais revêt une singularité toute particulière au regard du pronostic létal affirmé.

Cette particularité clinique de la fin de vie amène la psychanalyste Marie-Frédérique Bacqué à circonscrire un champ clinique et de recherche particulier : la "psychologie de la mort" (2011, p. 22). Elle décrit ce versant particulier de la psychologie clinique qui "étudie les fantasmes individuels de mort, ceux dans lesquels, une personne à qui l'annonce d'une maladie grave a été faite brutalement, va plonger, un condamné à mort va errer" (p.22), ce qui va entraîner des "attitudes spécifiques". Ces "attitudes" sont liées à des processus psychiques singuliers à rattacher aux représentations sociales et culturelles de la mort, qui elles-mêmes influencent différentes expressions psychopathologiques comme par exemple "les délires mélancoliques, les provocations suicidaires, les pulsions meurtrières…" L'autrice précise :

"La psychologie de la mort ne se réduit pas à la psychologie des mourants, car elle reposerait sur peu de choses généralisables, elle n'étudie pas l'expérience de la mort car elle ne pourrait ni la décrire ni l'analyser. Il n'y a pas d'expérience de la mort, si ce n'est de celle d'autrui. La psychologie de la mort ne peut pourtant pas non plus se résumer à la psychologie du deuil" (p. 22).

La psychologie de la mort selon Bacqué couvrirait ainsi très largement la question de la mort en psychopathologie à un niveau à la fois individuel et collectif, du côté de la perte et de l'anéantissement.

b) *Mourir : une histoire de liens*

L'annonce de la mort à venir est donc un événement qui va déclencher un travail psychique spécifique, qui comprend et dépasse le travail de la maladie décrit par Jean Louis Pédinielli.

En 1977, le psychanalyste et psychosomaticien Michel De M'Uzan proposait déjà une théorisation inédite des processus psychiques en jeu dans le temps du mourir : le "travail du trépas" (p. 182). Comme dans la théorisation ultérieure de Pédinielli sur le travail de la maladie, la notion de *travail* décrit ici un véritable processus de transformation psychique. Dans son analyse du travail de trépas en 2008, le clinicien contemporain Benoît Maillard s'appuie d'ailleurs sur les travaux de Pédinielli pour revisiter le concept de De M'Uzan.

De M'Uzan conçoit l'annonce de la mort à venir comme "événement psychique" (p. 184) qui inaugure ce "travail", et désigne par "trépas" la "période terminale de l'existence du sujet irrémédiablement condamné".

Son analyse du discours de personnes mourantes révèle l'expression d'"espoirs tenaces de la libido" dans un processus d'"expansion libidinale et [d']exaltation de l'appétence relationnelle" (p. 191) : "sous une forme insolite qui crée quelque malaise, la vie semble soudain s'exalter" (p.189). Les objets d'amour sont sur-investis, chargés d'une libido narcissique. Les capacités de transfert augmentent, transfert massif, intense et régressif, la notion de transfert étant à entendre ici dans l'acception de Ferenczi (1909) repris par Abraham Torok (1972), c'est à dire le mouvement par lequel "une personne tend à faire jouer à une autre le rôle d'un personnage clé de son histoire, à son insu bien entendu" (Tisseron, 2006). Phénomène pouvant s'inscrire en dehors d'un cadre de cure analytique. Cette dynamique est sous-tendue par une expansion du Moi par introjection pulsionnelle, qui entraîne une dilatation sans fin du narcissisme.

Pour De M'Uzan, un ultime investissement affectif va opérer au cœur de cette dynamique. Bien que ce véritable travail psychique se déploie sur les représentations des objets d'amour "puissamment investis" (p. 185), ce transfert se joue le plus souvent sur une personne réelle nouvellement investie. De M'Uzan désigne cette personne comme *objet-clé* avec lequel la personne mourante va former une "dernière dyade" comparable à la dyade mère-bébé, où l'objet-clé est investi comme une "dernière incarnation" de la mère (p.194). L'auteur compare la fonction de l'objet-clé à celle de Moi-externe de la mère dans les premiers temps de la vie : ainsi, nous dit-il, "la fin de vie ressemble profondément à son commencement" (p. 195).

Par cette relation, la personne mourante réalise une forme d'accomplissement de soi à partir de la certitude concrète de ne plus être un jour. Dans cette "ultime expérience relationnelle", "alors que les liens qui l'attachent aux autres sont sur le point de se défaire absolument", un dernier travail d'élaboration est rendu possible. Ce travail du trépas va permettre d'"assimiler tout ce qui n'a pu l'être jusque-là dans sa vie pulsionnelle, comme [si

elle] tentait de se mettre complètement au monde avant de disparaître" (p. 185). L'objet-clé doit être suffisamment disponible et sûr pour la personne mourante, "capable de combler ses besoins élémentaires, ce qui signifie profondément qu'[il] accepte qu'une part [de lui]-même soit inclue dans l'orbite funèbre du patient" (p. 194). Aussi, "le mourant attend qu'on ne se soustrait pas à cette relation" (p.185).

Cette dynamique d'investissement, Maillard (2008) la décrit comme une "*spirale transférentielle"* qui tourne autour de l'irreprésentable de la mort et qui permet d'opérer un truchement entre la vie et la disparition. Il s'agirait de dire ou faire quelque chose de cette mort qui approche, de laisser quelque chose de soi au risque d'emporter quelque chose du vivant dans la mort.

Cette acception du travail du trépas peut être mise en lien avec les travaux d'Alric sur ce qu'il appelle une "relance désirante" au regard de la menace de disparition par laquelle "des conflits psychiques restés en souffrance émergent et se construisent" (2012, p. 284). Devient alors possible une "reconnexion du sujet avec la part de vie psychique qui se refuse à mourir" (p. 297), à partir d'une "capacité créatrice" qui tend vers "une vie à l'abri de toute atteinte" (p. 285). À partir de cette analyse, il propose une posture clinique originale de l'accompagnement psychologique en fin de vie.

Un parallèle peut aussi être fait avec les travaux de la clinicienne et chercheuse Axelle Van Lander (2012). Elle a documenté une crise identitaire spécifique au regard de la maladie létale générant une détresse qui diminue au fur et à mesure qu'une métamorphose identitaire s'opère.

Au moment de mourir, le lien à l'autre devient donc le théâtre de l'impossible séparation qu'oblige la néantisation, doublement angoissante à la fois à un niveau primaire et secondaire. Dans une perspective plus contemporaine, le travail du trépas a été revisité à l'aune de cette pratique clinique encore naissante à l'époque de De M'Uzan de ce que Bacqué appelle aujourd'hui "psychologie de la mort" (2011, p. 22) et Amar "cliniques de la périmortalité" (2009, p. 139).

2.1.3. Mourir sous le prisme de la perte

a) Le deuil de soi ?

Mourir serait donc un travail psychique à part entière, où un ensemble d'opérations mentales amènerait une transformation profonde du sujet. Un processus éminemment intime et qui se joue dans le lien à l'autre, aux objets d'amour. Cette acception suppose que disparaître ait à voir avec la question de la perte.

Dans une perspective lacanienne, Maillard considère qu'"il y a une dimension de se séparer dans le travail du trépas" (2008, p. 141). Dans sa réflexion sur la théorie de De M'Uzan,

l'auteur fait "l'hypothèse selon laquelle le sujet fait l'expérience dans la parole d'une impossibilité de se séparer" (p. 142). Il ne s'agirait donc pas tant de se séparer vraiment, de désinvestir le monde, mais au contraire de mettre au travail un impossible renoncement à ces liens.

Le travail du trépas constituerait ainsi "un lien pour se séparer et quitter le monde au risque d'emporter quelque chose du vivant dans la tombe" dans un temps où "le rapport à la vie est différent, elle s'arrête mais continue, elle est perdue mais perdure" (p. 140). Il y aurait alors un "processus de fermeture/ouverture qui s'enclenche à l'approche de la mort". C'est-à-dire une "fermeture du temps et réduction de l'espace que la parole peut entraver" du fait de la proximité de la mort qui a été annoncée, et en même temps une ouverture au lien par le travail psychique du trépas qui s'enclenche. Aussi quand la possibilité de dire est étriquée par le destin funeste, c'est par le lien que quelque chose peut justement s'en dire.

Mais la séparation dont il s'agit ne concerne pas tant ici les objets d'amour que le sujet lui-même : "le sujet en (fin de) vie n'a pas tant à se séparer des autres ou rompre ses liens que se séparer de quelque chose de lui-même" (p. 144). Ici la mise entre parenthèses de la notion de "fin de vie" met l'accent sur le caractère vivant du sujet jusqu'à sa mort, la notion de dynamique psychique dans laquelle il reste pris.

L'auteur précise : "On croit toujours que se séparer c'est se séparer de l'autre, de ces idéaux ou valeurs alors que se séparer veut dire se séparer de soi en prenant une certaine position par rapport à ce qui cause le désir" (p. 145). Il y aurait donc dans le travail du trépas une dimension d'impossible séparation de soi-même, qui parle de la question du désir.

Cette réflexion n'est pas sans faire penser à la notion de deuil de soi qui a interrogé et interroge encore de nombreuses autrices et auteurs. Ainsi, la chercheuse et psychanalyste Dominique Cupa évoque plutôt une *tentative* de deuil de soi comme processus psychique face à la menace de mort (2006). Une acception qui rejoint le regard de la psychologue Maryse Vaillant qui déclare :

"Je doute que l'on puisse réaliser pleinement le deuil de sa propre vie. Mais je vois bien qu'il est possible d'en inaugurer le processus alors qu'on est encore bien vivant. Accepter sa finitude, imaginer sa mort prochaine, penser à sa vie, anticiper de la perdre, consentir à lâcher tout ce à quoi l'on tient, c'est envisageable" (2013, p. 142).

Une pensée à mettre en tension avec la question de la possible ou de l'impossible représentabilité de la mort qui fait débat depuis Freud (1915a). David (1996) s'oppose radicalement au concept d'irreprésentabilité de la mort qu'il trouve insatisfaisant dans sa formation de psychanalyste. Il s'appuie sur des philosophes comme Montaigne ou Cioran pour élaborer sa propre expérience de la question de la mort dans sa vie psychique au regard des théories analytiques dominantes en la matière.

Ce qu'il qualifie comme "deuil de soi" (p. 24) concerne les personnes se sachant proches de la mort du fait de leur état de santé, comme en témoigne par exemple pour

l'auteur les poèmes de Lawrence au titre évocateur *Le navire de mort* et *Chant de mort* (1929). Mais ce processus psychique de "deuil de soi" englobe aussi les pertes et changements liés au vieillissement qui marquent l'approche croissante de la mort et concernent plus largement le "vivant mourant ordinaire". Il s'agit pour lui de processus psychiques normaux, en opposition à ce qui pourrait relever du pathologique.

L'auteur décrit le "deuil de soi" en lien avec la "*peur de la mort"*, qui repose sur un principe de "connaissance affective d'un destin d'inéluctable destruction" (p. 25). Cette connaissance entraîne des représentations anticipatrices virtuelles dont c'est l'intensité qui va du normal au pathologique. Elles exercent sur le sujet une rétroaction périodique "où prédomine la représentance affective" (p. 24). Il s'agirait d'une forme de deuil narcissique anticipé que l'auteur inscrit dans la continuité du concept de deuil originaire de Racamier (1992) qui "prépare" à la mort (David, p. 27).

L'auteur établit un parallèle avec la *crainte de l'effondrement* décrite par le psychanalyste anglais Donald Winnicott (1974). Cette dernière se rapporte à un événement qui a déjà eu lieu et qui porte sur la mort psychique. Le deuil de soi donne à vivre quelque chose de cette crainte de l'effondrement mais se rapporte à un événement qui n'a pas encore eu lieu (le décès propre du sujet) et porte sur la mort en même temps somatique et psychique. Dans les deux cas, il existerait une dissociation entre l'affect et l'événement, qui dans le cas du deuil de soi ne peut être élaborée.

L'enjeu de ce travail est alors de "transformer l'irreprésenté de la mort propre en représentation, dans une représentance principalement affective" (p. 27). Il "joue un rôle protecteur à l'égard de l'angoisse primaire." (p. 23). Prenant d'ailleurs à contre-pied la célèbre citation de De la Rochefoucauld "Le soleil ni la mort ne peuvent se regarder en face" (1664), David décrit l'effet protecteur du deuil de soi à l'égard de l'angoisse de mort en comparaison au filtre solaire qui permet de regarder l'astre du jour sans se brûler les yeux. Le deuil de soi permettrait donc de faire face à la question de la mort sans être envahi.e par elle.

b) Se séparer du monde : le deuil de tout

La question de la perte est centrale dans la théorisation du mourir. Les tout premiers travaux sur les spécificités des processus psychiques en fin de vie vont d'ailleurs dans le sens d'un *cheminement* psychique autour de la question de la perte, dans une acception humaniste. Kübler-Ross étudie en effet dans les années 70 un ensemble de processus qu'elle retrouve dans sa clinique en institution et à domicile auprès de personnes en fin de vie de tout âge, et aussi de personnes endeuillées.

À partir de sa pratique, elle a développé une théorie sur les processus psychiques en jeu chez ces personnes confrontées à une perte qui bouleverse leur quotidien et leur vie affective dans son œuvre *Les derniers instants de la vie* (1975), qu'elle revisite peu de temps avant son décès avec David Kessler dans *Sur le chagrin et sur le deuil* (2005). Elle décrit des

“étapes réactionnelles à la prise de conscience d’une perte catastrophique” qui visent à *se séparer*.

Cette acception de mouvements réactionnels à une “perte catastrophique” a la particularité de décrire à la fois les processus psychiques en jeu chez la personne se sachant mourante, mais aussi chez l’entourage qui apprend la perte à venir d’un proche ou vit un deuil après son décès.

Pour Kübler-Ross, la question de la mort comme événement à venir s’inscrit dans la construction psychique de l’enfant qui va prendre conscience de sa finitude mais aussi de celle des personnes qu’il ou elle aime et qui l’entourent. Cela va déclencher un processus de *deuil anticipatoire* par lequel la personne va imaginer et redouter ces évènements et leurs conséquences.

Le processus de deuil anticipatoire va s’activer plus fortement en apprenant que soi-même ou un proche est atteint d’une maladie mortelle. Cela permettrait en quelque sorte de “préparer notre psychisme” à la perte à venir en l’*anticipant* (2005, p. 20).

Ces “étapes” sont pour l’autrice des réactions *possibles* à la prise de conscience de ce qui peut être considéré dans une acception psychanalytique comme la perte d’un objet fortement investi par le sujet. Comme dans la conception freudienne du deuil (1917), cette perte peut être celle d’une personne aimée, mais aussi d’un bien, d’un projet, d’une abstraction… Ces processus psychiques considérés comme *prise de conscience* peuvent avoir lieu avant la perte effective mais aussi après dans le cas du deuil.

Le terme-même d’”étapes” a été largement débattu dans la littérature les décennies qui ont suivi, et dans le saisissement clinique qui a pu en être fait. Dans son dernier ouvrage publié posthume (2005), adressé plutôt aux personnes touchées par la mort et le deuil, elle revient avec son co-auteur David Kessler sur cette acception, précisant que “jamais il n’a été question de diviser l’évolution d’un processus complexe en paliers clairement distincts les uns des autres” (p. 25).

Kübler-Ross décrit donc cinq “étapes” de cette prise de conscience qui signent ce qui pourrait être appréhendé dans un référentiel analytique comme une forme d’élaboration. Maillard considère d’ailleurs la théorie de Kübler-Ross comme montrant “la nécessité d’une séparation objectale du sujet mourant” (2008, p. 136). Ces étapes forment des processus possibles qui peuvent se manifester mais qui ne constituent pas des stades nécessaires ou systématiques : “Ce sont des outils qui nous aident à cerner et à identifier nos sentiments, non pas des jalons définissant une chronologie linéaire” (p. 25). Par la description de ces processus observés dans sa pratique, elle n’a pas vocation à décrire un parcours type qui serait prédictif et exhaustif. Aussi les étapes décrites peuvent se présenter toutes ou en partie, dans n’importe quel ordre, dans des mouvements d’allers-retours, sur une échelle de temps extrêmement variable d’un individu à l’autre.

Ces “cinq étapes réactionnelles à l'annonce d’une perte catastrophique” selon Kübler-Ross sont :

- Le déni : il “s’apparente à l’incrédulité, au refus de croire la réalité” (p.26). Mais il peut aussi avoir un sens plus “symbolique” : “le déni n’est pas la négation de la réalité de la mort” mais signe plutôt une incapacité d’”intégrer d’emblée ce qui est de prime abord inconcevable”. Il relève d’un “mécanisme de protection psychique” (p. 29) qui “met à distance les sentiments que nous sommes incapables d’affronter”. Un lien peut être fait avec l’acception freudienne de la mort comme irreprésentable dans la vie psychique, où le déni peut être rapproché de la dénégation comme mécanisme de défense (Freud, 1915b). Le déni tel que décrit par Kübler-Ross peut s’effacer progressivement et laisser affleurer les éléments refoulés par le biais de questionnements ou de prises de conscience.

- La colère : l’autrice la considère comme une manifestation “émotionnelle” (p. 34) réactionnelle qui peut être appréhendée dans un référentiel analytique comme un affect rattaché à la représentation de la perte. Cette colère peut être dirigée vers différents objets simultanément ou successivement, et être soutenue sur le plan conscient par une argumentation rationnelle ou non. La colère permettrait d’éviter provisoirement la confrontation à d’autres “émotions” plus complexes et ambivalentes. Elle a aussi une fonction d’étayage provisoire et “structure temporairement le néant de la perte” (p.35).

- Le marchandage : il consiste en une tentative inconsciente de renégocier la réalité de la perte par des “hypothèses virtuelles” qui “altère[nt] les évènements passés” (p.41). Ce processus s’axe sur un sentiment de culpabilité, et a également une fonction à la fois protectrice et adaptative. Il permet “un soulagement momentané”, “un répit crucial dans la douleur” (p.40), et en même temps d’opérer une transition avec d’autres étapes réactionnelles à l’annonce d’une perte catastrophique.

- La dépression : par ce terme Kübler-Ross décrit la mobilisation d’affects dépressifs qui ne signent pas une décompensation psychopathologique mais sont consécutifs à une prise de conscience dans le *présent*, à savoir dans l’actuel, de la réalité de la perte. Pour l’autrice humaniste, cette forme particulière de dépression réactionnelle a aussi une visée protectrice et adaptative par le ralentissement psychomoteur qu’elle entraîne et qui permet au sujet de se confronter plus progressivement au réel.

- L’acceptation : il s’agit d’un processus qui tend à admettre la perte comme réelle et permanente. Il s’agit plus d’une acceptation de cet état de fait que d’une accommodation à la perte qui sous-tendrait une adaptation à ses conséquences, à savoir dans le cas de la fin de vie l’approche de la mort. Par cette phase, le sujet peut commencer à réorganiser son quotidien et ses investissements affectifs. Dans la culture palliative, cette notion d’acceptation fait débat. Elle a en effet pu être admise

comme objectif thérapeutique en termes d'accompagnement relationnel ou psychologique de la fin de vie et concourir à ce qu'Higgins appelle la recherche d'une "mort pacifiée" (2003).

L'autrice est revenue en 2005 sur les interprétations très littérales de cette notion : "L'acceptation n'est pas, comme beaucoup le pensent, le fait de s'accommoder de la disparition" (p. 46). Elle précise que l'acceptation parle plus de "composer", "[s']adapter]" (p. 47) : "Accepter n'est pas voir la perte sous un angle positif. C'est se résigner à la perte et apprendre à vivre avec elle" (p. 48).

Au-delà de cette dimension conscientisée de l'intégration de la perte dans les théories de Kübler-Ross, il est possible de s'interroger sur les effets inconscients en terme de désir des soignant.es à l'endroit de la personne mourante, et sur les remaniements défensifs qui peuvent sous-tendre les pratiques d'accompagnement.

Ce terme se retrouve dans la théorisation de David sur le *deuil de soi* (1996). Le psychanalyste l'utilise en parlant d'un "gradient d'acceptation de la mort en fonction de la maturité et de l'état spécifique" d'un sujet donné (p.32). Des facteurs propices à ce que des représentations anticipatoires de la mort puissent s'élaborer sans trop d'angoisse serait alors possible : "Cela suppose que la mort ne se produise pas prématurément, pas avant que la personne se soit suffisamment accomplie, selon ses possibilités propres et celles offertes par l'environnement" (p.32). Un regard psychanalytique qui ramène au premier plan la question de l'inconscient dans la confrontation à sa mort à venir.

Par ailleurs, le psychanalyste Francis Pasche (1996) dit quelque chose de la dimension de perte objectale dans les processus du mourir à l'aune du deuil : "La représentation de sa propre mort quand elle semble imminente, c'est un deuil anticipé et le plus radical" (p.49). Du point de vue des liens objectaux, "mourir c'est cesser d'aimer et d'être aimé, cesser de poursuivre les entreprises qui nous tiennent à cœur, abandonner ses biens si modestes soient-ils, arracher aux proches celui (soi-même) dont ils ont besoin, auquel ils tiennent (c'est du moins la conviction de celui qui envisage sa disparition)" (p.50). Comme dans la première dyade jamais tout à fait scindée : "il nous faut dépendre".

2.1.4. Vouloir mourir : échec ou issue psychodynamique face au réel de la mort ?

Aux prises avec une mort annoncée, il arrive que des malades expriment un souhait de mort, parfois la réclament, voire même la revendiquent comme un droit. Un souhait qui s'exprime dans un discours manifeste, mais s'agit-il d'un véritable désir de mort inconscient ? Peut-on désirer la mort ?

Lorsque les malades demandent à mourir, les points de vue des médecins divergent entre un positionnement éthique en faveur ou fermement opposé à une aide active à mourir.

Il s'agit dans tous les cas de considérations déontologiques liées à des valeurs humanistes, autour notamment du principe de respect de la dignité de la personne malade (Hirsch et coll., 2012).

Dans une perspective psychodynamique, Ribas souligne en s'appuyant sur les écrits freudiens que face au danger réel, ce que constitue en effet l'annonce de mort à venir, le Moi se laisse mourir en adoptant une position mélancolique (1996).

Cela rejoint le point de vue topique exposé par De M'Uzan (1977). Pour lui, la demande de mort chez la personne en fin de vie signe une réaction partielle issue du clivage du Moi liée à la résignation face à la certitude de la mort, et régie en partie par l'Idéal du Moi. Par le clivage, le Moi en partie sait et en partie ne sait pas qu'il va mourir, "ce qui a pour conséquence le cheminement de deux lignes de pensées, dont chacune s'exprime indépendamment de l'autre" (p. 195). L'auteur rapproche ce phénomène du fonctionnement de la psychose tout en précisant qu'il "ne découle pas d'un trouble mental". Il évoque d'ailleurs de possibles schémas névrotiques qui se manifestent par une résignation liée à une appétence relationnelle en même temps que des expériences de satisfaction par déplacement sur l'*objet-clé* dans un mouvement ambivalent.

Dans ce contexte, une recherche de maîtrise défensive régie par l'Idéal du Moi peut entraîner un retrait de la libido investie dans les objets d'amours. Il s'agit là pour De M'Uzan d'une "méprise narcissique" liée à une hypertrophie de ce qu'il appelle le "Moi-réalité", déterminé par l'annonce de mort dans le réel, par rapport au "Moi-plaisir". Un conflit qui précipite une faillite de l'imaginaire par un surinvestissement narcissisant du raisonnement.

Cette situation peut être liée à la difficile place à tenir par les objets d'amour ou l'objet-clé. Il parle d'une "désastreuse défaillance des objets d'amour ou de leur substitut" où "ce qui est en jeu en réalité, c'est la crainte ancestrale d'être entraîné, dévoré par le moribond". Lorsque ceux-ci font défaut pour le sujet, il y a carence affective, et "lorsque l'objet n'est plus à même de tenir son rôle, sa représentation s'altère". Or "l'important [...] c'est que l'objet élu soit capable de s'exposer sans angoisse excessive au large mouvement captatif qui tend à l'envelopper entièrement, autrement dit qu'il n'y ait pas entre ce qu'il est et sa représentation dans l'esprit du patient une trop grande hétérogénéité" (p. 194). Un échec de l'objet-clé concourrait à cette dynamique de désinvestissement massif, mais l'état physique de la personne malade aussi. L'auteur précise par exemple que les douleurs rebelles peuvent invalider les capacités d'investissement et "jouent alors dans le même sens que l'abandon" (p. 198). Ces situations empêchent toute forme de travail psychique.

De M'Uzan décrit une forme de cercle vicieux chez les malades qui demandent à mourir du fait de ce désinvestissement massif sans possibilité de mise au travail : "Celui qui prend l'initiative de précipiter sa fin engage avant l'heure une dégradation de son énergie psychique, de sa libido, soumis dès lors à la seule loi du principe d'inertie". L'ombre du Moi tombe sur le Ça, signe une défaite de la pulsion, et c'est un travail de la mélancolie qui se met en place et non plus un travail du trépas.

Des perspectives complémentaires ont émergé depuis. Ainsi Pasche (1996) porte un regard sur ce point de vue économique de la demande de mort, qui met surtout en avant la question du corps et de la souffrance physique : “Quand la douleur est insupportable, une telle quantité d'énergie psychique est mobilisée en investissements - surinvestissement, désinvestissement, contre-investissement - qu'il n'en reste plus guère pour alimenter la pulsion de vie alors réduite au silence : de ce fait le désir, le désespoir, la peur, l'angoisse qui en sont les manifestations sont ainsi conjurés” (p.50). Il s’agit dans cette perspective non pas d’un travail de la mélancolie, mais au contraire d’une position toute-puissante qui vise à faire tarir l’angoisse de mort.

Pédinielli (2006) rapproche ce phénomène du concept de résilience porté entre autres par le neuropsychiatre et psychanalyste Boris Cyrulnik dès les années 1980. Ce que Pédinielli considère comme se rapprochant d’un désir de mort ne parle toujours que de la vie, et l’acte suicidaire relèverait d’un échec de la résilience. Cette considération peut être mise en tension avec la question des demandes d’euthanasie.

Parler de résilience renvoie à la question du trauma, or les différentes annonces diagnostiques dans le réel peuvent constituer des temps traumatiques qui débordent les capacités psychiques du sujet. Pour Alric (2016), c’est bien le discours médical sur la mort qui fait trauma et paralyse la pensée. La demande de mort parlerait alors surtout de cette impossibilité à se remettre en mouvement. C’est à partir de ce concept que l’auteur propose une posture clinique spécifique des psychologues qui vise à soutenir une possible “relance désirante” (p. 284) invitant à une véritable remobilisation psychique.

La demande de mort signerait donc à la fois une forme d’échec du travail du mourir en ce que les processus psychiques en jeu se retrouveraient figés ou subvertis. La mort réelle ne serait pas l’objet de la demande de mort manifeste mais signerait des mouvements inconscients du côté de Thanatos.

Amar interprète d’ailleurs la demande de mort du fait de l’équivalence symbolique entre la mort et le sommeil, en lien avec le mythe des frères jumeaux Hypnos et Thanatos (2008). Ce ne serait là encore pas tant la mort qui serait l’objet latent de la demande manifeste, mais la recherche d’un état équivalent au sommeil[4]. Il s’agit néanmoins d’un mouvement mû par la pulsion de mort.

Ces mouvements psychiques subjectifs pris dans le débat desociétal parlent du rapport à la mort et de ses représentations. René Schaerer, médecin pionnier des soins palliatifs en France, souligne les dimensions plurielles de ces demandes de mort qui peuvent mettre à mal les équipes de soins (2012). Il invite les professionnel.les à leur prêter une oreille attentive et bienveillante pour accompagner ces mouvements complexes et soutenir leur mise en sens sans y apporter une réponse trop plaquée dans le réel.

[4] Qui n’est pas sans rappeler l’idéal de la *bonne mort* évoqué dans l’Axe I.

2.2. Perdre un proche : de la fin de vie au deuil

Mourir mobilise des processus psychiques inédits en même temps que cela actualise des problématiques psychodynamiques anciennes et fondatrices. Les étudier a pris du temps à la psychologie et la psychanalyse qui se sont dans un premier temps concentrées sur la question du deuil. Lorsque c'est la mort d'une personne proche qui s'impose dans le réel, cela mobilise en effet la psyché au l'aune du rapport à la perte et à la séparation, toujours dans la douleur et parfois avec des complications psychodynamiques qui peuvent aller jusqu'à la décompensation.

2.2.1. Avant la perte :

Si la psychanalyse s'est largement penchée sur la question de la perte effective, peu de travaux se sont concentrés sur la période qui la précède, lorsque la perte a été annoncée mais n'est pas encore arrivée. La psychologie de la santé s'intéresse par contre depuis l'après Seconde Guerre mondiale à ce qui se passe en amont de la perte, mettant en lumière une notion de *deuil anticipatoire*.

En 1944, le psychiatre germano-américain Erich Lindemann a travaillé sur la perte et le deuil autour de la Seconde Guerre mondiale à partir de témoignages de proches de soldats. Ces derniers portaient sur des manifestations de deuil liées à la certitude du décès de leur proche parti au front sans que cela ne soit pour autant arrivé. À partir de ses travaux, la littérature anglo-saxonne décrit cette notion d'*anticipatory grief*, un processus qui vise à s'adapter à la situation de *stress* que constitue la perte à venir d'un proche.

Terme initialement ambigu qui recouvre à la fois des processus psychiques d'*anticipation* de la perte mais aussi de véritable deuil avant l'heure, de nombreux auteurs et autrices se sont par la suite intéressé.es à ce processus chez les proches et les aidants naturels de personnes atteintes de maladies graves et incurables. Les résultats divergent, mais tendent globalement à montrer que ce processus peut avoir une valeur *adaptative* face à une situation de *stress*, mais aussi être délétère et majorer les symptômes du deuil après le décès (Reynolds et Botha, 2008).

Le revue de littérature de Sweedting et Gilhooly (1990) met en lumière le fait que pendant la maladie létale d'un proche, ce qui peut être considéré par un regard psychanalytique comme des affects et processus psychiques liés à la perte et au deuil s'expriment (la notion de perte étant à entendre ici en lien avec les théorie de l'attachement de John Bowlby, 1969). Ces manifestations peuvent apparaître avec une intensité particulière lors de pertes qui précèdent le décès en soi comme les aggravations de la maladie par

exemple. Elles peuvent être plus facilement couvertes par un déni défensif que dans un deuil après la perte, et des phases de regain d'espoir peuvent être constatées.

Cette notion d'*anticipatory grief* peut être mise en tension avec la conceptualisation de "deuil anticipatoire" de Kübler-Ross (2005, p. 20). En effet pour l'autrice, les "étapes réactionnelles à l'annonce d'une perte catastrophique" peuvent se manifester sous le prisme de la fin de vie annoncée du sujet, mais aussi chez son entourage. Le "deuil anticipatoire" qui en résulte est "un processus à part entière, indépendant du deuil consécutif à la perte" par lequel "nous nous préparons à l'évènement à venir, en l'anticipant" (p. 22), et dans lequel va s'ancrer le processus de deuil lorsque la mort du proche sera effective.

L'autrice précise que ce deuil anticipatoire "ne facilite ni n'écourte nécessairement le travail de deuil" qui suivra et "n'est qu'un prélude" à ce "douloureux processus à venir" (p. 23). Il peut perdurer dans une échelle de temps très vaste (des années dans les cas de maladies à évolution lente ou les situations de vulnérabilité chronique) et peut être associé à un sentiment de culpabilité.

La littérature française, en psychologie de la santé notamment, différencie quant à elle deux acceptions différentes que recouvre le terme anglais d'*anticipatory grief*. D'une part, le concept de *pré-deuil* désigne un "processus adaptatif de préparation à la mort d'un être aimé, grâce auquel la personne s'accoutume progressivement à ces perspectives de séparation et de perte irrémédiables" (Fasse et coll., 2013). Par ce processus, le proche se préparerait en quelque sorte à ce qu'une perspective psychanalytique considérerait comme la perte de l'objet investi par une élaboration de son décès à venir. Ce processus se traduit notamment par un discours dans lequel la personne imagine la vie sans son proche, les répercussions de son absence d'un point de vue affectif mais aussi pratique (organisation des obsèques, devenir des biens…). De par sa nature éminemment affective, les autrices différencient ce processus d'une simple anticipation cognitive de la mort à venir.

Une autre traduction possible est envisagée sous la notion de *deuil anticipé.* Il s'agit là d'une réaction défensive face à la perte annoncée où le proche va se détacher de l'objet investi avant son décès effectif. Dans la clinique, le deuil anticipé est considéré comme une complication du deuil car il peut entraver l'accompagnement de la personne mourante par le proche endeuillé de manière anticipée, et du proche-même par les équipes soignantes. Le deuil anticipé peut aussi majorer ou compliquer les affects liés au deuil après le décès en ce qu'ils n'ont pu être élaborés dans un travail de *prédeuil*.

2.2.2. Après la perte : le deuil *normal*

a) Le deuil dans la société

Dans leur œuvre conjointe *Le deuil* (2000), les psychanalystes Marie-Frédérique Bacqué et Michel Hanus rappellent que “la mort et le deuil ont toujours fait l’objet d’un traitement social, quel que soit le groupe humain qui le traversait” (p. 11). Les premières traces de ce traitement social sont des sépultures qui datent de plus de cent mille ans avant l’Ère Commune.

Traitement social qui s’est ritualisé au fil des siècles et dans les sociétés : rites funéraires puis rituels du deuil dans les temps qui suivent les funérailles. Offrant une voie d’expression à la souffrance et mobilisant le soutien du tissu social, les rituels autour de la mort structurent le deuil. Ils viennent comme médiatiser la question de la séparation avec les mort.es.

De sa position d’historien, Thomas Laqueur (qui a théorisé la notion de *travail des morts* comme structurant les sociétés (2018, 2020)), évoque ainsi la place des défunt.es : “Les morts ne sont pas vraiment morts, en tout cas pas pour la culture” (2020, p. 10). À une échelle plus singulière, il précise : “Il en faut, du temps, pour laisser partir les morts. Les gens font quantité de choses pour garder leurs proches avec eux”. Ce regard d’historien contemporain laisse entrevoir comme le deuil est une affaire de séparation paradoxale où il s’agit de quitter tout en gardant l’autre perdu vivant en soi.

Pour la psychanalyste Gabrielle Rubin, ce qui va permettre de vivre et d’élaborer quelque chose de cette séparation c’est en effet “la possibilité de donner au mort aimé une sorte de vie” portée par les rituels mortuaires au fil du processus de deuil (1996, p. 211). Ce travail permet de “faire passer le défunt de l'extérieur à l'intérieur de notre psychisme”, et par là de tolérer la séparation dans le monde extérieur. Ainsi les rituels “fonctionnent sur le même modèle que ces contenants-structurants que sont les rituels obsessionnels” (p. 212) et permettent en cela de contenir l’angoisse liée à la perte de manière non pathologique.

Mais pour Bacqué (2000), ces rituels se sont étiolés dans cette société de la mort interdite (Ariès, 1975). Le rapport à la mort et au deuil est largement déterminé par le contexte social et ses évolutions, or actuellement les représentations associées à la mort se sont estompées en ce que la société véhicule principalement des idéaux d’épanouissement individualistes et promeut performance et autonomie. Un phénomène en lien donc avec le développement récent de la médecine technoscientifique par lequel le moment de mourir a été reculé et le lieu du mourir est devenu l’institution, notamment hospitalière. L’accompagnement de la mort s’est en même temps professionnalisé et devient la mission du personnel soignant. Le rapport à la mort est marqué par une tentative de banalisation par la surexposition à des représentations de morts et aussi de maîtrise du mourir. Cela se traduit

par exemple par le développement des mesures de prévoyances obsèques, ou encore dans ce mouvement social et politique pro-euthanasie qui revendique le droit de choisir les conditions de sa mort annoncée.

Le rapport aux défunt.es a également changé avec le développement de la crémation par exemple. La société de plus en plus centrée sur l'individu se détournerait des rituels qui englobent tout un chacun. Mise à distance, la mort est traitée par la banalisation, notamment médiatique, et la maîtrise par sa prise en charge institutionnelle. Ainsi le soutien aux endeuillé.es dans le tissu social s'est dissout au fil du temps, les laissant démuni.es face à leur chagrin. Un relai institutionnel a été pris avec l'émergence des soins palliatifs qui attire l'attention sur la souffrance de l'entourage autour de la mort et pense leur accompagnement.

Dans ce contexte de *mise à l'écart sociale de la mort*, les rites sociaux autour de la mort et du deuil ont donc régressé. Les individus endeuillés manquent à la fois de repères pour structurer leur deuil, mais aussi de soutien par le tissu social. Aussi l'expérience du deuil peut-elle être plus difficile qu'avant, et plus exposée à un risque de complication.

Pour Bacqué l'accompagnement du deuil et des endeuillé.es a donc retrouvé une place sociale en Occident avec le développement de l'accompagnement palliatif. Les soignant.es et le tissu associatif des bénévoles d'accompagnement assurent aujourd'hui cette fonction paralysée par le tabou de la mort et l'exigence de performance dans la société.

b) Le deuil à l'échelle du sujet

Phénomène social codifié qui étaye les éprouvés subjectifs des personnes endeuillées, c'est au début du XXème siècle que la psychanalyse naissante se saisit de la question du deuil, dans ce mouvement décrit par Ariès (1975) de "la mort de l'autre" où les affects sont amplement exprimés vers "la mort interdite" où le tabou opère.

Dès 1917, Sigmund Freud décrit le deuil comme "la réaction à la perte d'un être aimé ou bien d'une abstraction qui lui est substituée comme la patrie, un idéal, etc." (p. 45). Il étend par là cette notion à toute forme de perte et le deuil d'un être cher en serait la dimension la plus manifeste. Pour le pionnier de la psychanalyse, cette réaction entraîne des comportements spécifiques qu'il ne considère pas comme constituant un phénomène morbide. En découle la distinction toujours actuelle entre *deuil normal* et *deuil pathologique*.

Le *deuil normal* se caractérise par "une humeur profondément douloureuse, un désintérêt pour le monde extérieur - dans la mesure où celui-ci n 'évoque pas le défunt -, la perte de la faculté de choisir un nouvel objet d'amour - qui pourrait le remplacer -, et l'abandon de toute activité qui ne soit pas en rapport avec le souvenir de l'absent" (p.46). Le sujet va concentrer toute son attention sur ce qui le relie à l'objet perdu et se désintéresser du reste, étant transitoirement incapable d'investir un nouvel objet. Une confrontation à la réalité où l'objet d'amour n'est plus oblige le sujet à "soustraire toute sa libido de ses liens d'attachement à cet objet, mais le sujet résiste" (p. 47).

Il faudra beaucoup de temps et d'énergie pour accepter de quitter cette position libidinale et remanier ses investissements affectifs. Ce processus va se réaliser par le surinvestissement de chaque souvenir ou projet qui constitue un lien chargé de libido : "Chacun des souvenirs, chacun des espoirs par lesquels la libido était liée à l'objet est mis sur le métier, surinvesti et le détachement de la libido est accompli sur lui". Jusqu'à ce que la libido se détache de l'objet et puisse être réinvestie sur de nouveaux objets. Pendant le temps de ce processus, l'existence de l'objet perdu est maintenue dans le psychisme et "au terme du travail de deuil, le moi sera de nouveau libre et désinhibé".

Ce texte fondateur décrit comment un objet externe sur lequel est placé la libido (en tant qu'énergie et lien d'amour), enclenche, lorsqu'il est perdu, un processus spécifique de rapatriement de la libido dans le Moi, libido qui, à terme, pourra être réinvestie sur de nouveaux objets. Dans le prolongement de ce point de vue, la psychanalyste anglaise Mélanie Klein décrit un processus d'introjection par lequel l'endeuillé.e va progressivement intégrer l'objet perdu à l'intérieur de soi pour pouvoir supporter sa perte et vivre malgré son absence externe. De ce processus, Rubin précise que l'objet est ainsi "non seulement conservé, mais conservé *vivant*" (1996, p. 212).

Ce processus d'introjection de l'objet perdu renvoie à une phase fondatrice du développement psychique de l'enfant selon Klein : la position dépressive (1947a). Cette position survient lorsque l'enfant développe un possible accès à l'investissement d'objets totaux après avoir introjecté les bons objets partiels et projeté les mauvais dans la position schizo-paranoïde qui précède (1947b). Il apprend par cet accès à concilier les sentiments d'amour et de haine auparavant attachés à ses objets partiels qui s'unifient. Cela entraîne angoisse et culpabilité en ce que les objets d'amour peuvent être perdus, notamment du fait des attaques haineuses de l'enfant. Lorsqu'une personne est endeuillée, cette position dépressive s'actualiserait. La capacité à vivre un processus de deuil normal ou pathologique dépendrait de son élaboration initiale au cours de l'enfance.

Le psychanalyste Paul-Claude Racamier fait par ailleurs du deuil un concept clé au cœur du "conflit des origines" (1992, p. 29) comme dimension centrale dans la structuration psychique du sujet. Il s'agit du "deuil originaire" comme "processus psychique fondamental par lequel le moi, dès la prime enfance, avant même son émergence et jusqu'à sa mort, renonce à la possession totale de l'objet, fait son deuil d'un unisson narcissique absolu et d'une constance de l'être indéfinie, et par ce deuil même, qui fonde ses propres origines, opère la découverte de l'objet comme de soi, et l'invention de l'intériorité". Il rattache ainsi ce premier éprouvé du deuil au renoncement à un fonctionnement sur un mode narcissique primaire, donnant accès à l'altérité des objets externes et en même temps à une intériorité de la vie psychique. Ce renoncement inaugure la perte de la toute puissance, et semble fonder ici les prémices de la castration.

Cette expérience primaire des affects du deuil se déploie donc par le renoncement à la toute-puissance narcissique qui ouvre à un double accès à l'objectalité et à l'intériorité,

essentiel à la structuration psychique névrotique. Un échec de ce deuil originaire concourrait, selon l'auteur, à un primat narcissique dans le fonctionnement de la personnalité. La question du deuil peut alors être considérée comme centrale dans la construction psychique puis le fonctionnement psychodynamique du sujet adulte La question du deuil peut donc être prise comme élément structurant en ce qu'elle parle du rapport à la perte, fondamental dans le rapport au monde et dans les relations aux autres.

Des psychanalystes post-lacanien.nes décrivent par ailleurs une fonction subjectivante du deuil par laquelle l'élaboration de la perte permet une ré-inscription du manque qui institue le sujet (Dreizzen, 2000). Par l'activité de remémoration, mais aussi toutes les manifestations de l'inconscient comme le rêve ou les actes manqués qui montrent les efforts mobilisés par l'appareil psychique, un travail de liaison s'opère pour recomposer quelque chose de la question du manque issue du complexe de castration. Ce processus ouvrirait finalement vers une reprise de la dynamique désirante.

Le deuil donc, comme phénomène subjectif pris dans le fonctionnement social, est en lien avec les fondements-mêmes de la construction psychique. Comme réaction à la perte d'un objet investi, il témoigne de la capacité à se lier au monde et aux autres.

Cette acception du deuil rejoint les apports des théories de l'attachement qui disent quelque chose de ce lien perdu et en même temps intériorisé. Pour Bowlby et Parkes (1970), à partir des travaux princeps de Bowlby (1969), le deuil est en effet considéré comme actualisation de la menace de séparation qui est un organisateur psychique majeur.

Dans cette continuité et dans leurs écrits plus contemporains, Bacqué et Hanus considèrent que la personne endeuillée, pour se détacher de la personne aimée, "doit se détacher de tous les événements partagés avec le défunt en pensées et dans la souffrance, ce qui comprend les souvenirs, les liens actuels, et les projets d'avenir" (2000, p. 25).

S'inspirant des multiples approches du deuil qui se sont développées au fil du XXème siècle en Europe et outre-Atlantique, l'autrice et l'auteur distinguent trois phases clés : le choc, la phase douloureuse et la phase de possibles réinvestissements affectifs, intellectuels et sociaux. Ces phases peuvent être détaillées en cinq "grandes étapes" (p. 26), qui tiennent compte des manifestations à la fois psychiques et somatiques du deuil et aboutissent à une intériorisation de la personne défunte par le sujet, et par là l'acceptation de la réalité de la mort. Il s'agit en cela d'un travail de "mentalisation" :

- **L'état de choc, ou de blocage somato-psychique** : présent dans les premiers temps après l'annonce de la perte, il est lié à un mécanisme de sidération qui pose la question du trauma, comme dans l'"engourdissement" décrit par Bowlby où l'état de choc est marqué par un émoussement des perceptions et une anesthésie des affects. Des défenses massives se mettent en place telles que la dissociation ou le déni par exemple. Cet état psychique a des retentissements somatiques de l'ordre de la paralysie ou de symptômes tels que les nausées, vertiges, etc., qui peuvent aller

jusqu'à l'attaque de panique. À l'extrême, surtout si l'annonce de mort est brutale, ces réactions peuvent aller jusqu'au blocage (traduit par une prostration, un mutisme, un effondrement, etc.) ou la fuite (agitation, précipitation…).

- **Les comportements de recherches et de régression** : inspiré encore largement du modèle de Bowlby, Hanus et Bacqué décrivent les effets d'un "délai entre la perception de la mort d'autrui et sa compréhension" qui entraîne un "débordement des capacités cognitives du Moi, incapable d'intégrer ce qui arrive" (p. 28). Le champ de la pensée est envahi par l'objet perdu sans pouvoir pour autant se mettre au *travail*. La régression est marquée par des comportements d'appels, de recherches qui renvoient au mode de fonctionnement du nourrisson. Cette étape est nécessaire en ce que "nous ne pouvons nous séparer de l'être perdu qu'après l'avoir recherché de toutes nos forces en vain" (p. 27).

- **L'agressivité et la colère** : en lien avec la position schizo-paranoïde décrite par Klein (1947b), le sentiment d'abandon par la personne défunte, l'ambivalence à son endroit, peut-être les désirs de mort qui ont précédé le décès vont pouvoir être verbalisés, l'objet est désidéalisé. Cette étape a un "coût énergétique élevé" (p. 29) et peut s'accompagner de pleurs comme décharge somatique.

  Il est à noter que dans ces trois premières étapes, les comportements sont automatiques et ne relèvent pas encore d'une mise au travail psychique par l'élaboration. C'est la remise en route progressive de la pensée par la remémoration qui va permettre de relancer la dynamique psychique.

- **L'expression du chagrin du deuil** : l'apparition d'affects dépressifs marque une résignation face à la réalité où "les larmes constituent une décharge motrice et somatique de la tension" (p. 29). Bacqué et Hanus distinguent deux aspects de cette étape : la dépression-état d'une part, qui se présente par un tableau clinique semblable à la dépression pathologique, et la dépression dynamique d'autre part. Cette dernière se manifeste par des symptômes somatiques (insomnie, anorexie, épuisement…), intellectuels (troubles de l'attention, de la concentration, ralentissement de la pensée…) et affectifs (tristesse, sensibilité, culpabilité…). "L'étape dépressive est centrale dans le travail de deuil" et "incompressible" (p. 32).

- **La terminaison du travail de deuil** : cette étape tente de circonscrire une fin au travail de deuil bien qu'elle soit difficile à définir précisément, notamment par la personne endeuillée. Le deuil est en train de se terminer "lorsque [l'endeuillé.e] peut évoquer mentalement l'objet perdu sans s'effondrer" (p. 33) et "l'ambivalence à l'égard de l'objet perdu [est] reconnue" (p. 34). Il ou elle développe des capacités de "relativisation" qui ouvre accès à une "réflexion sur la mort" et qui permet "une sorte de "croissance ou de maturité". Comme dans le modèle freudien, le deuil est considéré comme terminé quand l'investissement de la libido sur de nouveaux objets est possible : "Seule l'acceptation de la possibilité de jouir à nouveau de la vie est le signe d'un

travail de deuil réussi" (p. 33).

Après la terminaison du deuil, des "résurgences" (p. 34) peuvent apparaître, par exemple dans des moments symboliques comme les anniversaires du décès. Bien que le deuil se termine, "l'endeuillé ne sera de toute façon plus jamais comme avant". Le deuil apparaît ainsi comme une véritable opération transformatrice du sujet, y compris à l'âge adulte[5], qui s'ancre dans la construction psychique-même.

Ces analyses théorico-cliniques du deuil décrivent des mouvements psychiques spécifiques en réaction à la perte. Ces traits communs n'enlèvent rien à la subjectivité de chaque expérience, comme le rappelle la psychiatre Annette Levillain-Danjou : "S'il existe un processus de deuil commun à tous les deuils, chaque deuil est singulier, unique, étroitement dépendant de relations préexistantes entre la personne décédée et l'endeuillé" (2008, p. 51).

2.2.3. Complications et psychopathologie du deuil

a) Premiers modèles du deuil pathologique

Le deuil en soi se caractérise par une profonde douleur et la mobilisation d'affects agressifs et dépressifs associés à des manifestations somatiques. Ce tableau clinique marqué reste néanmoins *normal*, ne relève pas d'une pathologie en ce qu'il est transitoire et contingent, *réactionnel* à la perte. Mais certaines configurations peuvent entraîner des complications de ce processus normal voire même de véritables décompensations.

Freud a décrit dans un premier lieu les processus du deuil à partir de ses observations cliniques, en comparaison avec son acception morbide qu'est la mélancolie. Cette dernière présente une symptomatologie identique à celle du deuil exacerbée et caractérisée par "une humeur profondément douloureuse, un désintérêt pour le monde extérieur, la perte de la faculté d'amour, l'inhibition de toute activité et une autodépréciation qui s'exprime par des reproches et des injures envers soi-même et qui va jusqu'à l'attente délirante du châtiment" (1917, p. 45). Une "défaite de la pulsion" s'installe, donne lieu à un "délire de petitesse" associé le plus souvent à des troubles du sommeil et de l'appétit (p. 50).

Pour l'auteur, ce qui va déterminer la différence entre l'engagement d'un travail de deuil ou d'un travail de mélancolie, c'est la nature de la libido investie sur l'objet. Un deuil ne peut en effet s'opérer que si l'objet était investi en tant que tel, d'une libido *objectale*, différenciée du Moi, "érotique" (p. 57). La mélancolie opère lorsque l'objet perdu était investi d'une libido *narcissique*. Ainsi, "les reproches que s'adresse le malade sont en fait des

[5] Hanus et Bacqué décrivent aussi les spécificités du deuil chez les enfants et les personnes âgées : se concentrer sur la clinique des sujets adultes n'exclut pas que la perte et le deuil concernent également, et de façon spécifique, les plus âgé.es et les plus jeunes.

reproches à un objet d'amour qu'il a retourné contre son Moi" (p. 54). Se met alors en place un travail "comparable au travail de deuil, qui consume son Moi" (p. 50). Le Moi s'identifie à l'objet perdu : "L'ombre de l'objet est ainsi tombée sur le moi", "la perte de l'objet s'est muée de la sorte en une perte du moi, et le conflit entre le moi et l'être aimé s'est changé en rupture entre la critique du Moi modifié par l'identification" (p. 56). La perte se répercute directement sur le Moi, ce qui se traduit par un tableau dépressif pathologique massif.

b) Quand le deuil se complique : deuils particuliers, compliqués ou pathologiques

b-1 : Les deuils particuliers :

La structuration psychique de la personne endeuillée et la nature du lien qui l'unit à la personne défunte vont être déterminantes dans le destin du travail qui s'opère après la perte. Hanus et Bacqué rappellent que d'autres facteurs vont intervenir dans la mise en place et le déroulement du deuil, ayant trait au sujet, à l'être perdu, et aux circonstances de son décès comme par exemple "l'âge, le sexe, la brutalité de la perte, l'injustice d'une mort trop précoce, etc." (2000, p. 42).

L'aménagement de ces facteurs peut donner lieu à des *deuils particuliers* où le contexte va impacter le processus de deuil sans nécessairement le compliquer ou le faire décompenser. Il s'agit dans cette considération théorique de maintenir un caractère *normal* au deuil tout en tenant compte de ces particularités qui peuvent se retrouver sans pour autant déterminer le destin d'un deuil.

Des facteurs propres à la personne endeuillée vont ainsi en moduler les processus psychiques. Aussi un deuil va être vécu de façon particulière s'il s'agit d'un enfant endeuillé ou de professionnel.les qui s'occupaient de la personne décédée. Par exemple, les personnes souffrant d'atteintes cognitives ou de handicap mental vivront un deuil en fonction de ces spécificités. Pour chaque cas particulier, la personne va s'appuyer sur des ressources toujours singulières pour se représenter la perte et opérer un travail de deuil.

Les situations liées à la mort peuvent aussi concourir à un deuil particulier. Les décès aux caractéristiques extraordinaires, qui s'écartent d'une certaine norme en termes de contexte, les différentes situations de maladies avec leur degré de chronicité, d'atteintes corporelles et psychiques peuvent rendre le deuil particulier. Le décès peut aussi avoir eu lieu dans des circonstances traumatisantes, dans un accident ou une mort collective comme lors d'un attentat ou d'un évènement climatique par exemple.

Hanus et Bacqué soulignent la singularité toute particulière de la mort des "compagnons d'infortune" (p. 67) où un "trouble identificatoire" plonge la personne survivante dans l'ambivalence et la culpabilité qui s'ajoutent peut-être au trauma subjectif.

Lorsque la personne endeuillée a été elle-même exposée à une menace grave, peut en effet s'ajouter au deuil une problématique post-traumatique, les deux se majorant mutuellement.

b-2 : Les deuils compliqués

Le deuil peut aussi connaître des variations qui, sans être des décompensations caractérisées, sont des formes de *complications* qui rendent son élaboration plus difficile. François-David Camps explique ainsi que "de nombreux facteurs peuvent entraver voire interdire l'élaboration de la perte, conduisant à des situations de deuil entravé, de deuil figé ou de deuil impossible" (2020, p. 79).

S'appuyant sur l'inventaire de Prigerson et coll. (1995), Hanus et Bacqué (2000) répertorient différents types de complications du deuil :

- **Le deuil différé** où le maintien d'un mécanisme de déni en réponse à une dimension traumatique de la perte empêche l'élaboration du deuil. Le risque est qu'une perte ultérieure entraîne une dépression plus importante.

- **Le deuil inhibé** lors duquel les "manifestations habituelles du deuil ne sont pas apparentes" (p. 43). Sans nier la réalité de la perte, le sujet "refuse les affects qui y sont liés". Une symptomatologie plus somatique peut être mise au premier plan.

- **Le deuil chronique**, où les affects du deuil perdurent indéfiniment et où la terminaison semble ne jamais advenir. Il peut s'agir d'un deuil mélancolique, d'un état réactionnel au manque de certitudes de la perte dans le réel, ou lié à une forme d'ambivalence rattachée aux bénéfices secondaires du statut d'endeuillé.

- **La dépression majeure liée au deuil** par le maintien d'affects dépressifs de façon prolongée qui "bloque le travail de mentalisation de la perte" (p. 45).

Les facteurs favorisant les complications du deuil sont multiples. Dix sont répertoriés par Hanus et Bacqué, qui s'inspirent à la fois de la question du trauma dans une acception psychanalytique mais aussi du champ de la psychologie de la santé. Se retrouve notamment la notion de *facteurs de risques*, rattachée au concept de résilience comme voie de survie et de construction psychique face au traumatisme :

- **La relation préexistante à la perte** : la nature des liens d'amour (social, familial, etc.) va influencer le déroulement du deuil. Les relations précaires, ambivalentes, symbiotiques, conflictuelles constituent des facteurs de risques particuliers, ainsi que l'âge de la personne défunte lorsque l'ordre des générations est renversé.
- **Les circonstances du décès**, lorsqu'elles sont "brutales ou atypiques" (p. 47). L'évènement va être déstabilisant en ce qu'il est inattendu, surprenant : une plus grande sidération peut être constatée lorsque le décès est inattendu du fait d'une

maladie foudroyante par exemple, d'un suicide ou d'un accident, ou lorsque le corps est très abîmé, que la personne endeuillée est témoin de la mort ou lors des morts considérées comme "*bêtes"* (p. 48). Hanus et Bacqué donnent pour exemple "tué par un bouchon de champagne", mais peut aussi être mentionné le classement des Darwin Awards qui répertorie de façon satirique les décès réputés *bêtes* depuis 1994. Ce constat renvoie à une réflexion sur la norme du mourir, dont la non conformité entraînerait douleur, peur ou honte.

- Les circonstances de **l'annonce du décès** peuvent être traumatiques, d'autant plus lorsqu'elles ne sont pas adaptées aux capacités d'assimilation de l'information par la personne ou vont à l'encontre de ses mécanismes de défense.
- **L'âge de la personne endeuillée** : les jeunes adultes et les personnes âgées sont plus à risque de traverser un deuil compliqué.
- **La perte d'un enfant** revêt en soi une dimension traumatique, et tout particulièrement lorsque le décès survient autour de la naissance car la remémoration va s'appuyer sur l'affectivité à défaut de souvenirs qui sont peu nombreux.
- **Les deuils répétés**, qui s'accumulent sur une courte période de temps et ne laissent pas le temps au sujet de terminer le deuil qui précède. Les antécédents de deuils marquants ou traumatiques peuvent aussi faire l'objet d'une résurgence à l'occasion d'une nouvelle perte.
- **L'impact sur la santé** : si la personne endeuillée souffre d'un état chronique ou d'une maladie, celle-ci peut s'aggraver au décours du deuil et majorer le risque de sa complication. S'ajoute à cela que "le deuil favorise le laisser-aller à des comportements délétères aux effets anxiolytiques : alcoolisation, tabagisme" (p. 50).
- **Le statut professionnel** : l'activité professionnelle semble protectrice, alors que l'inactivité expose à un risque plus grand.
- **Les rites communautaires** lorsqu'ils viennent à manquer, ou entraînent culpabilisation ou isolement de la personne endeuillée. Hanus et Bacqué soulignent aussi que dans le cas de catastrophes collectives, naturelles ou militaires par exemple, le deuil peut se compliquer collectivement.
- **L'environnement** de la personne endeuillée, à savoir son entourage, ses conditions sociales, etc., peuvent protéger autant que qu'exposer au risque de complication.

b-3 : Les deuils pathologiques

En distinction de toutes ces nuances, le deuil pathologique se traduit par "d'authentiques maladies qui surviennent au cours du deuil chez des personnes qui en semblaient exemptes jusqu'alors" (Hanus et Bacqué, 2000, p. 52). Un phénomène qui s'explique en s'appuyant sur le modèle freudien de la mélancolie, à savoir que "la perte […] source d'étayage narcissique, va ici réactiver un traumatisme désorganisateur initial". Plusieurs catégories et sous-catégories de décompensations du deuil sont différenciées.

D'une part, les "deuils traumatiques" ou blocages du deuil en phase aiguë. Ils apparaissent chez les personnes présentant une structuration limite de la personnalité. Les investissements affectifs ayant ici pour fonction de "colmater l'incomplétude primaire de leur narcissisme" (p .55), la perte est vécue intensément mais ne peut être mentalisée, ce qui va donner lieu à des symptômes principalement somatiques et comportementaux.

D'autre part, les "deuils psychiatriques" qui constituent une décompensation sur une organisation de personnalité préexistante :

- **Le deuil hystérique**, où une identification à la personne disparue entraîne inconsciemment "des attitudes ou comportements du défunt" (p. 53). La problématique qui en résulte est que "ces symptômes et les handicaps qu'ils produisent augmentent la longueur de la dépression du deuil". Le risque de comportements auto-destructeurs et de tentatives de suicide est majoré.
- **Le deuil obsessionnel**, où les affects sont moins présents au profit du doute, de la psychasthénie et de la culpabilité qui empêchent que le travail de deuil ne s'opère.
- **Le deuil maniaque** se présente dans la suite de l'annonce du décès. Un déni massif de la mort et de ses conséquences pour le sujet entraîne une exaltation de l'humeur "qui se retourne assez rapidement en humeur triste et en retrait mélancolique" (p. 54).
- **Le deuil mélancolique**, directement inspiré de la théorie freudienne, est une "forme délirante de dépression du deuil" (p. 54) marquée par l'auto-dépréciation et la culpabilité au regard de la perte d'un objet investi narcissiquement.

c) Quand le deuil ne survient pas : les deuils-non-faits

Il existe différentes trajectoires du deuil donc, dans une variations de nuances du normal au pathologique. Mais il arrive que malgré une perte, cette mise au travail psychique ne s'enclenche pas : il s'agit de *deuil-non-fait*.

La psychiatre Levillain-Danjou, spécialiste des problématiques de la fin de vie et du deuil, considère que "de toutes les complications, l'absence de deuil ou le deuil-non-fait est la plus grave" en ce que "un deuil-non-fait peut rester gelé pendant des années entraînant des troubles psychiques et somatiques souvent chroniques" (2008, p. 51). Elle parle bien ici d'une forme de complication du deuil qui renvoie à ces trajectoires entravées que Bacqué et Hanus ne considèrent pourtant pas comme pathologiques, mais cette notion de gravité attire l'attention du côté de processus pathologiques. Sans marquer de décompensation franche, les deuils-non-faits apparaissent comme à la jonction des concepts de normal et de pathologique en ce qui concerne le deuil.

L'autrice appuie sa clinique des deuils-non-faits sur les travaux d'Abraham et Torok (1968, 1978) qui décrivent comment un mécanisme d'incorporation de l'objet perdu, sans

mise au travail psychique et symboliquement *tout entier*, va empêcher le mécanisme d'introjection de la relation d'objet décrit par Mélanie Klein nécessaire au deuil (1947a).

Ce processus d'incorporation en lieu et place de l'introjection va être à l'origine de la constitution d'une "crypte" (Abraham et Torok, 1978, p. 236), soit un édifice symbolique par lequel la personne morte gît dans la personne endeuillée. L'objet perdu est "introduit à l'intérieur de soi avec toutes les pulsions dont il était investi" et gît dans le Moi à un niveau préconscient, clivé de l'appareil psychique mais le parasitant. Cela va entraîner des processus psychiques singuliers, et notamment des mécanismes de défense. Incorporé comme tel et agissant sur la personne endeuillée sans élaboration possible, c'est un cadavre sans sépulture qui gît symboliquement dans le sujet. En l'état, la crypte peut être transmise à la descendance, ce qui produit des effets de façon inconsciente sur les générations suivantes.

En conclusion : mourir, perdre et se séparer

Pédinielli fait cette analyse de la place de la mort dans la pensée psychanalytique :

"La psychanalyse a développé une théorie originale de la mort puisque cet objet de crainte est exclu de sa conception de l'inconscient, réduit à être un représentant de la castration ; mais la mort qualifie aussi un des termes du dualisme pulsionnel. Elle lui a cependant conféré, dans la première topique et dans la représentation du psychisme, une place secondaire et ce, à double titre : la mort ne prend sens que par rapport à une autre réalité (la castration) et elle possède avant tout un contenu négatif qui l'empêche d'être représentée dans l'inconscient. [...] Pourtant dans l'expérience des sujets et de l'analyste, la mort est toujours présente, que ce soit sous la forme de la mort de l'autre, redoutée, crainte, attendue, anticipée…, de sa propre mort, ou en tant que certitude incertaine, pour paraphraser Martin Heidegger" (2006, p. 289).

La pensée psychanalytique sur la mort est ainsi traversée par différentes mises en tensions conceptuelles. Des "malentendus théoriques et des divergences cliniques" (Aisenstein et Troisier, 1996, p. 5) liés aux mouvements psychiques générés la question la mort, y compris les psychologues dans les activités cliniques comme de recherche, ce que rappelle Amar : "la question de la mort et les besoins de nous en protéger n'épargnent ni le chercheur, ni l'analyste" (2008, p. 3).

Aussi dans ce travail de contextualisation théorique, il a été difficile de se confronter à ce "roc de la réalité, que constitue l'irruption du mourir" par la lecture et l'écriture sur la mort, le mourir et le deuil. Il est d'ailleurs notable que beaucoup plus d'écrits ont été faits sur le deuil, beaucoup moins sur le mourir. Des travaux difficiles à trouver, qui demandent des efforts de recherche… et parlent sans doute de la difficulté à se pencher sur cet impensable en tant que sujet.

Pour synthétiser, partant de la question de la mort dans la vie psychique de façon générale pour comprendre comment tout un chacun a à faire avec cette épineuse problématique au long de l'existence, il s'est agi ici d'étudier autant que possible cet irreprésentable autour duquel des mouvements psychiques sont à l'œuvre pour juguler l'angoisse qu'il génère. Il faut bien faire quelque chose de cette menace que nous pressentons et qui pèse sur notre destin.

Vectrice d'angoisse primaire, archaïque, mais aussi analogon de la castration, ce trou de pensée est finalement vecteur de processus tant de liaison que de déliaison, et la question de la mort est intriquée dans de nombreux aspects de la vie psychique y compris la jouissance.

Le propos s'est ensuite focalisé sur les personnes directement concernées par la mort, à qui un pronostic funeste est annoncé. Les temps de l'annonce médicale marquent un point de bascule dans la vie psychique, amènent un débordement par l'angoisse au regard de l'anéantissement et des pertes objectales qui s'annoncent, mobilise des mécanismes de défense spécifiques. Mais ce temps du mourir peut aussi être générateur de liaison psychique dans un investissement massif des liens affectifs anciens et nouveaux.

Mourir, ce serait tendre vers une impossible séparation à la fois objectale et narcissique, radicale. Une crise maturative à part entière où l'angoisse de la disparition à venir mobilise des processus psychiques actualisés de façon inédite, qui opèrent une ultime transformation du sujet.

Par-delà le sujet mourant, la question de la mort concerne bien sûr l'entourage qui l'investit et redoute de le perdre. Aussi l'annonce de la mort à venir d'un proche peut générer des processus *adaptatifs* qui visent à amortir le choc de la perte à venir. Mais cette dynamique de *pré-deuil* peut devenir pathologique, prenant la forme d'un deuil anticipé où les liens affectifs sont retirés avant même le décès.

La mort réelle du proche, en tant que perte d'un objet d'amour, ouvre sur un long, douloureux, mais néanmoins normal processus de deuil. Dans certains cas, selon la personnalité de l'endeuillée, de la personne décédée, de l'histoire de leur relation et de la mort, ce deuil peut se compliquer, devenir pathologique ou rester en suspens, entravant la personne endeuillée dans son fonctionnement psychique.

Il est intéressant de noter que la croisée des regards entre psychanalyse, psychosomatique et psychologie de la santé est éclairante pour approcher la question du mourir et du deuil. Elle permet d'explorer de façon complémentaire ces sujets si sensibles et impossibles à circonscrire tant ils sidèrent ou angoissent.

AXE 3 : Psychopathologie des soignant.es dans leur confrontation à la fin de vie et à la mort dans le cadre de leur travail

L'hôpital est devenu le lieu qui accueille majoritairement la mort. Les professionnel.les qui y travaillent ont donc à faire avec les processus psychiques du mourir chez les personnes en fin de vie, de pré-deuil et de deuil chez leur entourage. C'est une place particulière à la fois auprès des malades et de leurs proches, qui fait partie de leur travail dans ce contexte institutionnel.

Toujours dans cette perspective de cheminement en entonnoir du général vers le sujet, il s'agira dans l'Axe III de ce contexte théorique de définir ce cadre dans lequel s'opère cette confrontation à la mort puis d'étudier les enjeux psychiques de ce travail. Se posera ensuite la question des processus psychiques mobilisés chez les soignante.es comme sujet dans l'accompagnement de la mort à l'hôpital, et dans une certaine continuité celle de la séparation et de la perte de la relation soignant.e-soigné.e après le décès, et donc du deuil.

3.1. Le travail et ses psychopathologies

Une première étape nécessaire dans ce cheminement de l'Axe III est de contextualiser l'acception du travail retenue dans cette approche théorique. Il ne s'agit pas de faire une revue exhaustive sur le travail et les problématiques qui en découlent, mais de s'appuyer sur différents concepts éclairants en sciences humaines pour approcher les enjeux de l'accompagnement de la fin de vie par les soignant.es à l'hôpital.

3.1.1. Définir le travail

a) Le travail, organisateur des sociétés humaines

Depuis les philosophes antiques comme Platon (-370 EC) qui met en avant le primat du savoir et Aristote (-350 EC) qui met en avant le primat de l'action, et jusqu'à nos jours, les sciences humaines tentent de définir la notion de travail à la croisée des regards entre ses différentes perspectives.

Un terme dont le sens fait encore débat aujourd'hui : longtemps considéré comme dérivant du latin *tripalium*, qui désigne un instrument de torture et implique une connotation de souffrance associée au travail, le sens du terme "travail" fait encore débat de nos jours. L'origine du mot est aujourd'hui reconsidérée par de nombreuses et nombreux linguistes.

S’appuyant sur des débats princeps au XVIIème et XIXème siècles, André Eskénazi (2008) la rapprocherait en effet davantage à des termes liés à la charpenterie et à l’élevage équin. L’hispaniste Marie-France Delport quant à elle, questionne les différentes racines de ce mot dans les langues latines comme désignant plutôt une notion de “la représentation d’une résistance et d’une tension qui se dirige par-delà cette résistance, au-delà d’elle, qui cherche à passer outre” (1984, p. 162).

D’un point de vue psychosociologique, Eugène Enriquez fait la synthèse suivante de ce que représente le travail aujourd’hui :

“Depuis que Marx a déclaré que l’élément différentiel entre l’animal et l’homme était que celui-ci était capable de «produire ses conditions d’existence» (1846), de transformer le monde et ainsi de ne plus être soumis aux seuls aléas de la nature, le travail est considéré aussi bien par les marxistes que les non-marxistes non seulement comme une caractéristique importante de l’espèce humaine, mais comme l’essence de l’homme” (2013, p. 253).

Ainsi, “le travail est devenu, depuis l’avènement du capitalisme et la révolution industrielle du XVIIIe siècle un attribut central de la vie humaine dans les sociétés occidentales”. Cette analyse est à situer dans le regard particulier du psychosociologue qui s’appuie aussi sur la psychanalyse, par lequel il considère que “l’individu n’existe pas en dehors du champ social” (2003, p. 17).

Il s’appuie en cela sur le travail freudien à propos du rapport entre l’individu et le social, qui considère que “dans la vie psychique de l’individu pris isolément l’autre intervient très régulièrement [...] et de ce fait la psychologie individuelle est aussi d’emblée simultanément une psychologie sociale” (Freud, 1921, p. 123). Proposant une “sociologie clinique d’inspiration psychanalytique” (2003, p.325), il pense en effet que ce qui différencie la psychanalyse de la sociologie est que l’objet de la seconde relève du “visible”, alors que la première appréhende “l’autre scène” que constitue l’inconscient “est au moins aussi intéressante et opérante” (p. 17).

La psychanalyse se saisit en effet de la question dès Freud (1929) qui repère un rôle organisateur du travail dans la société. Il décrit ainsi pour les sujets qui travaillent “la possibilité de transférer les composantes narcissiques, agressives, voire érotiques de la libido dans le travail professionnel et les relations sociales qu'il implique” qui “donne à ce dernier une valeur qui ne le cède en rien à celle que lui confère le fait d'être indispensable à l'individu pour maintenir et justifier son existence au sein de la société” (p. 23).

L’auteur distingue les enjeux psychiques du travail selon si celui-ci est choisi ou bien subi par obligation ou nécessité. Un travail “librement choisi” peut être “source de joies particulières, en tant qu'il permet de tirer profit, sous leurs formes sublimées, de penchants affectifs et d'énergies instinctives évoluées ou renforcées”. Il souligne néanmoins que le travail, même librement choisi, ne jouit pas du statut d’autres sources de plaisir : “C'est une voie dans laquelle on est loin de se précipiter avec l'élan qui nous entraîne vers d'autres

satisfactions". Cela conduit finalement la plupart des individus à travailler "sous la contrainte de la nécessité". Une "aversion naturelle pour le travail" de laquelle "naissent les problèmes sociaux les plus ardus" d'après lui.

Aujourd'hui Enriquez souligne les différentes acceptions du travail en s'appuyant sur les travaux de Lhuillier (2007) qui distingue "travail salarié, activité et emploi" :

"Le **travail salarié** implique la connaissance d'un métier pour lequel un apprentissage a été préalablement nécessaire (ou qui va se faire « sur le tas » grâce dans le meilleur des cas à l'aide d'un compagnon, plus expérimenté) et qui va permettre au travailleur de faire preuve d'imagination et de « débrouillardise », de se confronter au « réel du travail » (toujours différent du « travail prescrit »). Les **activités** (par exemple les « travaux domestiques », le bricolage, etc.) « ne relèvent pas du loisir mais assurent les mêmes fonctions du travail au sens usuel du terme : fonctions utilitaire, sociale et identitaire 21 ». L'**emploi** est toujours situé à l'intérieur d'une organisation. Il est encadré par des normes, des règles, des procédures. Il se présente comme l'expérience fondamentale de la contrainte. L'activité exprime les possibilités humaines, le travail salarié la possibilité malgré les contraintes (et son caractère « aliéné ») de faire preuve d'initiatives, l'emploi n'a, pour la plupart des personnes en recherche d'emploi, d'autre signification que la survie biologique ou sociale" (2013, p. 267).

b) Point de vue psychodynamique sur le travail

Dès les années 1980, Pierre Bourdieu évoque par son regard de sociologue qui s'appuie sur la psychanalyse une "conception dynamique des rapports entre psychique et social médiatisée par le rapport au travail" (cité par Dejours, et Gernet, 2012, p. 37).

Ce regard psychodynamique sur le travail articulé à la question du social est éclairant quant au rôle de celui-ci en dans les processus psychiques du sujet qui travaille. Car les professionnel.les du soin sont en premier lieu des personnes qui travaillent, et donc des sujets.

Le point de vue adopté ici est principalement étayé par les apports de Christophe Dejours, psychiatre et psychanalyste spécialisé dans la psychopathologie du travail, de ses contemporains, collaborateurs et collaboratrices.

Dans ses travaux avec la psychologue clinicienne et chercheuse Isabelle Gernet, Dejours définit le travail à partir de la notion d'"irréductibilité de l'écart entre le travail prescrit et le travail effectif" (Dejours et Gernet, 2012b, p.76), en s'appuyant sur les travaux d'ergonomes comme François Daniellou et ses collaborateurs (1983). Ce point de vue permet de "distinguer la tâche, qui correspond aux objectifs à atteindre, et l'activité, qui correspond à ce qui est fait concrètement par le travailleur pour y parvenir" (2012a, p.20). Ce qui constitue cet "écart", c'est qu'"indépendamment de la précision des consignes et des prescriptions données par l'organisation du travail, surviennent toujours des dysfonctionnements, des incidents ou des imprévus, de telle sorte que le respect scrupuleux des prescriptions ne

permettrait pas d'atteindre les objectifs." Une distinction qui "résulte pour une part de la variabilités des situations, mais également des insuffisances et contradictions issues de l'organisation du travail".

Cette "résistance du réel" qui empêche l'exécution du travail prescrit malgré les "connaissances" et les "savoirs-faire" entraîne une "souffrance" normale, "pas pathogène en soi" (p. 22), "par l'intermédiaire du sentiment d'impuissance, de l'hésitation, du doute et de l'échec" qui amène à chercher activement une solution, à produire un effort (p. 21). L'écart entre tâche et activité, travail prescrit et travail réel qui va mobiliser un engagement de la part de la personne qui travaille, la production d'un "effort", le déploiement d'une énergie et d'aptitudes particulières, pousse à se mettre en action, en mouvement pour accomplir la tâche face à la résistance du réel qui la rend difficile. Cette acception du *travail* n'est pas sans rappeler l'analyse étymologique de Delport (1984) sur le sens de ce terme.

En d'autres termes, "la souffrance appelle à une transformation de soi et se trouve mobilisée au service de la recherche d'une solution face à l'échec, sous la forme du *zèle*, qui désigne l'investissement psychique présidant à la mobilisation d'une forme spécifique d'intelligence déployée pour faire face à la situation de travail". C'est l'effort ainsi fourni qui permet une satisfaction et un accroissement personnel par la réussite de la tâche.

La production de cet effort suppose un engagement subjectif de la personne qui travaille : d'une part "l'activité de travail, du fait des gestes qu'elle implique, des matériaux et des outils qu'elle engage, du statut social qu'elle confère, etc. comporte une dimension symbolique et narcissique individuelle qui peut se trouver en opposition avec les prescriptions portées par l'organisation du travail" (p. 20), d'autre part parce que "des dysfonctionnements, des pannes, des imprévus de telle sorte que le respect scrupuleux des prescriptions ne permettrait pas d'atteindre les objectifs si le travailleur ne faisait pas des écarts et transgressions" (p. 21).

Ainsi, "le travail, du point de vue du clinicien, se caractérise donc essentiellement par sa part subjective et vivante, à savoir les initiatives, l'inventivité qui sont mobilisées par ceux qui travaillent et que l'on peut désigner comme le *travail réel*". Produire cet effort pour l'accomplir requiert un surplus d'intelligence spécifique, qualifié ici d'"ingéniosité", qui devient "technique" et s'intègre aux "Règles du travail" par l"'activité déontique". Les Règles du travail produites de cette façon sont le plus souvent implicites, et visibles surtout lorsqu'elles sont transgressées (p. 54). Il s'agit là, de la part de la personne qui travaille, d'une "contribution active en échange de laquelle les sujets attendent une rétribution symbolique à la base de la reconnaissance et de l'appartenance au collectif du travail" (p. 58)

Par ailleurs, cette intelligence au travail permet le développement de compétences où "se capitalisent des éléments de la performance qui résulte de la gestion du décalage entre prescrit et réel" (p. 51). **C'est donc par l'expérience de terrain que l'*ingéniosité* devient *technique* via l'*activité déontique* qui produit les *Règles de travail*.** La part subjective liée à la

personne qui travaille fait que “l’intelligence au travail est conditionnée et structurée par l’expérience affective du rapport à la tâche” (p.52).

Cette **notion de résistance et d’effort pour tendre vers la satisfaction via une mobilisation des ressources psychiques inscrit le travail dans une “dialectique souffrance/plaisir”** (p. 22). Car par la réussite, cette souffrance “peut être subvertie en plaisir”, et “le rapport individuel à la tâche peut être source de gratifications narcissiques”.

Mais pour cela trois dimensions sont nécessaires :

- d’une part “que le sujet soit en mesure d’endurer l’échec résultant de la confrontation aux limites de son habileté technique dans la rencontre avec le réel qui résiste à la maîtrise”,
- d’autre part “que la trouvaille, la solution ou le succès soient, au moins en partie, au rendez-vous de l’engagement psychique majeur dans le travail”,
- et enfin “que ces efforts et investissements soient reconnus par les autres”.

Cette dialectique souffrance/plaisir relève d’une position qui pourrait être considérée comme masochique. Mais pour Dejours et Gernet, elle a plutôt trait à “des stratégies défensives élaborées pour tenir en situation de travail” (p. 23), qui feraient que “les conduites d’érotisation de la souffrance” constatées “seraient donc *secondaires* à l’expérience du travail”.

Un “continuum entre souffrance et plaisir” au travail qui “peut offrir une scène pertinente au sujet pour y accomplir son identité”, mais aussi “conduire à fragiliser la subjectivité”. Aussi, le travail “peut jouer un rôle majeur dans dans l’économie psychique, en tant que médiateur de l’accomplissement de soi, ou au contraire contribuer à déstabiliser les aménagements psychiques et pousser vers la maladie, quand les procédures défensives élaborées pour lutter contre l’effet déstabilisateur des contraintes organisationnelles sont entravées” (p. 37).

Des procédures défensives qui recouvrent les mécanismes de défense classiquement rencontrés chez tout sujet comme par exemple la rationalisation, le refoulement ou le clivage. Cependant Dejours et Gernet repèrent “des constructions défensives élaborées et entretenues collectivement par les travailleurs qui ont pour visée principale de lutter efficacement contre la souffrance générée par les contraintes réelles du travail” et de “lutter efficacement contre la menace de décompensation” (p. 25). Il s’agit de stratégies défensives à l’échelle individuelle ou collective, groupales pourrait-on dire en s’appuyant sur les travaux de Kaës (2012), spécifiques au contexte professionnel.

Les stratégies défensives individuelles spécifiques dans le travail sont les suivantes :

- L’“auto-accélération” (p. 26) : “par cette voie, les sujets paralysent leur fonctionnement psychique grâce à une vitesse telle que la vitesse de gestes aussi rapides engoursisse la pensée”. Une accélération sensori-motrice au détriment du

reste du fonctionnement psychique, notamment de l'activité de pensée et l'activité fantasmatique. Cela met la personne qui travaille dans une position paradoxale : le psychisme est mobilisé pour le travail, mais paralysé par la défense.

- La "régression pulsionnelle", dans la perspective freudienne de ce mécanisme de défense. Il agit ici dans le sens d'un *fonctionnement opératoire* tel qu'il est décrit dans le champ de la psychosomatique (Marty, 1963 ; Smadja, 2001), qui se concentre sur l'action en excluant les représentations d'affects qui y sont associées.
- "L'activisme" (p. 27) est un processus qui "consiste à contribuer à l'entretien de la surcharge de travail". En cela, il "conduit en particulier à une suspension de l'activité de la pensée et du jugement moral", ce qui permet notamment de "conserver une attitude professionnelle dans des situations de travail qui deviennent coûteuses sur le plan psychique, notamment quand elles génèrent des *conflits éthiques*".
- "Le recours à l'imaginaire social" (p. 28), en ce qu'il est "composé d'images et de représentations données de l'extérieur, soutenue par l'idéologie de la *virilité sociale* [...] comme la performance, l'exploit, la force, le pouvoir, la maîtrise, etc" qui "donnent des privilèges associés à la domination". Un processus gratifiant qui permet en même temps une économie de pensée : "Les contenus de l'imaginaire social revêtent un pouvoir de fascination et de sidération de la pensée et permettent de faire l'économie du travail psychique de liaison des excitations qui organise habituellement la circulation entre les systèmes de la topique psychique".

Ces stratégies défensives individuelles sont associées à des stratégies collectives, portées par l'ensemble du groupe de travail, voire du corps de métier :

- Les "conduites de conjuration de la peur" (p. 29) : il peut s'agir de "conduites ordaliques, bizutages, idéologies héroïques etc" qui "valorisent la force et le courage viril[6]" afin d'"agir sur la perception du risque en tentant de le maîtriser sur le plan symbolique afin de l'évacuer du champ de la conscience. Un processus qui contient une certaine forme de "déni [...] de la réalité du danger" pour pouvoir continuer collectivement à travailler. Dans les situations de travail à risque en termes de souffrance psychique, cela peut se traduire par un "cynisme viril".
- Les techniques d'"encerclement de la souffrance" apparaissent comme spécifiques aux "métiers construits par les femmes" (p. 30), la profession d'infirmière y est citée en exemple. Il ne s'agit non pas d'évacuer les représentations mobilisables par les situations difficiles, mais au contraire de les *domestiquer* de manière à les rendre plus supportables.

Il s'agit là d'une somme de processus qui peuvent se rencontrer dans différents corps de métiers. Ils semblent concourir à une forme d'agir, et restaurer une forme de toute-

[6] "Les valeurs du courage viril [...] valorisent la capacité à endurer la souffrance mais autorisent également de pouvoir infliger de la souffrance à autrui" (p. 93).

puissance face aux menaces physiques et psychiques rencontrées en situation professionnelle.

Ces stratégies sont en voie de mutation. Dejours et Gernet précisent en effet que les "récentes évolutions des modes d'organisation du travail" (p. 30) qui poussent à une plus grande "individualisation" restreignent les possibilités de stratégies défensives collectives, ou poussent à la formation de nouvelles formes inédites.

Le travail dans la vie psychique constitue une "production subjective", et il a en même temps une véritable "place [...] dans le fonctionnement psychique" (p. 50). Le psychisme est donc *mis au travail par le travail* en celui-ci "mobilise la subjectivité dans son ensemble".

Qu'en est-il de l'engagement du corps au travail ? Cette question a une large place, mise en avant notamment dans le champ de la psychosomatique (Marty, De M'Uzan, 1963). Ainsi, "la souffrance générée par la rencontre avec le travail se caractérise comme une expérience du corps qui mobilise la dynamique pulsionnelle et se présente comme une exigence de travail pour l'appareil psychique" (Dejours et Gernet, 2012a, p. 37). C'est en effet par l'"engagement du corps dans le travail" (p. 43) que le psychisme est mobilisé, en référence à la notion de "connaissance par corps" de Bourdieu (1997), et plus largement à l'étayage de la pulsion sur le corps mis en avant par Freud au début du XXème siècle.

Le travail passe donc par le corps, ce qui permet le développement d'une "sensibilité" particulière liée à l'expérience concrète de travail (p. 43) qui passe par la "*subjectivation* de la matière, de la machine, de l'outil, voire du comportement de l'autre si l'on pense aux activités de service" qui "permet [...] de faire l'économie de la force et du temps" par "l'attention et l'interprétation de l'environnement". Une véritable "mobilisation du corps érotique dans le travail" qui "conduit à trouver une solution inédite, qui se matérialise sous la forme principale de l'*intuition*" (p. 47), de l'"*implicite*", et donc sur un mode préconscient voire inconscient.

C'est l'engagement de ce corps "mobilisé au service du sens des gestes de travail" (p. 50), "une mobilisation du corps qui sent mais aussi qui éprouve la peur, le doute, la perplexité, le plaisir de la réussite…", soit une véritable "intelligence du corps" qui permet de travailler. Dejours désigne cet ensemble de processus par la notion de "corpspropriation" (2017) : le travail mobilise le psychisme par le corps, et il est en même temps intégré et s'exprime par lui.

Un rapport au travail extrêmement dynamique donc, dont **l'ensemble des processus complexes à l'œuvre forme un "travail vivant"** qui "se caractérise [...] par la formation d'habiletés individuelles qui émergent de l'expérience du corps, mais également par l'invention et l'appropriation de savoirs-faire collectifs" (2012a, p. 53). Un travail vivant en ce que "le sujet en travaillant opère des transformations du monde ne produisant des biens et des services, mais il se transforme aussi lui-même en travaillant", dans un processus interactif dynamique.

Ce concept particulièrement opérant de "travail vivant" a aussi une valeur sublimatoire qui contribue à "l'accomplissement de soi à travers l'activité professionnelle" (p. 64) par

“substitution de l’activité socialement utile a à l’objet initial de la pulsion” (p. 63) qui “n’est pas spontanée et doit être reconquise de manière répétée par le sujet à partir de son inscription dans les rapports sociaux de travail”, véritable “désexualisation de la pulsion”. Cela contribue à la dynamique physique de travail par un conflit psychique entre “la recherche du plaisir au travail par la mobilisation de l’ingéniosité individuelle” et “le renoncement qui impose des limitations aux satisfactions pulsionnelles” (p. 64).

3.1.2. Quand le travail rend malade ?

a) La souffrance au travail

Le travail est pris dans le fonctionnement psychique du sujet et son expression est éminemment subjective. Sous certaines conditions, dans un fonctionnement à l’équilibre, il peut constituer une expérience maturative source de satisfaction et d’accroissement personnel. Mais les conditions qui l’entourent et les ressources propres aux personnes qui travaillent sont des facteurs qui contribuent à son caractère enrichissant ou éprouvant selon le contexte. **Lorsque les conditions du travail mettent trop à l’épreuve travailleurs et travailleuses, il peut exposer ou concourir à un déséquilibre psychodynamique**.

Le médecin réanimateur Richard Boiteau rappelle dans un écrit sur la souffrance des personnels soignants : “La souffrance au travail, également appelée « trouble psycho-social », est définie en 1996 par l’Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail « quand un déséquilibre est perçu entre ce qui est exigé de la personne et les ressources dont elle dispose pour répondre à ces exigences »” (2018, p. 71). Le fait qu’un réanimateur se penche sur le sujet est intéressant au regard de l’intensité clinique dans les services de sa spécialité.

Cette notion de déséquilibre est à mettre en tension avec un continuum du normal au pathologique (Canguilhem, 1943). D’un point de vue psychodynamique, Dejours et Gernet, à partir de la souffrance normale, “non pathogène” au travail qui est liée à une certaine satisfaction, évoquent différents contextes où celle-ci peut devenir problématique. Problématique car compromettant la réussite ou exposant la personne qui travaille à un danger physique ou psychologique.

L’auteur et l’autrice décrivent ainsi des phénomènes de “radicalisation” des défenses qui peuvent “nuire au sens du travail” (2012, p. 31). Des idéologies défensives, comme par exemple “la référence à un ennemi commun” et la “mobilisation de catégories essentialisantes (les femmes, les faibles, les étrangers, les jeunes, etc) [...] impliquent toujours une disparition des espaces de discussion sur le travail, de la convivialité, et ouvrent la voie à l’émergence de la violence”. Le travail s’en trouve donc impacté, et cela peut générer des dynamiques de souffrance voire de violence entre les personnes qui travaillent ensemble. Une souffrance qui est “toujours individuelle”, mais qui peut être soulagée ou impactée en partie par les mouvements défensifs collectifs.

Enriquez (2013) considère que **les conditions de travail ont un rôle majeur dans l'émergence de cette souffrance**. Il décrit avec un engagement certain comment un emballement des exigences en termes de rendement, de "production" (p. 266) dans des contextes instables fragilisent les personnes qui travaillent :

"Si encore cette production était relativement planifiée, dans un monde stable où les travailleurs pouvaient avoir le temps d'apprendre leur métier, d'inventer leurs « tours de main », de s'éloigner du travail prescrit, de transmettre leur savoir, de vivre dans des collectifs responsables, d'être reconnus dans leur compétence, la situation serait toujours difficile mais acceptable. Mais ce n'est plus le cas."

Ce qui a changé ces dernières décennies pour l'auteur c'est que "les projets changent continuellement, les ordres entraînent des contre-ordres, les entreprises ferment ou sont rachetées, le culte de la performance et de l'urgence règne, les collectifs sont brisés, le « stress professionnel » et même le harcèlement deviennent une réalité quotidienne." Un contexte qui entraîne une importante "dégradation des conditions de travail et de la montée de la précarité (Gaulejac, 2011)". Le travail est ainsi en quelques sortes dévoyé et "exprime l'exploitation des personnes" entraînant une précarisation des plus faibles : "Dans un monde où seul le profit est respecté, chaque individu « subalterne » est mis dans une situation d'angoisse, de peur de perdre sa situation et est contraint d'accepter le salaire insuffisant ou l'emploi même rebutant qu'on lui propose sous peine de se transformer un jour en SDF". Un contexte hostile qui met la "praxis en berne" (p. 267) et risque d'aliéner travailleurs et travailleuses en les privant ou en complexifiant leur autonomie au travail.

Ces contextes délétères peuvent avoir des effets sur le sujet au regard de la dimension éminemment subjective du travail. Dejours et Gernet remettent en question le point de vue traditionnel où "les décompensations psychopathologiques liées au travail restent encore le plus souvent abordées essentiellement sous l'angle des vulnérabilités individuelles qui trouvent à s'exprimer dans le contexte d'une situation sociale particulière : le travail" (2012a, p. 77). Pour lui et elle, "l'analyse clinique de la souffrance doit porter non seulement sur les modes de résonance des conflits intrapsychiques à travers les destins de la sexualité infantile, mais également sur son devenir dans les rapports sociaux de travail".

Ces liens sont difficiles à repérer quand l'analyse clinique se concentre exclusivement sur un point de vue structural de la décompensation, où les troubles sont pris "indépendamment de leur contexte". Or, "les rapports entre fonctionnement psychique et champ social ne s'articulent pas de manière directe mais sont toujours médiatisés par la rencontre avec le réel mobilisée par le travail" (p. 78). Aussi pour Dejours et Gernet, "il est possible de mettre en évidence que le travail joue un rôle majeur dans le déclenchement de la décompensation, pas seulement au titre d'un facteur contingent".

L'organisation psychique du sujet et la "contrainte pathogène de la situation de travail" concourent à la décompensation en ce que "**la séparation entre travail et hors travail n'est pas opérante pour la vie psychique** et que la déstabilisation des défenses au travail peut

ébranler l'économie affective et familiale et inversement". Un débordement des défenses peut survenir tant dans la sphère privée, intime, que professionnelle, ces deux dimensions créées artificiellement étant en fait étroitement liées. Aussi "la décompensation peut se déclencher quand la solidarité, qui existe entre l'économie érotique et familiale et les exigences défensives du travail, est remise en question". Dejours et Gernet formulent ainsi "la thèse de la centralité du travail" dans les processus de décompensation psychopathologiques, dans la continuité de travaux en sociologie sur les liens entre travail et rapports sociaux.

Des "problématiques psychopathologiques liées aux nouvelles formes d'organisation du travail" (p. 79), notamment les modes d'évaluation individualisée auxquels "échappe" la part éminemment subjective de celui-ci, émergent. Deux grands ensembles se détachent :

"Les pathologies de la solitude d'une part ; les pathologies de la servitude d'autre part [...] les **pathologies de la solitude** ont comme dénominateur commun l'isolation et l'abrasion des ressources défensives collectives contre les effets pathogènes de la souffrance et des contraintes de travail. Ces formes de pathologies apparaissent essentiellement comme conséquence de la déstabilisation du rapport au travail consécutive à l'introduction de méthodes d'évaluation objective quantitative des performances" (p. 80).

Quant aux "**pathologies de la servitude**", elles "caractérisent les situations pathogènes liées au travail dans les activités de service qui regroupent des secteurs d'activité variés". Ce sont les "méthodes d'organisation structurées par le recours au flux tendus et à la flexibilité" en lien avec "la relation de service", ainsi que les "compromissions concédées au nom de l'efficacité du travail" notamment au niveau des émotions et sur le plan éthique qui "génèrent des formes spécifiques de souffrance" et "se révèlent particulièrement périlleuses sur le plan psychopathologique".

Les modes de décompensation de ces pathologies rejoignent celles classiquement rencontrées dans la pratique clinique. Si elles se retrouvent dans tous les secteurs professionnels, certains champs professionnels prédisposent particulièrement à des pathologies spécifiques.

Pour Dejours et Gernet, les **troubles de l'humeur**, notamment sur un mode dépressif, seraient particulièrement présents dans la population des actifs et actives. Si les études épidémiologiques qui appuient ce propos montrent une dimension factorielle du travail dans les troubles de l'humeur sans que cela soit une causalité unique, certains contextes socioprofessionnels sont particulièrement touchés. C'est le cas par exemple des personnes au chômage, occupant un emploi précaire, ou "placardisées" (p. 80).

Le travail et ses conditions peuvent aussi concourir à une **décompensation psychotique** lorsque la personne y est prédisposée de façon structurelle. Ces décompensations vont le plus souvent s'exprimer sur le mode de la bouffée délirante avec des idées de persécution. Le risque d'épisode psychotique peut aussi être majoré par les risques

environnementaux auxquels expose le travail sur le plan neurologique, comme le contact avec certaines substances toxiques par exemple.

Les conditions de travail peuvent par ailleurs exposer à des situations traumatogènes pouvant aboutir à des **pathologies post-traumatiques**. Elles sont le plus souvent la résultante d'accidents ou d'agressions. La symptomatologie peut s'exprimer sur un mode névrotique ou bien de "sinistrose" (p. 90) où une exagération du préjudice subi mobilise une grande partie des investissements psychiques dans une demande de réparation, pouvant prendre la voie de la quérulence dans un processus paranoïaque.

Des **troubles du jugement et de la pensée**, à savoir des troubles cognitifs, peuvent émerger dans un contexte de travail désorganisé ou saturé. Ils peuvent s'exprimer sous la forme d'un syndrôme déficitaire en secteur ou d'un syndrôme confusionnel (dit pseudo-démentiel).

D'autre part, certains contextes d'activité sont particulièrement propices à des **passages à l'acte violents** dans la mesure où "les manifestations de la sexualité (sadisme, masochisme, violence) dans le travail ne sont pas seulement mobilisées à des fins de satisfaction immédiate de l'économie pulsionnelle, mais mais sont indexées au stratégies défensives au service de la santé mentale au travail" (p. 93). C'est-à-dire que la violence peut se manifester au travail à la fois à des fins de décharge pulsionnelle, mais aussi pour contribuer à un équilibre défensif par des leviers collectifs notamment. C'est le cas par exemple de "certains milieux de travail qui impliquent des risques pour l'intégrité corporelle (BTP, police, armée, surveillants de prison, industrie chimique, etc)" (p. 92). Les passages à l'acte violents peuvent alors être tournés vers les collègues, la hiérarchie, ou plus rarement les usager.es ou les installations techniques.

La notion de violence se retrouve également dans les **pathologies du harcèlement**, moral ou sexuel. Des entités à mettre en lien avec l'organisation du travail et des logiques de domination qui dépassent la question de la structuration psychique individuelle et de la relation entre personne agressée et agresseuse. Ces situations font symptôme dans le travail mais aussi à l'échelle du sujet harcelé qui peut présenter de nombreux signes anxio-dépressifs ou somatiques par exemple.

Sont aussi à noter les passages à l'acte auto-agressifs que sont les **suicides et tentatives de suicide** liées au travail, voire sur le lieu même du travail. "Entité psychopathologique complexe qui soulève des questions théoriques et pratiques majeures" (p. 120), peu d'études portent sur l'étiologie de ces phénomènes ou permettent d'investiguer le lien entre suicide et travail. À partir de données issues de la santé au travail, la proportion de ces suicides en France serait d'environ 300 par an. Ils seraient plus propice à se manifester chez les personnes qui présentent une certaine vulnérabilité psychique marquée par exemple par "sensibilité au traumatisme et au débordement par l'angoisse, défaillance du Moi et du préconscient dans l'élaboration psychique des conflits se traduisant par une recours préférentiel à l'agir, fragilité narcissique rendant le sujet plus vulnérable à la perte et à la

séparation s'accompagnant d'une idéalisation des investissements, recours privilégié à des mécanismes de défense contribuant à l'externalisation des conflits (clivage, déni, projection)" (p. 121). Des "fragilités préexistantes" (p. 122) qui seraient aggravées par un management et une organisation du travail qui potentialisent le risque de passage à l'acte.

Le rapport au travail peut être intégré à une dynamique du ressort de l'addiction, entraînant **hyperactivité et dopage au travail**. Cela expose tout particulièrement au risque d'effondrement dépressif ou d'épuisement professionnel.

Enfin, des conséquences létales peuvent également survenir dans des contextes de **pathologies de surcharge**. Sont distinguées d'une part les "atteintes somatiques", soit des maladies graves ou chroniques éminemment imputables au travail, comme par exemple le *Karôshi*[7] japonais ou les Troubles Musculo-Squelettiques. Cette perspective s'appuie largement sur les apports de la psychosomatique. D'autre part, il existe des syndrômes mixtes psychiques et somatiques qui constituent le *syndrôme d'épuisement professionnel*.

b) Une psychopathologie spécifique au travail : l'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel désigne une entité psychopathologique particulière, au cœur d'enjeux de santé publique ces dernières décennies. Elle est désignée par la mouvance anglo-saxonne de psychologie de la santé sous l'appellation de *burn out syndrom,* en français Syndrome d'Épuisement Professionnel ou SEP.

Issu de données empiriques, sa définition a été progressivement affinée au fil de décennies (Canouï, 2016). Le burn out syndrom incarne un modèle exemplaire de décompensation liée au travail. Ce statut particulier en fait l'objet d'une attention singulière dans les protocoles de prévention en santé au travail qui visent la gestion des "risques psychosociaux" (Fontaine, 2019), à savoir les vulnérabilités qui peuvent émerger de la rencontre entre les dimensions subjectives et les conditions du travail, "à la jonction de l'individu et de sa situation de travail" (Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, 2023).

À partir de travaux princeps sur les personnes qui travaillent dans la relation d'aide, le psychiatre et psychothérapeute d'approche principalement humaniste Pierre Canouï explique que "de très nombreux chercheurs se sont intéressés à ce trouble pour d'une part définir l'épuisement professionnel au travail pour toutes les catégories professionnelles et d'autre part donner à ce trouble particulier une place dans la pathologie professionnelle et de ce trouble d'adaptation de l'homme à son travail" (2016, p. 22).

[7] "terme japonais qui désigne la "mort par excès de travail" [...] à la suite d'une hémorragie cérébrale ou d'un infarctus du myocarde. Les victimes ne présentent pas d'antécédents cardiovasculaires. [...] Le *karôshi* est reconnu comme une maladie professionnelle au Japon depuis les années 1970" (p. 101-102).

Travaillant depuis de nombreuses années auprès du personnel hospitalier, il s'appuie sur son expérience et sur les recherches menées outre-Atlantique puis en France depuis les années 1970 pour constater que "des hommes, des femmes tombent, épuisés, se désadaptent de leur environnement professionnel, au mieux changent d'orientation, au pire se suicident" (p. 20). Une *désadaptation* qui recouvre à la fois la personne qui travaille et ses conditions, dont l'impact dépasse la sphère de l'activité professionnelle. Elle peut être mise en perspective la souffrance au travail telle que la conçoit Dejours sous un angle psychodynamique.

Le burn out serait donc "le résultat d'une histoire qui croise [le] parcours personnel, les conditions de travail et les valeurs" de la personne qui travaille (p. 20). **Une étiologie complexe et interactionnelle qui ne peut se réduire au sujet ou à ses conditions de travail pris isolément**. L'auteur précise que "les facteurs en cause sont nombreux et font l'objet d'une analyse détaillée. Il s'agit tant de facteurs de personnalité, des motivations profondes de l'être et de son engagement au travail, que des conditions de travail à l'aube du troisième millénaire ainsi que du sens et de la valeur de celui-ci dans notre monde" (p. 29).

La majorité des travaux sur le concept de burn out, sur lesquels Canouï s'appuie, reposent sur le modèle théorique du *stress*, c'est-à-dire une analyse des réactions d'un individu pour s'adapter à son environnement (Selye, 1956, 1975). Si cet effort excède ses ressources, alors cela peut avoir des effets délétères sur le plan physique ou psychologique.

Canouï résume ainsi **le burn out dans cette perspective de modèle du stress** : "L'épuisement professionnel est un syndrome commun à toutes les professions en tant que manifestation d'une expérience psychique et physique négative, liée à un stress émotionnel chronique causé par un travail face auquel l'individu n'arrive plus à s'adapter" (2016, p. 29). Il en ressort une notion d'"accumulation" et de "répétition à moyen terme (2 à 5 ans selon les auteurs)" (p. 29). C'est cette dimension chronique qui concourt à l'installation des troubles, et différencie la dynamique d'épuisement de manifestations post-traumatiques qui seraient liées à une exposition aiguë. Car si certaines théories envisagent le burnout comme un "état", Canouï le situe bien comme un "processus dynamique susceptible d'aggravation mais aussi d'évolution positive pour la personne. Il n'est pas une maladie." Aussi, il s'agit de "troubles progressivement acquis" (p. 25) et "**un syndrome d'épuisement professionnel peut se développer chez un individu normal**" (Canouï et Mauranges, 2008, p. 21).

D'un **point de vue sémiologique**, "les signes cliniques du burn out sont non spécifiques. Les signes cliniques décrits sont des symptômes somatiques, psychiques et comportementaux variés, banals et non caractéristiques" (2016, p. 23). Le raisonnement diagnostic qui conduit à faire l'hypothèse d'un burn out repose donc sur une analyse complexe qui ne saurait se réduire aux signes cliniques manifestés par le sujet épuisé. Et notamment en se référant au modèle du stress : "Peu d'éléments distinguent ces symptômes de la symptomatologie décrite dans la pathologie générale due au stress. On peut aisément lire

dans cette description des tableaux plus ou moins complets d'un état anxieux, anxio-dépressif, dépressif débutant [...] ou pseudonévrotique" (p. 25).

Se retrouvent donc un ensemble de "signes cliniques non-spécifiques" (2008, p. 12) au niveau somatique (fatigue, céphalées, troubles digestifs, troubles du sommeil, état pseudo-grippal prolongé ou fréquent…), ainsi que psychique et comportemental (irritabilité, intolérance à la frustration, labilité émotionnelle, méfiance, rigidité, toute-puissance, résistance au changement, attitudes cyniques, pessimistes, pseudo-activisme avec perte d'efficacité, ect).

La description du syndrome repose sur un triptyque de critères avec une prépondérance variable de l'un ou l'autre selon les métiers, "sorte de modélisation de l'installation du burn out chez l'individu" (2016, p. 26).

D'une part, l'"**épuisement émotionnel**" (p. 14), qui recouvre des dimensions à la fois physique et psychique. Il s'agit d'une "fatigue affective au travail" avec "un sentiment d'être vidé", de ne plus se sentir "capable d'accueillir la moindre émotion", qui n'est "peu ou pas améliorée par le repos". Cela peut se traduire à un niveau comportement par "des explosions émotionnelles comme des crises de larmes ou de colère, mais aussi des refus d'agir ou de répondre à une demande même anodine" (p. 15) avec une difficulté voire une incapacité à verbaliser son vécu.

D'autre part, **la déshumanisation de la relation à l'autre** est marquée "par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme" (p. 15). D'un point de vue psychodynamique, "cet état s'est installé progressivement et lentement", peut-être secondairement à l'épuisement émotionnel. Ce concept pourrait être rapproché de celui de désobjectalisation proposé par Green (1986), décrivant des manifestations de destruction associées à un désinvestissement libidinal de l'objet.

Enfin, **la diminution de l'accomplissement personnel** au travail, résultante des deux précédents critères, est particulièrement douloureuse. "Elle peut s'exprimer par le sentiment de ne pas être efficace, [...] d'être frustré dans son travail en un mot de ne plus faire un bon travail" (p. 16). Cela peut entraîner un absentéisme jusqu'à l'abandon de poste, un "manque de rigueur" ou même des "erreurs professionnelles".

La mise en place progressive de ces symptômes impacte le travail d'un point de vue qualitatif. Y compris dans les expressions paradoxales de l'épuisement, qui peut conduire à un "acharnement au travail" et un "présentéisme" (p. 25), c'est-à-dire un excès de présence malgré une inefficacité qui n'est pas perçue par le sujet. Aussi cette "présence permanente et peu efficace est une source de désorganisation du travail et de stress pour [les] équipes", notamment en ce qui concerne les fonctions de direction ou d'encadrement.

Mais ce tableau se répercute aussi au-delà du travail, dans d'autres champs de la vie du sujet et au-delà de la présence sur le lieu de travail :

“L’épuisement émotionnel accompagné de la perte de l’accomplissement au travail et donc du plaisir de celui-ci va avoir pour conséquence un repli de la personne sur elle-même avec une difficulté de partager avec autrui et ses proches. Au début cet aspect n’apparaît pas sauf sur le lieu de travail qui est la source de la souffrance de la personne mais progressivement avec l’augmentation de l’état d’épuisement, ce sont toutes les relations qui vont souffrir de cette distance excessive de la personne atteinte de burn out. Même les relations avec proches, les amis, les personnes du cercle de l’intime peuvent être atteintes par cette déshumanisation du lien interpersonnel. C’est souvent à ce moment que les autres interpellent la personne en burn out et peuvent ainsi l’aider à prendre conscience que quelque chose d’étrange est en train de l’envahir” (2016, p. 30).

L’épuisement professionnel comprend par ailleurs un risque d’évolution vers d’autres formes de décompensation telles que des troubles de l’humeur ou anxieux, des troubles des conduites alimentaires, des troubles psychosomatiques ou des conduites addictives.

Canouï considère ainsi que “le travail, s’il peut être un lieu d’épanouissement, peut aussi être un lieu d’épuisement” (p. 29). C’est ce qui légitime pour lui l’intégration de ce concept en psychopathologie du travail et sa prise en compte par les pouvoirs publics notamment en termes de prévention. Une perspective humaniste qui peut être mise en tension avec le modèle psychodynamique proposé par Dejours et Gernet (2012).

S’appuyant sur des travaux princeps en psychiatrie, notamment sur la “fatigue nerveuse” (Veil, 2012, p. 235) et la “névrose des téléphonistes” (Le Guillant, 2010, p. 131), Dejours et Gernet portent leur regard sur la dimension processuelle de l’épuisement professionnel conçut comme une *usure*.

Cette évolution des conditions de travail tend vers une “disparition de la délibération collective sur le travail” (p. 109) qui exposerait les sujets individuellement aux contraintes rencontrées dans leur activité. Cela générerait, comme le montre le modèle de la souffrance au travail, un surplus d’effort par une majoration des défenses individuelles, dont l’efficacité est par ailleurs limitée, rendant les sujets plus vulnérables aux difficultés rencontrées dans leur pratique professionnelle.

3.2. L’hôpital et ses soignant.es :

Poser ces quelques jalons sur le travail et ses psychopathologies ouvre sur la question des conditions du travail. Il s’agit dans un second temps de définir ces conditions pour les soignant.es visé.es par cette recherche, à savoir l’institution hospitalière. Cette dernière sera présentée dans cette seconde sous-partie ainsi que les professionnel.les du soin qui y travaillent, avant de se rapprocher de notre objet d’étude en considérant les spécificités de ce travail auprès des personnes mourantes.

3.2.1. Définir l'hôpital : aspects institutionnels et sociétaux du lieu de travail des soignant.es

a) Situer l'hôpital dans la société

Avant d'analyser plus finement le fonctionnement de l'hôpital et en quoi en tant qu'institution il fait partie de la recherche menée ici, il peut être intéressant de le décrire en tant qu'entité *sociale*, au regard de son histoire et de son évolution.

Le portail d'information Statistica (Gauthier, 2021) définit l'hôpital ainsi : "Provenant étymologiquement du latin « hospes » (hôte, celui qui accueille l'étranger), le terme d'hôpital désignait jadis une maison d'accueil pour les orphelins, les vieillards, les infirmes ou encore les malades pauvres et non pas un établissement de soins médicaux. Ce n'est qu'en 1943 que l'hôpital s'est vu attribuer sa vocation sanitaire par décret."

Reposant initialement sur des œuvres caritatives à destination des personnes les plus démunies, comme cela a été évoqué dans le premier Axe de ce Contexte théorique, c'est finalement assez récemment qu'il est devenu un lieu de soins pour une large part de la population, dans cette "double filiation" (Causse, 2008, p. 85) entre charité et sciences. L'essor technoscientifique de la médecine au cours du XXème siècle mais sans doute aussi les besoins en termes de santé durant la seconde guerre mondiale y ont concouru, avec ensuite la mise en place du système de protection sociale dès 1945 comme le rappelle le médecin Pierre Panel (2007).

Initialement lieu des plus pauvres, l'hôpital est donc devenu une ressource accessible pour toutes et tous en matière de santé. Une tendance qui continue néanmoins d'évoluer au regard des changements politiques et sociétaux depuis la fin du XXème siècle avec la politique de "Direction Par Objectifs" des hôpitaux dans les années 1980 suivis de différents Plans et Programmes de "restructuration" et de "modernisation". Des "réformes" qui "se sont succédé à un rythme soutenu, plaçant le système sous tension permanente" analyse le haut fonctionnaire spécialiste des questions de santé publique Edouard Couty, qui constate la mouvance libérale croissante dans la gestion du service de santé publique, paradoxale au regard de ses fondements édictés par "la loi Boulin du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière [qui] crée le service public hospitalier et consacre l'hôpital public comme le « pivot du système de santé »" (2010, p. 40).

De ces évolutions, le chercheur en gestion Jean-Pierre Claveranne considère que "les outils de gestion en place – lorsqu'ils existent – naviguent entre « l'usine à gaz » et la perte de sens" (2003, p. 126). **Un discours qui témoigne de la tension du milieu hospitalier et d'une grande vulnérabilité de son fonctionnement suite à ces actualisations**.

Cela amènent certains auteurs et autrices dans différents champs des sciences humaines comme la psychanalyste et chercheuse Del Volgo (2008) à questionner l'accès aux

soins à l'heure de la gestion budgétaire des hôpitaux par Tarification de l'Activité à l'Acte (T2A) et des exigences de rentabilité qu'elle confère, au risques d'exclure les personnes les plus précaires. Une dynamique littéralement en opposition avec les racines historiques de l'hôpital, qui semble en ébranler les fondations.

La question des modalités d'accueil et de prise en soins des malades peut aussi être posée au regard des chiffres publics qui montrent ces dernières années une diminution du nombre d'hôpitaux malgré une augmentation des journées d'hospitalisation du fait du vieillissement de la population, avec une progression des soins ambulatoires au détriments des hospitalisations complètes (Vie publique, 2021). Une politique de prise en soins rapide dont les modalités limitent l'adaptation aux besoins singuliers.

En 2010, la Fédération Hospitalière de France (FHF), qui rassemble les hôpitaux publics, s'est alliée avec la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la personne Privés à but non lucratif (FEHAP) et la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) pour créer un portail internet unique qui rassemble la description des structures hospitalières avec leurs spécificités de fonctionnement et de missions, ainsi que des informations en matière de droits et de santé. Une démarche soutenue notamment par le ministère de la Santé, la Haute Autorité de santé (HAS), la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMts), et des associations d'usager.es. Une alliance entre structures privées et publiques qui vise à expliquer le rôle des établissements hospitaliers dans le système de santé français, et faciliter l'accès aux soins (FHF, 2015b).

L'état des lieux des structures hospitalières recensées par ce site et leur impact sur la société française formaient "un total de 2694 établissements en 2012, proposant 414 395 lits en hospitalisation complète pour 66 millions d'habitants, répartis en :

- 947 établissements publics de santé (62,29 % des lits) ;
- 1 047 établissements privés à but non lucratif ;
- 700 établissements privés à but lucratif ;
- 2 millions d'emplois directs et indirects ;
- plus de 18 millions d'entrées chaque année dans les hôpitaux". (FHF, 2015a)

Des données quelque peu datées qui reflètent quelque chose de l'état des lieux des établissements hospitaliers en France, et aussi à la fois de la volonté et de la difficulté à se fédérer entre établissements.

Il est en effet intéressant de noter que malgré les recensements de données sur les établissements de santé (Vie publique, 2019) et sur les personnels hospitaliers (INSEE, 2021) à une échelle publique , la FHF a du mal à actualiser régulièrement ces chiffres qui n'ont pas été mis à jour depuis 2012. Cela dit peut-être quelque chose de la tension dans le secteur de la santé, particulièrement médiatisée ces dernières années, qui amène de nombreux mouvements à la fois des chiffres et des personnes concernées, de la question centrale du

temps et des moyens nécessaires à l'actualisation des données, ou d'une certaine difficulté, voire démotivation à l'entretenir.

Plus récemment, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), service statistique public dans le champ sanitaire et social, "recense plus de 3.000 établissements de santé, dont plus de 1.300 établissements publics. En ce qui concerne les lits à disposition des patients dans les établissements, la France, avec un peu plus de six lits pour 1.000 habitants, se situe nettement au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE. Les Français profitent bien de cette offre, puisqu'ils passent près de 120 millions de journées en hospitalisation complète et la majorité des séjours chirurgicaux sont passés dans des établissements privés. Concernant les heures d'ouverture, ce sont cependant les Centres hospitaliers régionaux publics (CHR) qui, avec environ 70 heures par semaine, proposent le plus d'accessibilité en termes d'horaire".

En dehors de leurs fonctions sanitaires, les établissements de santé ont un certain poids économique. Ainsi, "les hôpitaux français emploient plus d'un million de personnels non médicaux ainsi que plus de 200.000 professionnels médicaux, dont environ 30.000 internes. Du côté des finances, la valeur de consommation de soins hospitaliers s'élève à plus de 90 milliards d'euros. L'hôpital constitue aussi un marché important pour les médicaments. En augmentation continue, la valeur des ventes de médicaments délivrés à l'intérieur des établissements dépasse largement les huit milliards d'euros." (Gauthier, 2021).

Ces différents chiffres montrent que les établissements de santé, et tout particulièrement hospitaliers, tiennent une place essentielle dans notre société. Les structures hospitalières sont présentes (bien que réparties différemment en fonction des régions) sur tout le territoire, plus de 3% de la population travaille en lien avec ces structures, et les hospitalisations représentent virtuellement plus d'un quart de la population française (dans le sens où certaines personnes sont hospitalisées plusieurs fois par an).

Ces établissements de santé sont caractérisés par leur diversité en termes d'activité, mais aussi de structuration. D'un point de vue administratif, ils sont différenciés sur les critères suivants :

- le statut juridique : public, privé à but commercial ou à but non lucratif,
- les missions : participation ou non au service public hospitalier,
- leur spécialisation : médicale, chirurgicale, psychiatrique ou autre,
- leur durée prévisionnelle de séjour : court, moyen ou long séjour,
- leur mode de financement : actuellement, il dépend majoritairement de l'activité de l'hôpital du fait de la généralisation de la T2A.

Ce réseau de structures hospitalières se place sous l'égide de valeurs communes ancrées dans leur histoire et celle du pays. Ce sont des valeurs éminemment humanistes (Panel, 2007) liées à la fois à l'ancrage religieux originel de l'hôpital et au saisissement public et politique qui en a été fait depuis la Révolution française. Elles ont évolué en lien avec une

sécularisation progressive et aujourd'hui presque totale avec des hôpitaux laïques qui organisent et structurent l'accès au culte religieux par des aumôneries pluri-cultes. Elles "sont inscrites dans une série de principes formalisés au début du XXe siècle :

- L'égalité : Elle implique l'absence de discrimination (race, religion, ethnie, âge...) et le devoir de soigner chacun, quels que soient son état de santé et sa situation sociale. L'hôpital travaille en relation avec les autres professions et institutions compétentes, ainsi qu'avec les associations d'insertion et de lutte contre l'exclusion.
- La neutralité : Elle doit être respectée. Les soins sont donnés en faisant abstraction des croyances et opinions des malades.
- La continuité : L'hôpital public se caractérise notamment par ses obligations spécifiques en matière d'accueil en urgence. Il doit mettre en place un système de permanence des soins, de même qu'un service minimum en cas de grève, et assurer l'ensemble des traitements, préventifs, curatifs et palliatifs.
- L'adaptabilité : Les réorganisations et les mutations sont étudiées et réalisées en vue de l'intérêt général et des besoins de la population. Le patient a droit à un service de qualité et les services rendus doivent être évalués avec rigueur" (FHF, 2015a).

En lien avec ces valeurs, l'activité et les missions de l'hôpital sont encadrées par l'Etat via des textes législatifs, et tout particulièrement le Code de la santé publique (paru pour la première fois en 1953 et régulièrement actualisé depuis) et des instances publiques comme le Ministère des Solidarités et de la Santé ou la HAS. Ces instances édictent le mode de structuration interne de chaque hôpital et en définissent les missions en lien avec les valeurs hospitalières : "Des valeurs propres à l'hôpital découlent ses missions actuelles. Selon le Code de santé publique, le service public hospitalier a obligation d'assurer ou de concourir à :

- La prévention : l'hôpital est le lieu essentiel de détection des problèmes de santé, en particulier par le biais des urgences. Il s'inscrit aujourd'hui de plus en plus dans des logiques de réseau avec les autres acteurs sanitaires de son bassin de santé, comme les centres de lutte contre le cancer.
- L'enseignement universitaire et post-universitaire : la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical.
- La recherche : l'hôpital est un lieu de recherche clinique et une importante source d'innovations médicales et pharmaceutiques.
- La qualité des soins : l'hôpital met en place un système permettant d'assurer la qualité des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire.
- La sécurité : l'hôpital participe à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire."

L'Hôpital donc, en tant que structure dans la société, a une fonction d'accueil et de soins des personnes atteintes dans leur santé, physiquement ou mentalement. Il s'inscrit

dans une logique d'accès public aux soins, mue par des valeurs humanistes héritées de son histoire chrétienne et républicaine.

Cependant **ces missions sont devenues difficiles, voire impossibles** du fait de la mise en tension par les évolutions politiques, économiques et sociétaires en termes de santé publique, et avec une acuité singulière lors de la récente crise de la pandémie de COVID-19 qui a traversé ce travail de thèse. Ce climat complexifie donc le maintien de ses missions, à savoir la prévention, le traitement, la recherche et l'enseignement, tout en portant attention à la sécurité des usager.es. Bien que mis à mal, l'hôpital assure néanmoins toujours une fonction sociale majeure dans notre société, et emploie pour cela nombre de professionnel.les issu.es de corps de métiers variés. **Il fait partie du corps social.**

b) L'hôpital comme institution :

Situer l'hôpital dans le champ social permet de mieux en comprendre ses structures, construites et organisées au fil des siècles, pour arriver aujourd'hui à un mode de fonctionnement global centralisé par l'État qui s'articule autour de valeurs communes. Mais aussi les différentes remises en question de son fonctionnement qui créent un climat de tension.

Par son histoire, ses fonctions dans la société, son organisation, l'hôpital est aussi à considérer comme *institution*, dans la perspective proposée par le psychanalyste issu de la psychosociologie René Kaës (1987). Un regard qui s'inscrit dans la continuité des écrits de Freud sur la psychologie des masses (1912, 1921, 1929), et sur les travaux portant sur la psychanalyse des groupes que Kaës et ses contemporains ont menés dès les années 1970 (Bleger, 1974 ; Anzieu, 1975 ; Kaës, 1976).

Kaës définit l'institution comme formation *groupale* structurée et construite qui s'inscrit dans une société et dans une culture, et dont les règles de fonctionnement sont instituées relativement à la coutume et à la loi. De fait, "l'institution s'oppose à ce qui est établi par la nature" (1987, p. 7)..

En effet, Kaës rappelle en s'appuyant sur Freud (1914) le "double étayage de la réalité psychique sur ses deux bordures, corporelle et institutionnelle" où "comme l'*autre*, l'institution précède l'individu singulier et l'introduit à l'ordre de sa subjectivité en prédisposant les structures de la symbolisation : par la présentation de la loi, par l'introduction au langage articulé, par la dispositions et les procédures d'acquisition des repères identificatoires" (1987, p. 12).

Mais **faire partie du *groupe institué* que forme une institution a également des implications psychodynamiques**. Car une institution "n'est pas seulement une formation sociale et culturelle complexe. En accomplissant des fonctions correspondantes, *elle réalise des fonctions psychiques multiples* pour les sujets, leur dynamique et leur économie

personnelle. Elle mobilise des investissements et des représentations qui contribuent à la régulation endopsychique et qui assurent les bases de l'identification du sujet à l'ensemble social ; elles constituent [...] l'arrière fond de la vie psychique dans lequel peuvent être déposées et contenues certaines des parties de la psyché" (p. 10). Il n'est donc pas naturel de fonctionner, de travailler en institution, mais les institutions sont constitutives des dynamiques psychiques singulières

Il y a donc un “espace psychique propre à la vie institutionnelle” car “pour accomplir ses fonctions spécifiques, non psychiques, l’institution doit mobiliser des formations et des processus psychiques”. Ainsi, “des formations psychiques originales sont produites et entretenues par la vie institutionnelle à ses propres fins” et “supposent la construction, l’utilisation ou l’aménagement d’un [...] appareil psychique groupal (ou du groupement)" où “des espaces psychiques communs et partagés” sont possibles (p. 13). Ainsi, l'institution "constitue pour ses sujets l'arrière fond de continuité sur lequel s'inscrivent les mouvements de leur histoire et de leur vie psychique " (p. 8). Aussi, “deux niveaux logiques s’organisent dès lors, que l’analyse doit prendre en compte : celui de la réalité psychique du sujet singulier et celui de la réalité psychique émergente comme effet de groupement” (p. 13).

Mais l’institution constitue aussi un “espace extrajecté d’une partie de la psyché : elle est à la fois dedans et dehors, dans le double statut psychique de l’*incorporat* et du *dépôt* ; elle est l’arrière-fond du processus, mais ne saurait être indifférente au processus lui-même. C’est par ces différents aspects que le sujet est sujet de l'institution et que l'institution consiste dans une double fonction psychique : de structuration et de réceptacle de l’indifférencié” (p. 12).

Par cet appareil psychique groupal complexe, “l’institution lie, rassemble et gère des formations et des processus hétérogènes : sociaux, politiques, culturels, économiques, psychiques [...] dans des espaces qui communiquent et interfèrent” (p. 14). L’institution opère, notamment de ce fait, une *fonction métaphorique* (Roussillon, 2002 ; Delion, 2011, 2018), c’est à dire qu’elle permet à ses sujets de s'approprier subjectivement les éléments indigestes auxquels ils sont confrontés dans l'institution, de les symboliser, à la manière de la fonction alpha maternelle qui permet au bébé d’intégrer les éléments bêtas bruts auxquels il est exposé (Bion, 1962). Le travail psychique institutionnel tend ainsi vers l'homogénéisation, l’Idéal, l’utopie pour faire disparaître la conflictualité.

Pour accomplir ses missions spécifiques et aussi ses fonctions psychiques, l’institution exige contributions et investissements au sujet. Elle génère à la fois jouissance et souffrance, en ce que le groupement sert en effet à accomplir à la fois le désir et la défense. Kaës s’appuie sur Freud (1929) à propos du renoncement pulsionnel nécessaire à la vie en société, soit “l’échange d’une part de bonheur possible contre une part de sécurité” (p. 69).

Il y a donc une articulation des appareils psychiques singuliers et institutionnels où les sujets sont “liés par et dans l’institution” (1987, p. 14) par des pactes et alliances (2014), ainsi qu’une communauté de symptômes, de fantasmes et d’identifications. Aussi, “toute

émergence psychique possède *à priori* une valeur de symptôme significatif pour l'ensemble institutionnel".

Un regard complémentaire d'Enriquez (1992) décrit **le fonctionnement institutionnel comme pris dans "le jeux de deux pulsions antagonistes et intriquées : la pulsion de vie (Éros) et la pulsion de mort (Thanatos)"** (p. 19). Cela fait que "l'amour, l'amitié, la tendresse, la camaraderie, la solidarité sont indispensables au fondement et à la perpétuation des institutions" et en même temps "la pulsion de mort a pour visée de faire s'écrouler l'organisation sociale que l'homme avait si difficilement réussi à construire" (p. 20). Une dialectique intéressante entre Éros et Thanatos dans laquelle sont prises les institutions, et qui anime leur fonctionnement et les relations de ses membres.

Ce fonctionnement institutionnel s'organise par l'illusion, en fonction d'un ordre structurant : "Il n'y a pas de groupe sans père, de groupe sans obligation de paiement infini de la dette du droit au sens, et sans référence à un pôle transcendant" (p. 21). Les groupes institutionnels s'organisent donc pour l'auteur par identification à cette référence transcendante idéalisée puis par identification mutuelle dans le groupe, dans le renoncement pulsionnel et l'illusion et contre un ennemi extérieur.

L'hôpital est donc à considérer ici comme une institution qui précède les professionnel.les qui y travaillent (et ses usager.es d'ailleurs), et comme contributive de leur vie psychique en ce que leur subjectivité est constitutive de l'appareil psychique groupal institutionnel. **L'hôpital comme institution agit à la fois comme contenant des mouvements psychiques des soignant.es qui y travaillent dans les acceptions psychodynamiques évoquées précédemment, et aussi comme support identificatoire et projectif dans les mouvements psychiques qui s'y déploient.**

La mise en tension entre les regards d'Enriquez et de Kaës permet d'appréhender l'hôpital comme institution fondée sur l'illusion de soigner dans un idéal du *cure*, de guérir. La réalisation de cette fonction comme pôle transcendant demande un renoncement pulsionnel, mais le groupement réalisé par le travail à l'hôpital sert à la fois le désir et la défense liés à la fonction de soigner et en même temps à ce à quoi cela expose, tant du côté de la jouissance que de l'angoisse.

c) Limites et dysfonctionnements des institutions hospitalières

Le contexte théorique sur lequel s'appuie cette recherche, qui contextualise l'hôpital comme institution et tient compte de la genèse et des évolutions de ce type de structures, a mis en lumière des difficultés de fonctionnement qui tiennent tant à ses missions (accueillir pour prévenir, soigner, accompagner des personnes issus de conditions sociales variées)

qu'aux modalités de son fonctionnement en perpétuel changement (qui tendent vers une certaines libéralisation des soins dans un contexte de tensions économiques).

Des acteurs de l'hôpital comme Panel considèrent en effet aujourd'hui que "l'hôpital public apparaît en crise du fait de mutations profondes, nombreuses et rapides, nourrissant un doute de plus en plus répandu sur les valeurs qui sous-tendaient son organisation" (2007, p. 329). Cela est en lien avec les coûts des progrès médicaux, l'allongement de la durée de vie, et les contraintes tant internes qu'externes dues à des dimensions législatives et au fonctionnement institutionnel. Un contexte qui amène la psychanalyste Del Volgo à interroger ce que "devient le malade censé être au centre du système de soins" (2008, p. 170), ramenant ainsi le débat sur la question du sujet.

Car si comme vu précédemment **le fonctionnement institutionnel entraîne une souffrance normale liée au renoncement pulsionnel et des intérêts du Moi et aux angoisses mobilisées par la mise en groupe au service de la fonction instituée, elle peut devenir pathologique et délétère pour les sujets qui y travaillent**. Ainsi la source de la souffrance en institution est triple : "inhérente au fait institutionnel lui-même ; [...] à telle institution particulière, à sa structure sociale et à sa structure inconsciente propre ; [...] à la configuration psychique du sujet singulier" (Kaës, 2005, p. 26).

Dans la continuité des travaux sur la psychopathologie des couples, des familles, des groupes et des institutions, Kaës et coll. (2005) identifient un certain nombre de fonctionnements symptomatiques en institution. De véritables pathologies des liens intersubjectifs, "des dysfonctionnements spécifiques et une souffrance qui peuvent et doivent être rapportés aux conditions du lien chez ses sujets constituants" qui "sont générateurs de troubles psychiques et de souffrance invalidante pour les sujets constituants de ce lien"(p. 22).

Une "souffrance institutionnelle" (p. 26) entendue comme souffrance des sujets constituants dans leur rapport à l'institution en ce que "l'institution, objet psychique commun, à proprement parler, ne souffre pas". Souffrance aux mécaniques inconscientes dont la cause profonde échappe le plus souvent aux sujets.

La dimension pathologique de cette souffrance relève de son caractère "inextricable" en lien avec un "trouble de la fondation et de la fonction instituante" et peut perturber "l'instauration et [le] maintien de l'espace psychique" (p. 27), amenant ainsi une "prévalence de l'institué sur l'instituant, avec le développement bureaucratique de l'organisation contre le processus, avec la suprématie des formations narcissiques, répressives, dégénératrices et défensives qui prédominant dans l'institution".

Ce point de vue se focalise sur les différents liens qui composent l'institution comme "objet composite" précise Pinel (in Kaës, 2005, p. 52), qui réalise "l'appareillage de registres, de réalités et de logiques différents, se situant au carrefour du dedans et du dehors, balisant les rapports du singulier et du pluriel, du symbolique et de l'imaginaire, exerçant une pluralité

de fonctions". Ce qui permet à ces liens de se former et de fonctionner malgré cette "hétérogénéité", c'est avant tout "l'investissement de chacun" (p. 53) en parallèle du cadre institutionnel qui "soutient la définition des rôles, de statuts et de tâches spécifiques". Bien qu'il "assigne à chacun une place", il "sera investi de manière singulière" d'un point de vue à la fois quantitatif et qualitatif. Pinel précise que "ces investissements et ces liens vont s'étayer sur une structure groupale de contention, de liaison, de transformation et de transmission des formations et des processus psychiques : une forme d'*appareillage psychique institutionnel*". Il s'agit là de "formations" qui "se situent essentiellement dans une position intermédiaire qui les fragilise et les rend extrêmement sensibles aux tensions et aux effets du négatif".

Des particularités propres aux institutions de soins les rendent sensibles aux pathologies des liens institutionnels, cela donne à penser concernant les hôpitaux :

"Les institutions de soins présentent certaines caractéristiques spécifiques, d'allure paradoxale, qui majorent leur fragilité. De par leur mission sociale, elles sont assignées à une position transitionnelle et articulaire entre la pathologie et l'ordre social. Elles ont à accueillir, gérer ou traiter ce que le social exclut. À la fois désavouées et magnifiées, elles figurent l'espace d'accueil du négatif. Modèle emblématique assigné à une position d'idéal, elles sont en même temps le lieu de recyclage de l'exclu, du désavoué ou de l'impensable. Dans et partiellement hors du sociétal, elles ont à articuler deux positions antagonistes pour exercer une fonction de « tissu conjonctif » (Guillaumin, 1981), et constituer des espaces de liaison créatifs et vivants. Cette position potentiellement paradoxale mobilise des enjeux narcissiques tout à fait décisifs pour les praticiens en réactivant les formations idéales archaïques et en mobilisant des représentations qui s'énoncent en termes de tout ou rien, référant à une oscillation entre l'omnipotence et l'impuissance. Ainsi, les institutions vont constituer pour les praticiens [...] un idéal *garant de l'identité individuelle* (Enriquez, 1987), et un objet négatif, contre-investi, car toujours insuffisamment bon" (pp 53-54).

Pour Pinel,, "ces caractéristiques vont favoriser ou engendrer l'apparition de phénomènes de dérégulation, de mise en crise, voire de déliaison pathologique des liens institutionnels", qui sont à différencier des "mouvements de dissociation "normale", liés à un reflux des investissements professionnels, à quelque désillusion, décroyance ou crise ponctuelle précédant une mutation ou une réorganisation de l'ensemble".

Cela est intéressant au regard des différentes crises hospitalières ces dernières décennies. Leur lien avec les mutations de l'hôpital posent la question de manifestations normales, non pathologiques liées aux changements, alors que la durée et l'intensité croissante du mouvement social porté par les personnels hospitaliers se présentent d'allure pathologique.

Sans chercher un rapport de causalité linéaire qui apparaît comme "peu probant" à l'auteur, celui-ci repère différents signes dans une démarche d'analyse sémiologique :

- ”L’oscillation entre le sacrifice et l’envie” (p. 55) où l’institution peut attaquer soit des “victimes expiatoires ou émissaires [...] au profit de l’objet-institution”, soit l’objet-institution idéalisé sous forme d’attaque envieuse (Klein, 1968).
- “L’attaque contre les pensées” (p. 56) du fait d’un envahissement par l’archaïque, qui empêche l’élaboration du rapport à l’institution et à sa tâche primaire.
- “La dédifférenciation et la défense par l’organisationnel” (p. 57) où les “différenciateurs personnels et groupaux” sont altérés et produisent un fonctionnement rigide avec “une confusion entre cadre et processus, entre institution et organisation, entre fins et moyens, entre acte, parole et pensée, entre registre professionnel et privé, entre pôle technique et registre du soin”, où les défenses obsessionnelles entraînent tantôt “paralysie de l’action”, tantôt “frénésie d’actes ou de projets insignifiants ou irreprésentables” marqués par de “faux consensus [qui] sont destinés à préserver le mythe d’un fonctionnement unitaire”.
- ”L’immobilisation” marquée par “une incapacité à créer et à s’illusionner, à produire une anticipation en direction des patients accueillis par l’institution”, entraînant des vécus archaïques de type “paranoïdes ou de vidange psychique”. Ce symptôme est souvent associé à l’organisation de nombreuses réunions qui “tentent de réappareiller l’ensemble” de manière infructueuse, mais qui permettent un évitement défensif des patient.es.
- “L’écrasement de la temporalité” liée à “la coalescence des espaces psychiques et la dégradation des organisateurs groupaux” qui gèle la temporalité “dans une sorte d’instantanéité qui ne peut trouver d’issue à la répétition mortifère” (p. 58) du fait de l’impossibilité à se référer “à un déroulement temporel, une histoire institutionnelle et à l’intervention d’un mouvement de reprise ouvrant sur la logique de l’après-coup”.

L’aménagement de ces signes témoignent de différentes formes de déliaison pathologique. Pinel repère quatre formes principales dans les institutions de soin :

- “La crise mutative” (p. 59) constitue une phase de déliaison précédant une transformation. Faite de “décharges pulsionnelles, parfois émaillées d’agir de comportements” vécus comme “une menace d’éclatement, comme une attaque contre la cohésion et la cohérence des liens institutionnels”. Il s’agit en fait d’un mouvement de “dégagement” qui permet une “déprise” précédant une phase créative permettant une “refondation” (p. 60) et avec elle “une relance de la quantité et de la qualité des investissements”.
- “La crise chaotique ou explosive” marque “une incapacité de l’ensemble à dépasser une crise potentiellement mutative” du fait d’une “défaillance dans le retraitement du négatif” via des “espaces de régulation” ayant une “fonction conteneur Kaës, 1976a)” (p. 59).

- “La destruction” (p. 61) désigne “un processus d’auto-destruction” qui perturbe voire interrompt les tâches. Elle peut aller jusqu’à un processus mortifère qui conduit à la fermeture de l’institution.
- “La déliaison chronique ou l’usure des liens institutionnels” apparaît comme une forme atténuée et chronique de la *destruction*, caractérisée par “la déperdition énergétique” qui appauvrit tant la groupalité que la réalisation de la tâche primaire. Une régression narcissique s’opère qui entraîne “le repli sur soi, l’autoréférence et l’indifférence”.

Pinel repère différents “attracteurs de la déliaison pathologique des liens institutionnels” (p. 64), qui relèvent éminemment du négatif. Il repère principalement trois dimensions : celle ”relevant des caractéristiques économiques de la population accueillie” (p. 64), du fait de la confrontation à nombre de personne à l’aménagement de personnalité limite ; celle “relevant des modalités du groupement” lorsque le risque “d’effondrement des systèmes d’alliances” fait courir le risque d’un défaut des “appuis symboliques assurant la déprise et la reprise transformatrice des phénomènes d’intoxication” (p. 67) ; et celle “relevant de la fondation institutionnelle” (p. 68) par l’instauration d’un *travail de crypte* (Abraham, 1978) lié à la forclusion de la part de réalité qui tend à être expulsée dans le mouvement de création d’une institution différenciée.

La centralité de la question du négatif chez Pinel peut être rapprochée du regard d’Enriquez sur les dysfonctionnements dans les institutions et leur rapport avec un travail de mort :

“Si on admet que l’institution [...] n’établit pas un écran suffisant pour empêcher les membres de se sentir mutuellement envahis par les projections des uns et des autres et d’éprouver alors un sentiment d’intrusion de leur psyché et d’assèchement de leurs pensées et de leurs émotions; qu’elle ne parvient que difficilement à faire admettre à ses membres la nécessité de maîtriser et de symboliser la séparation (ceux-ci ayant tendance soit à la nier, soit à la fixer en lutte de pouvoir et en agressivité) ; qu’elle est traversée par des mouvements de désinvestissement et de contre-investissement ; qu’elle favorise, en promulguant des idéaux, l’apparition de conduites paranoïaques et qu’elle risque, en essayant de promouvoir un espace de rêve et de fantaisie, de donner libre cours au désir pervers, le rêve le plus fou et le plus nuisible pouvant toujours se cacher sous le masque de la créativité, on est alors amené à admettre que Thanatos (même s’il n’existe pas de “destrudo” autonome dans la pensée freudienne) joue un rôle essentiel dans la vie de l’institution.” (1987, pp 65-66).

Ainsi, **des organisations pathogènes dans les institutions peuvent entraîner de véritables pathologies des liens institutionnels**. Les collaborateurs de Kaës (2005) en repèrent quatre tout particulièrement, chacune singulière, et qui constituent en même temps des points de vue complémentaires qui peuvent être mis en tension.

Otto Kernberg décrit des **organisations pathogènes d’évolution paranoïaque**, marquées par “des comportements paranoïdes chez les individus et leur parallèle

d'idéalisation pathologique" (p. 82). De multiples facteurs peuvent y conduire : la défaillance de direction, la carence dans les ressources permettant la réussite des tâches, les processus politiques lorsqu'ils sont incohérents ou étrangers aux tâches primaires, les structures défaillantes lorsque les objectifs et la structure administrative manquent de cohérence, les dirigeant.es incompétent.es et les défenses mises en place, la trahison, la prévalence de l'identification projective et globalement des processus projectifs, et le "narcissisme malin" de dirigeant.es, "c'est-à-dire une personnalité narcissique cumulant un sadisme syntone au moi, des tendances paranoïaques, et des caractéristiques antisociales" (p. 93). Ils peuvent être corrigés dans une certaine mesure et avec des limites par l'organisation bureaucratique, "la promotion d'une idéologie humaniste" (p. 98), le recours à "un processus démocratique de contrôle des prises de décision" (p. 100), ou des individus porteur d'altruisme dans l'institution.

Antonello Correale propose une lecture d'un phénomène d'ensemble qu'il nomme "**hypertrophie de la mémoire**" (p. 105), un "raidissement" (p. 107) par défaut de capacités élaboratives composé de multiples phénomènes qui y concourent. Il peut s'agir d'une part de "souvenirs collectifs qui semblent consolidés et figés à tel point qu'ils ne sont plus en mesure de dégager des significations [...] racontés de manière toujours égale et répétitive" (p. 106), faisant l'objet d'un travail d'hallucination par leur fonction d'évacuation dans un recours au clivage et à la projection. D'autre part, ce qui peut être considéré comme un surinvestissement "rituels de groupe" (p. 107) qui n'assurent plus de fonction symbolique mais forment "une sorte d'enveloppe protectrice rigide" sur un mode obsessionnel. Enfin, "les modalités répétitives de la pensée de groupe" (p. 108) qui concernent "le mode de production des pensées et des fantasmes" qui "semblent suivre des voies déjà connues, des chemins déjà parcourus", perturbant le "sens de la réalité" et la réalisation de ses tâches.

Emmanuel Diet fait l'hypothèse d'une configuration pathologique où un membre du groupe se pose comme agent destructeur de déliaison : "**le thanatophore**" (p. 121). Il amène une "destructivité agie" (p. 123) qui rend impossible la "métabolisation groupale" en attaquant l'appareil psychique groupal par une séduction qui annule, un refus de "participer à la dialectique vivante des places, des positions et des fonctions". Ainsi, il "arrête la circulation fantasmatique", "paralyse et interdit la pensée, bref, s'impose en maître de mort, destructeur de toute possibilité d'un sens commun ou d'une élaboration intersubjective". Il s'agit-là de l'expression d'une pathologie personnelle à la faveur d'un contexte propice à prendre cette "position thanatophorique" (p. 124). Une œuvre où ce "pervers institutionnel" (p. 130) passe par différentes "tactiques" (p. 141) comme les "attaques sur le cadre" (p. 143), sur "l'idéal et l'idéologie" (p. 146), "sur les liens" (p. 149), "sur le pacte dénégatif" (p. 151), ou sur le "contrat narcissique" (p. 152). Dans cette situation la négativité est agie et portée pathologiquement par un membre de l'organisation comme un ensemble de personnes et de ressources qui interagissent dans un but commun, en suivant des règles et des normes spécifiques (Enriquez, 1992). Une dynamique qui dépasse la conception du travail de la mort normal dans les institutions tel que le conçoit Enriquez (1992).

Enfin, Bernard Duez repère spécifiquement une **pathologie de l'originaire** qui atteint le "traitement de la figurabilité" (p. 161). Il s'agit pour l'auteur d'identifier une "cause originaire" (p. 166) de conflit psychique, un "événement réel ou imaginaire". Cette problématique se mettrait en place au niveau du fondement de l'institution, de "l'acte instituant et le mythe qui le justifie", rendant les capacités de figuration dans le groupe pathologiques.

L'ensemble de ces points de vue montre comment un dysfonctionnement de l'institution ou du cadre institutionnel peuvent avoir des répercussions sur l'ensemble et sur les sujets qui le composent. Des dysfonctionnements souvent sur le mode de la carence, de l'excès, de l'achoppement, qui entraînent une pathologisation des défenses ou grèvent les capacités d'élaboration institutionnelles.

Cela pose question au regard de l'alerte donnée par les professionnel.les de l'hôpital concernant leur ressenti d'un manque croissant de moyens matériels et surtout humains. L'hypothèse peut se faire d'un contexte carencé qui perturberait le fonctionnement institutionnel au risque de la décompensation (délétère également à l'échelle du sujet) et dans la réalisation de la tâche primaire qui concerne les usager.es de l'hôpital. **Tous les services hospitaliers, comme organisations dans l'institution, sont concernés par ces risques**, y compris les services de psychiatrie dans lesquels un travail de pensée est supposé être au cœur des pratiques (Clit, 2007).

Cela vient majorer ce que Canouï identifie comme des "facteurs de stress à l'hôpital" (2008, p. 62) dans un référentiel humaniste, propices à l'épuisement. Cette dernière dimension peut être rapprochée de la question de l'élaboration par la parole, et plus généralement par l'importance de la circulation de celle-ci dans la vie psychique groupale. Une considération qui rejoint le point de vue notamment du chercheur en psychanalyse Vincent Di Rocco (2020), qui souligne de façon très actuelle **l'importance à cette fin de la place des psychologues dans les institutions, avec les équipes, dans et en dehors des espaces thérapeutiques, mais aussi des dispositifs d'Analyse des Pratiques Professionnelles (APP)**.

3.2.2. Travailler à l'hôpital : être soignant.e ?

a) Les équipes soignantes : des groupes institués

La notion de groupe institué est à entendre ici dans la perspective des travaux de Kaës (1987), désignant un groupe issu de la mise en institution, fonctionnant ainsi selon des règles et des normes sociales de façon plus ou moins consciente, ayant atteint un certain degré de stabilité psychodynamique.

Des groupes dans lesquels, en s'appuyant sur les apports de Dejours et Gernet (2012) en psychopathologie du travail, les intelligences individuelles s'accordent en vue de la réalisation d'une tâche primaire.

La réalisation de cette tâche est structurée d'une part par la "coordination" (p. 53), à savoir "la prescription donnée par l'organisation du travail des relations entre les individus" par le "management" qui assure "la division sociale et technique du travail" comme "cadre de référence". D'autre part, par la "coopération" qui "désigne les liens construits entre les sujets en vue de réaliser, volontairement, une œuvre commune". La notion d'*œuvre* est à entendre ici dans l'acception de la philosophe Anna Arendt (1958) comme "synthèse des activités singulières et [...] sens qui caractérise ces activités, par rapport à des valeurs véhiculées dans le monde social et dans le monde subjectif" (Dejours et Gernet, 2012, p. 53). La "coopération" est constituée de liens qui "mobilisent les initiatives individuelles élaborées vis-à-vis des difficultés réelles rencontrées en situation de travail". Elle sert à "combler les lacunes de l'organisation du travail dans la description des tâches" et à "réguler et coordonner les initiatives individuelles mises en œuvre par les différents sujets".

Les soignant.es constituent donc des groupes institués dans l'hôpital où ils et elles travaillent. Un groupe institutionnel subdivisé en sous-groupes institués que sont les équipes dans les services en tant qu'organisations au sein de l'hôpital. Chacune de ces équipes comme groupe institué forme son propre appareillage groupal, imbriqué à celui plus global de l'institution hospitalière.

Chaque équipe a ainsi sa propre dynamique processuelle et pulsionnelle, est traversée par des conflictualités qu'elle traite avec ses défenses. Tout cela est étroitement lié à la nature-même de la tâche primaire qu'est le soin, et l'ensemble de tâches et activités subsidiaires qui la composent.

Pour Gaillard, Pinel et Diet (2009), dans une approche psychosociologique qui s'étaye sur la psychanalyse, le travail des soignant.es a pour particularité de nécessiter une "légitimation des pratiques" (p. 199) en ce que les actes produits, s'ils étaient pratiqués dans un autre contexte, "relèveraient du tabou et/ou de l'effraction, prédatrice de l'intime".

Une "professionnalité" est donc nécessaire pour éviter que les situations rencontrées ne soient "potentiellement source de confusion, traumatiques et sidérantes" du fait de l'archaïque convoqué par les atteintes somatiques et même les troubles psychiques, qui entraîne un travail de déliaison "sous le primat de Thanatos" (p. 200).

Ce terme-même de "professionnalité" trouverait par ailleurs ses origines dans la révolte d'ouvriers italiens, dans un mouvement d'unification contextualisé par la revendication politique autour des conditions de travail (Marthey-Pierre et Bourdoncle, 1995). Il est intéressant de noter que ce mouvement-là de liaison sous le primat d'Éros, dans une lutte contre des conditions de travail pathogènes, a laissé une trace dans les conceptions

actuelles qui permet de penser la notion de travail. Ce lien peut être regardé avec une acuité singulière au regard du mouvement social qui anime les soignant.es ces dernières années.

Au regard de l'analyse des groupes institués, Gaillard, Pinel et Diet définissent la professionnalité :

"Selon la définition qu'en propose Bertrand Ravon, 2009 : « La professionnalité est définie comme l'ensemble des compétences considérées comme caractérisant normalement les membres d'un groupe professionnel donné à une époque donnée » (Demailly, 2008). Le terme même de compétence, qui s'est imposé partout dans le monde du travail insiste quant à lui sur le "caractère contextualisé et personnalisé d'une action", sur "la pertinence des initiatives prises et des responsabilités assumées", sur "la capacité à s'ajuster et évoluer", sur "la mise en oeuvre autonome des capacités mises à disposition de l'organisation". En un mot, "le professionnel est celui qui au travers de son savoir et de son expérience accumulée possède un large répertoire de situations et de solutions" (Lichtenberger, 2003) » ".

Pour remettre de la liaison dans ce que Thanatos délie, une certaine dynamique d'autoréflexivité est nécessaire ajoutent les auteurs. Il s'agit de "mettre de la pensée en commun autour des "prises en charge" pour maintenir un investissement suffisant des "usagers", qui "dépend de la capacité des groupes à faire revenir, rythmiquement, la clinique au centre de leur préoccupation, afin de régénérer le sens" des actes posés dans le travail. Une démarche également nécessaire à "l'unité du groupe professionnel" par des "représentations partagées" du travail via un "projet de service" suffisamment internalisé par les sujets, et dans lequel peut se "déployer [leur] professionnalité". Un étayage nécessaire pour "soutenir les actes quotidiens requis par l'activité, en toute légitimité, et donc dans la confiance - à partir d'une sécurité suffisante". Cette dynamique permet d'entretenir une conflictualité dynamique qui évite le débordement des conflits, et jugule les dimensions narcissiques mobilisées chez les sujets membres du groupe institué. Parler d'une "sécurité suffisante" n'est pas sans rappeler les fonctions d'étayage parental décrites par Winnicott (1953).

Les processus au cœur de la professionnalité peuvent être considérés comme rendus possible par la "fonction phorique" de l'institution (Delion, 2018, p. 99). Le psychiatre et psychanalyste Pierre Delion élabore ce concept à partir de la prise en soins des pathologies psychiatriques lourdes et en fait l'analyse suivante :

"Soigner ensemble est un invariant de la prise en charge des patients gravement atteints. Mais cela ne va pas de soi, car il s'agit de permettre à cette équipe soignante de fonctionner de façon polyphonique sans tomber dans le piège de « l'illusion groupale » ou des différentes formes décrites par Bion dans ses recherches sur les petits groupes (hypothèse de travail vs hypothèses dépendance, couplage, attaque-fuite)" (pp 102-103).

Faire équipe et plus encore travailler ensemble permettrait de faire face à ce qui est mis en jeu par les patient.es dans le lien avec les soignant.es en transformant les éléments

bruts issus de leur vécu de la maladie par un processus l'*alphabétisation* selon Bion (1962). C'est la *fonction phorique* de l'institution qui permet cela, constituée notamment de ce *travail ensemble* dans des temps formels et informels, voire interstitiels (Roussillon, 1996) comme véritables "fabrique de l'équipe" (Fustier, 2012, p. 85) par la dimension affective qui se déploie via des échanges anodins. Des relations étroites et affectivement investies qui amènent la psychologue Cécile Escobedo (2023) à comparer les relations en équipe soignante à celles d'une *famille*.

Travailler ensemble est donc essentiel dans la vie psychique des groupes institués de soignant.es. Il s'agit néanmoins dans ce *travail ensemble* d'accorder différentes compétences, issues de plusieurs métiers qui *coopèrent* au sens où l'entendent Dejours et Gernet (2012). Une dynamique d'*interdisciplinarité*, qui tout en montrant l'altérité des fonctions, "semble appeler au décloisonnement des savoirs, de leurs modes de production et de diffusion" (Hatano-Chalvidan, 2016, p. 10). Il y a quelque chose du registre du *même* dans ce *travail ensemble,* en même temps que de l'altérité dans les différentes professions qui collaborent (médecins, personnels paramédicaux et leurs différentes spécialités, psychologues, agents d'entretien…). La dynamique d'*interdisciplinarité* semble faire jonction.

Mais **travailler dans le soin et la relation d'aide, même si cette fonction est portée par l'équipe et par l'institution qui étayent les professionnel.les, se fait au prix d'une certaine culpabilité**, inexorable d'après le psychologue et chercheur Denis Mellier (2002a). Une culpabilité qui selon les processus sous-jacents qui la font émerger peut être soit *structurante*, soit au contraire *paralysante*.

Dans ses travaux sur les équipes d'accueil dans la petite enfance, Mellier met en avant la façon dont les mobilisations narcissiques archaïques, dans un climat d'indifférenciation, peuvent entraîner des éprouvés de culpabilité paralysante dans les équipes : "une culpabilité paradoxale où l'interdit n'est pas clair, car la différence entre le sujet et l'objet n'est pas acquise" (p. 75). Dans ce contexte, "l'équipe oscille entre deux mouvements contraires : expulser la faute sur les autres ou se sentir minée par celle-ci. L'équipe, narcissiquement fragile, n'arrive pas à sortir d'un sentiment inconscient de culpabilité, elle va jusqu'à jeter un discrédit sur ses propres capacités et réalisations", une dynamique d'*autoaccusation* menée par un Surmoi archaïque cruel, "sans pouvoir mettre suffisamment à distance son objet pour le penser". S'appuyant sur Roussillon (1991), l'auteur rappelle le "paradoxe de la culpabilité de l'innocence" par lequel "en situation de traumatisme lors de la « non-distinction du moi et du non-moi », il vaut « mieux être coupable qu'impuissant [Dès lors le besoin de punition, le masochisme moral, apparaît…] »". Il s'agit donc là d'une "culpabilité paradoxale".

Parallèlement, une culpabilité plus secondarisée relevant d'une dimension œdipienne est structurante car elle repose sur une "« névrotisation » du soin" (p. 71). Elle "a pour enjeu le refoulement de la sexualité" et est ainsi "le garant de l'existence de l'institution comme appartenant à un ensemble social structurant". Elle peut même s'avérer créatrice, car elle "pourrait être à l'origine d'une nouvelle prise de responsabilité (l'équipe passe par des

moments dépressifs avant de pouvoir penser le changement et demander alors à ses membres l'intériorisation de nouvelles règles vis-à-vis de l'accueilli)" (p. 75).

Ainsi, "ces aspects surmoïques", selon s'ils relèvent de l'archaïque ou de l'Œdipe, "montrent comment les règles et les interdits structurant le rapport entre accueillants et accueillis sont intégrés". Une mécanique étroitement liée à l'histoire institutionnelle et à l'héritage, dont les membres portent les "restes" non élaborés souvent à leur insu (Mellier, 2002b, p. 278), pouvant se répercuter dans les rapports entre patient.es et soignant.es.

L'institution a donc une place dans l'économie psychique des sujets qui y prennent part et contribuent à son appareillage groupal. Cela procède aussi d'un certain investissement libidinal.

Une acception qui peut être rapprochée des travaux de la psychiatre Lissa Claudia Yajima Dupuis (2015, 2017), qui théorise le rapport du sujet à l'institution par le prisme de la théorie de l'attachement. Dans la continuité des travaux de Bowlby (1969), elle fait "l'hypothèse de l'institution comme figure d'attachement" (2017, p. 187), où celle-ci serait investie comme figure de protection elle-même soignante par l'articulation d'une "identification positive [...] qui sous-tendrait la constitution d'une représentation de soi positive en tant que membre de l'institution", associée à une "disponibilité" suffisante de l'institution. Une fonction qui là encore se rapproche de la fonction parentale, qui peut être considérée comme *maternante* dans une acception psychanalytique en référence aux travaux de Winnicott (1953). Mais pour occuper cette fonction, cela demande que l'institution soit suffisamment disponible et contenante, même si elle ne peut pas pourvoir à tous les besoins (sans quoi sans doute deviendrait-elle aliénante) et peut ainsi générer de la frustration. Or la dimension *suffisante* de l'institution passe par la mobilisation de ressources qui étayent les travail des soignant.es, des ressources matérielles, humaines et organisationnelles notamment.

Il y a donc à prendre soin des soignant.es pour favoriser leur travail dans un équilibre le plus harmonieux possible avec le fonctionnement institutionnel. Une dimension que rappelle le psychologue Joseph Mornet en s'appuyant sur les travaux de la psychothérapie institutionnelle :

"Une institution peut être considérée comme un organisme : la métaphore corporelle est pertinente. Toute sclérose, toute invalidité ou toute pathologie qui atteint un de ses organes l'atteint tout entière. Toute action de l'un de ses membres qui s'oppose à celle du reste de l'organisme empêche l'harmonie et l'efficacité de tout le corps, et de chacune des parties de ce corps. C'est ce qui fonde la nécessité de « soigner les soignants » " (2007, p. 175).

b) Dimensions psychodynamiques et identitaires du travail soignant

Comme cela a été abordé précédemment, **les équipes soignantes combinent plusieurs métiers dans une perspective pluridisciplinaire où différents regards liés à des**

compétences variées se complètent. Dans cette institution porteuse de la fonction de soigner qu'est l'hôpital, associant *cure* et *care*, le socle de la prise en soins est assuré par les fonctions médicales et paramédicales : les "professions de santé" (HAS, 2012). La sociologue Lise Causse souligne que "le savoir médical est érigé en savoir de référence à partir duquel s'organisent, se hiérarchisent les métiers du soin au sein des établissements sanitaires" (2008, p. 102).

En France, les infirmier.es représentent la première profession de santé, avec plus de 764 000 représentant.es de la profession en 2021 (INSEE, 2022), 3,3 fois plus que les médecins (deuxième profession la plus représentée 228 000 personnes). Des professions dont les effectifs sont en constante progression ces dernières années (INSEE 2020), tout particulièrement en soins infirmiers (cf Annexe 1B).

Il est intéressant de noter que de nombreuses professions de santé sont recensées par l'INSEE, notamment les psychologues, mais que la profession d'aide-soignant.e n'y figure pas (cf Annexe1A). Cette omission est d'autant plus flagrante qu'avec 400 000 professionnel.le.s, la profession aide-soignante est la deuxième en termes d'effectifs dans le domaine de la santé, après les les infirmières et avant les médecins (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022a). **Cela questionne la reconnaissance de cette fonction de suppléance aux actes de la "vie quotidienne" et du large temps auprès des patient.es qui en découle, par rapport aux actes techniques qui relèvent des soins infirmiers ou médicaux**.

Les professions de santé auxquelles ce travail de thèse s'intéresse restent à définir un peu plus finement. D'un point de vue formel, les fiches métiers publiques qui les déterminent le font sous différents angles : le niveau d'études, les publics concernés, les lieux d'exercice, les missions, le salaire…

Le travail de soins infirmiers (IDE[8]) y est défini de manière assez large :

"Quel que soit le secteur dans lequel il évolue et les personnes qu'il est amené à prendre en charge, l'infirmier a des missions très diversifiées. Il accomplit des tâches importantes qui permettent d'évaluer, d'améliorer ou de conserver l'état de santé d'une personne" via notamment une participation au diagnostic médical par ses évaluations et prélèvements, la dispensation de soins et traitements médicamenteux, et l'organisation des différentes interventions pluridisciplinaires" (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022b).

Les infirmières et chercheuses en psychologie sociale Catherine Duboys Fresney et Georgette Perrin décrivent leur profession comme "collaboratrice du médecin, l'infirmière est essentiellement technicienne" dans "l'évolution technologique du monde hospitalier" (2017a, p. 67). Particulièrement encadrée par des textes législatifs qui ont changés au fil du temps, la profession se réfère à un Code de déontologie international. Elle est constituée en

[8] Infirmier.e.s Diplômé.e.s d'État.

Ordre en France. Sa formation est précisément balisée, la formatrice en soins infirmiers Monique Formarier synthétisant :

"L'école de pensée qui prédomine en sciences infirmières en France est sans conteste l'école des besoins de Henderson (1964) inspirée de Maslow (1954). Selon cette école de pensée, les soins infirmiers sont accomplis dans le but d'aider la personne à répondre à ses besoins, soit en maintenant son indépendance dans la satisfaction des besoins, soit en l'aidant ou en la remplaçant quand elle ne peut les satisfaire elle-même" (2007, p. 35).

En parallèle, elle souligne qu'"une grande partie de l'apprentissage des infirmières (qu'elles soient étudiantes ou novices dans la discipline) se fait par transmission directe des savoirs, des expertes vers les moins expérimentées" (p. 33), une transmissions des savoirs qui repose éminemment sur l'expérience et la relation entre pairs dans le groupe de l'équipe. Or "la transmission des attitudes relationnelles est complexe, car elle nécessite d'une part, que l'experte ait identifié et mis en mots les interactions qui se passent entre elle et les patients au moment des soins, ce qui reste très difficile, et, d'autre part, l'acquisition des attitudes relationnelles requises par tous les événements de soins se construit par l'expérience, par confrontation personnelle à la situation, avec une possibilité de verbalisation avec un tiers compétent pour analyser la situation."

À partir d'un socle commun polyvalent, les infirmier.es sont amené.es à se spécialiser en fonction des services d'exercice. Ces spécialisations peuvent aussi être portées par une formation complémentaire au Diplôme d'État. Il s'agit d'une profession en perpétuelle évolution pour les autrices tant dans ses aspects techniques que dans ses aspects organisationnels (Duboys, Fresney et Perrin, 2017b). Le corps de métier, particulièrement dynamique, revendique les spécificités de son activité et contribue à l'évolution globale du système de santé, ses fonctions se transforment pour s'adapter aux besoins.

Dans cette dynamique, la question du savoir semble particulièrement importante, peut-être en référence à la fonction médicaledans un rapport entre subordination et individuation. Les autrices indiquent que "toutes les infirmières pensent être « expertes » en soins infirmiers. Selon Benner, il est possible de dire qu'elles sont « compétentes », « performantes » mais toutes les infirmières ne sont pas « expertes » ; elles le seront avec des formations complémentaires et de l'expérience professionnelle qui leur permettront d'acquérir un haut niveau de connaissances en soins infirmiers" (2017b, p. 108). Ce moteur dans leur travail semble relever de la pulsion de savoir (Freud, 1915c), dans un mouvement qui tend vers un Idéal.

Quant au **travail d'aide-soignant.e** (AS), il "contribue au bien-être des personnes en les soutenant pour leurs gestes de tous les jours et en les accompagnant dans le maintien de leur autonomie". La dimension relationnelle de ce travail est mise en avant, les compétences en termes d'observation qui permettent repérer les problématiques des patient.es, ainsi que leur contribution à la gestion d'épisodes aigus "sous le contrôle d'un infirmier". Cette tentative de définition souligne davantage la dialectique technique/relationnelle qui compose les soins

de manière générale, et reflète celle des dimensions cure/care qui les sous-tendent en termes de valeurs morales.

Causse (2008), qui a travaillé sur la *professionnalité* des aides-soignantes[9] à l'hôpital et en maison de retraite dans une approche qualitative, analyse d'ailleurs que ces soignantes dont "la division des tâches [...] amène à se trouver dans de nombreux cas au chevet du malade de manière quotidienne sur des temps relativement longs par rapport à d'autres professionnels de soins" sont "positionnées essentiellement dans l'accompagnement, l'aide physique et psychoaffective aux malades, leur métier peut être situé dans le domaine du « care »" (2008, p. 85). Elle souligne à quel point "l'aide est constitutive de l'identité du métier" en ce que "le terme fait partie de la dénomination professionnelle" (p. 86). Ce terme d'*aide* "les place dans un lien de subordination avec les autres « soignants » et renvoie à l'histoire de leur création, pour répondre à un manque d'effectif croissant en milieu hospitalier et « prendre en charge des tâches anciennes, de type domestique, autrefois réservées aux infirmières » (Arborio, 2001, p. 64)".

Cette dimension est d'autant plus mise en avant que ces soignant.es "en bout de chaîne" (p. 102) ont souvent l'impression que les tâches liées à la vie quotidienne comme le change ou la toilette sont "dévalorisées, considérées comme subalternes et ingrates". Cela rejoint le constat précédent sur l'absence de recensement des aides-soignant.es par l'INSEE. Ce vécu amène ces professionnel.les à "trouver des bénéfices secondaires à ce positionnement et revendiquer une connaissance spécifique du malade à partir d'une proximité corporelle et relationnelle (Causse, 2006)" (p. 85). D'autant plus à l'heure de progrès technologiques toujours plus pointus, "les valeurs d'aide et d'accompagnement restent un élément d'identité professionnelle puissant" dans cette profession.

Bien que "les relations d'aide dans les processus de soins" soient "constitutives de l'identité de métier" (p. 105), la sociologue repère qu'elles sont "souvent pensées en termes de don de soi", et que de ce fait "elles peuvent basculer dans le rejet, l'agressivité, la domination, l'emprise et la violence". Causse impute cela aux "formes actuelles de division et de rationalisation des activités de travail" qui "ont tendance à réduire sinon à occulter [sa] dimension relationnelle", ce qui fait que "les mouvements d'aide sont alors mis à mal".

Les professions d'IDE et d'AS sont étroitement liées, héritières de fonctions historiquement portées par la vocation religieuse (Calbéra, 2003), dans leur rapport de subordination aux fonctions médicales et entre elles, et aussi par leur proximité. Se dégage une forme de continuum du soin divisé en tâches attribuées à des métiers différents, qui entraîne dans les faits une "délégation en cascade bien connu[e] du « dirty-work »" (p. 102) qui "pousse les aides-soignantes à déléguer au personnel situé hiérarchiquement en dessous

[9] L'autrice explique choisir l'emploi du fénimin du fait de la très large part de femmes dans la profession. La profession d'aide-soignant.e est en effet composée de plus de 90% de femmes, pour un peu moins 90% dans la profession d'infirmier.e.s (INSEE, 2017).

d'eux les tâches réputées « les moins nobles » [...]. En contrepartie de quoi, elles s'approprient de nouvelles tâches de soins que les infirmières leur délèguent, ces dernières s'appropriant de nouveaux savoirs situés sur le versant médical".

La création de ces deux métiers répond à une dynamique similaire : les infirmier.es sont venu.es soulager les médecins d'une partie de leurs tâches, avant d'être soi-même soulagé.es par les aides-soignant.es. Charazac (2020), psychiatre spécialisé en gériatrie, rappelle d'ailleurs que "le psychiatre P. Balvet considérait la profession de médecin et celle d'infirmier comme deux niveaux d'un même métier" (p. 375), ce qui peut aussi s'appliquer dans le lien entre IDE et AS. Une forme de porosité persiste, qui amène à des "glissements de tâches" malgré un encadrement législatif précis et répercuté par les instituts de formation initiale (Buchet-Molfessis, 2008, p. 68).

Du fait de cette histoire, **ces professions sont considérées comme subalternes** à la fonction médicale. Elles sont aussi exercées principalement par des femmes (autour de 90%, selon l'INSEE en 2017). En cela, la profession fait l'objet d'une "division sexuelle" (Dejours et Gernet, 2012, p. 38) qui différencie des tâches assignées aux hommes de celles assignées aux femmes au regard d'un "principe hierarchique". Ceci laisse entendre qu'"un travail d'homme a plus de « valeur » qu'un travail de femme (Kergoat, 2001)", du fait de "constructions sociales" qui ne "résultent pas d'un déterminisme biologique".

Cette division des tâches relevant de plus en plus du *care* et de moins en moins du *cure* dans la hiérarchie des fonctions médicales à paramédicales est donc liée à la division sexuelle hiérarchique du travail, qui produit "l'assignation des hommes à la sphère de productive du travail et des femmes à la sphère reproductive" (p. 37). Une dynamique qui amène Causse à constater, d'un point de vue sociologique, que : "Alors qu'ils sont indispensables à la vie, les soins ont perdu de leur noblesse. Ils ont été largement disqualifiés et relégués au domaine du féminin et des savoirs profanes issus de la sphère domestique" (2008, p. 102). Cela pose la question de la dimension maternante du travail soignant (Bisiaux, 2015).

Ce rapport entre la considération des professions paramédicales et leur composante féminine sera intéressante à observer au regard de la féminisation croissante de la profession de médecin toutes spécialités et modalités d'exercice confondues, la proportion de femmes médecins étant passé de 26% en 1986 à 37% en 2004 (Bessière, 2005), puis de 41% à 48% ces dix dernières années (DREES, 2022). Une proportion quasi-paritaire.

Les fonctions de soins attribuées aux infirmier.es et aux aides-soignant.es engagent une attention particulière dans la relation au regard du care, mais aussi un certain rapport au corps. Dejours et Gernet (2012) repèrent ainsi que "le travail infirmier a pour caractéristique de solliciter de façon majeure le rapproché corporel, la manipulation du corps de l'autre et l'engagement de son propre corps dans les soins au malade" (p. 30). Cela peut bien sûr être étendu, et s'applique sans doute même davantage, au travail aide-soignant.

Un engagement au corps à corps qui expose à l'intime de l'autre, de soi, et à une dimension particulière de *corpspropriation* propose Dejours (2014) d'appropriation du travail par le corps qui contribue au développement des compétences professionnelles subjectives. Il s'agit là d'une mobilisation du corps biologique certes, mais aussi érotique, pris dans une dynamique pulsionnelle qu'il étaye.

Car ces professions s'exercent aussi, comme tout travail, de manière subjective, c'est-à-dire en fonction de la subjectivité de la personne qui travaille et en la transformant en même temps. Le travail fondé sur cet alliage dynamique et interdépendant de compétences et de subjectivité amène la psychologue Margot Estrate et l'enseignant en soins infirmiers Frédéric Lacour à rappeler que "les soignants travaillent avec ce qu'ils sont en tant qu'être humain : leurs ressentis, leurs sensibilités et leur personnalité. Mais ils travaillent aussi avec leur savoir et leur expérience" (p. 46).

Ainsi **la vie affective et son économie pulsionnelle sont largement mobilisées par le travail qu'est soigner**. Gaillard, Pinel et Diet analysent sa "tâche primaire, et [s]es modalités de lien, comme sources potentielles de narcissisme et de réalisation libidinale" (2009, p. 204). De fait, "chacun des professionnels est ainsi convié à nourrir son narcissisme en l'arrimant à la réalisation de cette tâche, ce qui en constitue simultanément la limitation la plus radicale", en lien avec l'acception freudienne de trois métiers impossibles que sont soigner, éduquer, et gouverner (1925, 1937), tant et si bien que "la prétention narcissique des professionnels est donc mise à rude épreuve (de façon récurrente), sauf à jouer d'une idéalisation massive et d'un déni de réalité corrélé."

La question du groupe y est étroitement liée, dans l'appartenance au groupe institué de l'équipe et plus largement à l'institution, dans le *travail ensemble* pluridisciplinaire précédemment évoqué. Ainsi, "les professionnels qui œuvrent dans les institutions (du soin et du travail social), se soutiennent (dans leurs identifications) de participer pour eux-mêmes et pour d'autres (au travers de la prise en charge des « usagers » et de leurs « symptômes ») à la « civilisation de la pulsion », au *Kulturarbeit*" (p. 210). Ce à quoi les auteurs ajoutent que "tout groupe social se doit de préserver, ou plus fondamentalement de restaurer le contrat narcissique qui permet sa cohésion, dans la mesure où ce contrat a pour fonction d'assurer que la violence, la haine, la destructivité « ne vont pas avoir gain de cause » ; qu'elles vont être suffisamment liées, pacifiées, et autoriser le déploiement d'un futur appropriable".

La dynamique intersubjective dans le travail semble reposer sur cet équilibre entre satisfaction et répression pulsionnelle, dans l'articulation entre singulier et groupal. Une mise en tension empreinte d'ambivalence qui entraîne des processus relevant tant d'Éros que de Thanatos de façon complémentaire :

"Face à l'ambivalence qui habite (peu ou prou) tout sujet, entre destruction et réparation (création), le projet d'accompagnement [...] fait appel de l'investissement des professionnels. Il a notamment pour fonction d'actualiser une part d'idéal (du Moi groupal), et de désigner aux professionnels qui le partagent et s'y engagent un objet à transformer et

des modalités de transformations. De façon explicite, il désigne la destructivité présente chez l'autre comme le matériau sur lequel, et à partir duquel, les professionnels sont invités à exercer leur créativité. Cela suppose que la destructivité [...] ne soit pas entièrement méconnue, que chacun expérimente de façon cyclique qu'il n'est pas détruit par sa propre destructivité, mais qu'au contraire, c'est à partir d'elle qu'il peut entendre, accueillir, et lier celle de l'autre (de « l'usager »)" (p. 210).

Une destructivité que le chercheur en psychanalyse Thomas Lepoutre (2014) conceptualise en lien avec un "**sadisme soignant**" (p. 196), non pas dans une démonstration exemplaire de passage à l'acte, mais comme "sadisme discret qui opère précisément dans le soin qui fonctionne, celui qui est constitutif, en secret, du désir soignant". Une théorisation au risque de faire "scandale" ou "symptôme" (p. 197) tant cette dimension inconsciente du soin est parfaitement contradictoire avec ses préceptes conscients, puisque "à priori, rien n'est plus étranger à la préoccupation soignante que la jouissance sadique" (p. 199).

Ainsi opère un "sadisme *du* soin [...] qui convoque nécessairement un sujet soignant dans le processus du soin, [...] sadisme qu'il y met en œuvre à son insu" (p. 198). La notion de ***sujet soignant*** est particulièrement intéressante ici en ce qu'elle condense la dimension subjective et holistique de l'individu par le terme *sujet*, et sa fonction dans l'exercice de son travail par le qualificatif *soignant*. **Par la relation de soin, c'est aussi le sujet qui soigne** en prenant en lui quelque chose de ce qu'exprime la personne soignée, et lui renvoie par des modalités d'accompagnement toutes subjectives. Le chercheur en soins infirmiers Jean Argenty, s'appuyant sur un paradigme psychanalytique, parle de "Moi soignant" (2009, p. 103).

Se révèle donc pour Lepoutre un "sadisme soignant" (2014, p. 199) spécifique, qui tient en premier lieu à la souffrance comme prémisse de l'action soignante, ce qui relève pour l'auteur d'une certaine "inquiétante étrangeté". Une notion qui par ailleurs pourrait être rapprochée des travaux de Canguilhem (1943) sur la notion de plainte, qui fonde à la fois les statuts de malade et de médecin.

En substance, "c'est la nature du projet soignant que d'exiger d'abord quelqu'un qui souffre – pour ne pas dire que quelqu'un souffre... Un sujet soignant a besoin et réclame en quelque sorte un sujet souffrant" (p. 199). L'auteur constate ainsi que "le médecin, le thérapeute, l'infirmier, le psy, le soignant, constituent une galerie de « personnages » qui décident de s'entourer, en permanence, de gens qui souffrent"[10] (p. 200). Posant par la même occasion la question du sadisme des psychologues au regard de la souffrance psychique puisque tout " « clinicien » est bien celui qui, au lit du malade, traque la souffrance de l'autre".

[10] "Personnages en comparaison avec l'œuvre de Molière *Le médecin malgré lui*, qui est "avant tout un médecin malgré l'autre" (p. 200).

Il s'agit d'un sadisme relatif à l'*être soignant*, car être "le (bon) soignant" (p. 200) suppose de chercher activement à se confronter à la souffrance de l'autre pour mieux l'éradiquer. Et sa disparition entraîne la fin de la relation de soins.

Cette dimension du sadisme de l'*être* se complète par un sadisme en actes en ce que soigner la personne qui souffre suppose le plus souvent de lui faire mal : "Il ne s'agit que de piquer, de faire des pansements, de couper, d'immobiliser, d'exercer une contrainte, de faire avaler un médicament, d'exiger et d'interdire, de voir ce qui ne se montre pas, de prononcer des pronostics aux allures de sentences maléfiques, de faire des ordonnances, c'est-à-dire d'ordonner, etc" (p. 201). Dans certains cas même, "il faut assumer de faire mal, pour faire le moins mal possible" (p. 208).

Lepoutre fait un lien avec le fondement infantile de la vocation soignante qu'est le "jeu du docteur" (p. 202), où le refoulement n'a pas encore dissimulé l'excitation du rapport de pouvoir sur le corps de l'autre. Chez l'adulte soignant.e, elle est "conservée intégralement, mais [...] ne s'exprime plus que de façon latente, dans un rapport à un certain inavouable" et donc "indicible". Une excitation qui n'est pas sans lien avec la pulsion de mort, et comprend aussi une dimension de retournement du passif à l'actif dans le rapport au corps, conférant de la puissance.

Indicible en ce que, sur le modèle du fantasme selon Freud où l'adulte "préférerait confesser ses manquements plutôt que de communiquer ses fantaisies" (Freud, 1919, p. 37), il apparaît plus facile de "« confesser ses manquements » éventuels dans les procédures du soin, plutôt que de « communiquer ses fantasmes » de soignants, éventuellement sadiques" (p. 203).

Des fantasmes sadiques chez les *sujets soignants* sous-tendent donc les actes de soins. De fait, le *primum non nocere*[11] d'Hippocrate "ramène donc fatalement le soignant à cette préoccupation sadique, de ne penser qu'à la souffrance qu'il pourrait imposer, pour la prévenir. Ainsi, sadiques, les soignants le sont au moins dans l'être, sinon dans l'acte – ou plus exactement, les « bons soignants » doivent l'être un peu en pensées pour ne pas l'être tout à fait en actes" (pp 204-205).

Le sadisme chez les sujets soignants opère donc comme un moteur qui permet de faire le travail : "de façon intrinsèque, tel qu'il exige du soignant [...] de savoir faire preuve de violence, et de tenir bon jusque dans, parfois, l'insoutenable" (p. 207). Il est ainsi "à l'origine de tout acte soignant" (p. 205), jugulé par le cadre, la procédure qui peuvent être analysés comme faisant fonction de Loi, tiercéisant la relation aux malades pour structurer la jouissance sadique.

Cela peut être mis en lien avec une ambivalence dans les soins qui peut conduire à *vouloir le bien* jusqu'à l'*acharnement thérapeutique*. Ce propos rejoint les considérations de

[11] "D'abord ne pas nuire", fondement du soin inspiré du serment d'Hippocrate prononcé par les médecins comme rituel d'intronisation.

la psychologue Blanche Chemin-Sauque et de l'aide-soignant Frédéric Routens sur les origines et conséquence d'un "excès de bienveillance" (2019, p. 62) : "La bienveillance des soignants peut aussi être le fruit d'une impuissance, d'une angoisse ressentie au contact d'un patient et ayant généré une telle culpabilité que les soignants vont développer un hyper investissement relationnel : il en résulte un excès d'attention, voire des attitudes d'abnégation, sacrificielles" au risque de désubjectiver la personne malade et de disqualifier son entourage. Une attitude qui peut d'ailleurs être liée ou renforcée par une fragilité narcissique qui entraîne un besoin de gratification en étant reconnu comme "bon soignant", appellation identique à celle de Lepoutre.

Cette dynamique montre une certaine sublimation face à l'angoisse, l'impuissance, mais aussi la pulsion sadique. Pour Lepoutre, "un usage sublimé du sadisme rejoint en fait la direction de l'acte soignant, auquel il donne même son efficacité" (p. 207). Cela rejoint le point de vue de Dejours et Gernet qui rappellent que "l'activité professionnelle procure une satisfaction particulière quand elle est librement choisie, tant qu'elle permet de rendre utilisable par sublimation des penchants existants, des motions pulsionnelles poursuives ou constitutionnellement renforcées" (2012, p. 34).

Structurée, sublimée, la pulsion sadique sous-jacente à l'acte de soin le rend finalement possible en ce qu'"un certain désir d'emprise, dès lors qu'il est orienté dans le sens de l'efficacité pour le malade, ne peut bien entendu lui être que bénéfique, et penser [...] un bon usage du sadisme, à l'égard duquel ce qui est resté voilé et implicite (la jouissance de l'emprise ou de voir souffrir, par exemple) au regard du projet manifeste et explicite (prendre soin), le détermine d'autant mieux" (Lepoutre, 2014, p. 207). Le sadisme des soignant.es semble ainsi devenir un sadisme qui soigne, donnant une double signification à l'acception *sadisme soignant*.

Ce sadisme est "nécessaire" car "devant la souffrance, y compris dans ses formes les plus intolérables [...], le soignant ne doit pas se défiler : c'est là qu'apparaît le bénéfice de son sadisme" (p. 208). L'auteur rappelle d'ailleurs une "homologie structurale entre le sadisme inconscient et le désir de savoir". Il y a par là intérêt à prendre conscience de cette dimension chez les soignant.es car "dès lors qu'on jouit de ce sadisme dans l'insu, on n'est pas en mesure de reconnaître jusqu'où vont ses effets. Alors qu'à le reconnaître,on peut y parer – ou plutôt, on peut lui redonner sa juste place, pour le mettre à l'œuvre du soin" (p. 209). L'auteur en conclut : "Reste qu'en prenant la mesure qu'on ne vient pas innocemment au métier de soignant, et qu'on exerce ce métier en satisfaisant dans l'insu sa propre destructivité, on se réintroduit à une marge de manœuvre : il ne s'agit plus de se condamner pour ce qu'on a mal fait, mais de reconnaître qu'on fait mal, de fait" (p. 210).

Le travail de soignant.e comporte donc des singularités constitutives de la subjectivité des personnes qui l'exercent, et qui y viennent suivant un chemin singulier,

étayé sur l'infantile et ses enjeux sexuels, dans leurs rapports narcissiques et objectaux, et une tension entre Éros et Thanatos.

Tendre vers un Idéal permet de tenir, mais ne peut faire l'économie d'une certaine frustration, qui peut conduire à un véritable sentiment d'impuissance. L'infirmière Séverine Delieutraz invite ainsi ses collègues à un travail de "deuil du soignant imaginaire" (2012, p. 160), une représentation idéale constituée de dimensions plus ou moins conscientisées, un "cortège de fantasmes et d'illusions" : fantasme de réparation, illusion de maîtrise, fragilités narcissiques… Des prémices qui concourent à fonder la vocation soignante mais qui constituent des "écueils" dans la confrontation à la réalité du soin.

L'ensemble de ces considérations rapproche de **la notion d'*identité professionnelle soignante* comme "construction"** à la "mécanique complexe tant elle est la résultante de multiples facteurs qui s'agencent singulièrement pour chaque professionnel" (Chavaroche, 2005, p. 62). **Le travail, et celui de soignant.e de manière singulière, revêt un caractère identitaire, constitutif des sujets soignants**. Cette dimension s'étaye sur le fonctionnement psychodynamique du sujet au regard de son histoire et des fixations de sa sexualité infantile.

L'identité professionnelle soignante se construit dès la formation professionnelle. Elle peut être rapprochée de la notion de *Moi-professionnel* selon Anzieu (1985). Ce concept désigne en effet l'ensemble des représentations et des fantasmes inconscients que les soignant.es mobilisent dans leur pratique, et montre que cette dimension identitaire est intimement liée à la qualité des soins prodigués. Elle reste par ailleurs indissociable des dynamiques groupales auxquelles elle s'intègrent (Kaës, 1993).

c) Psychopathologie du travail soignant

Les différentes dimensions du travail paramédical, les spécificités de l'engagement subjectif qu'il suscite, et les conditions de travail qui le constituent (tenant en partie du fonctionnement institutionnel) déterminent les particularités de la souffrance au travail et des psychopathologies chez les personnels paramédicaux.

La psychologie du travail, dans son approche des risques psychosociaux, montre ces dernières décennies comment **la population soignante est particulièrement exposée au risque d'épuisement professionnel** (Machado, Desrumaux et Van Droogenbroeck, 2016). Un sur-risque objectivé par de nombreuses études, qui mettent en avant les contraintes physiques et psychologiques des professions paramédicales du fait du "travail posté, des horaires ne facilitant pas la vie hors travail, le sentiment de travailler avec un nombre insuffisant de collègues ou encore l'exposition importante à un risque d'agression verbale" (p. 20), l'exposition à "la souffrance, la maladie, voire la mort", mais aussi les "port de charges et horaires étendus [...], les responsabilités, les effectifs limités, les poids de la hiérarchie et des statuts dans les relations interpersonnelles, notamment avec les médecins, ainsi que la

nécessité de maîtriser ses émotions et les réactions des patients sont autant de facteurs de stress pour les infirmiers et les aides-soignants".

Des contraintes majorées par le contexte politique précédemment évoqué puisque le "travail en milieu hospitalier s'organise aujourd'hui selon des méthodes importées du milieu de l'entreprise concurrentielle (polyvalence, mise en concurrence pour l'attribution de moyens, sous-traitance). Ces changements entraînent un certain malaise chez le personnel soignant, qui perçoit une nouvelle relation au patient, qui devient un client". Cette évolution crée tension et perte de repères : "L'organisation du travail s'est calée sur un fonctionnement d'entreprise, le patient est devenu client, la dimension financière de la qualité de soins s'est accrue, la possibilité [...] de maintenir cette qualité est de plus en plus difficile".

Dans ce contexte, les chercheurs identifient, en accord avec d'autres travaux, que le "besoin d'affiliation" (p. 29) est primordial pour assurer un équilibre, qui pourrait être considéré sous un angle psychodynamique. **L'appartenance au corps de métier, au groupe institutionnel, les espaces d'échanges et le soutien entre pairs font le socle** du "sentiment d'autonomie et de compétence [qui] s'associe à l'estime de soi et l'engagement", contribuant au "bien-être au travail". Une dimension statistiquement plus significative que la reconnaissance hiérarchique ou salariale. Néanmoins, "manquer de moyens pour exercer leurs tâches peut exposer le personnel soignant à des jugements négatifs sur leur travail et toucher leur bien-être". Cela rejoint l'une des grandes conclusions d'une étude européenne qui montre que "la souffrance naît [...] de la difficulté à offrir un soin de qualité, dont on peut être fier en tant que soignant, à des patients eux-mêmes en souffrance" (Loriol, 2015, p. 29).

De son regard de médecin réanimateur, praticien en milieu hospitalier, Boiteau (2018) différencie les facteurs propres au métier de ceux liés à l'organisation du travail, et des facteurs sociétaux. La mise en tension de ces trois dimensions génère une souffrance spécifique au travail soignant. Les facteurs liés à l'organisation occupent pour lui un rôle central car c'est la seule dimension sur laquelle il est possible d'agir. Aussi "elle doit avoir un rôle préventif dans le contrôle de ces facteurs de risque" (p. 71).

Cela apparaît comme contradictoire avec l'alignement des établissements de santé sur le modèle de l'entreprise, dans le mesure où "l'homme ne sera jamais un matériel sur lequel le personnel hospitalier travaille, la prise en charge des malades ne sera jamais un marché, les soins hospitaliers ne seront jamais un produit" (pp 71-72). Cela fait que "par nature, les établissements de santé constituent un milieu hostile et fragile : maladie, souffrance et mort sont omniprésentes, et les acteurs, patients, proches et soignants, sont étroitement liés".

Une problématique depuis longtemps actuelle malgré de nombreux travaux dans le champ des sciences humaines qui font que "de nombreuses explications, bien connues, ont été fournies mais ce phénomène néanmoins persiste, voire s'aggrave pour prendre la forme d'un mal-être généralisé" (p. 71). Cette tendance contribue en effet à mettre "l'activité en souffrance" dans la perspective des travaux de Dominique Lhuilier en psychosociologie (2007,

p. 193). La situation s'est par ailleurs encore aggravée depuis la pandémie de COVID-19 (Colombat, Altmeyer et Bauchetet, 2020 ; Castro, 2020).

C'est pour cela que Boiteau considère que **l'encadrement a un rôle prépondérant dans la prévention de la souffrance en établissement de santé**, où un management "humaniste" (p. 86) serait à privilégier dans la continuité des valeurs au cœur du travail soignant. Cela rejoint la conceptualisation du spécialiste en éthique du management Olivier Monteil comme "management par l'hospitalité" (2016, p. 167).

Pour la formatrice en soins infirmiers Sylvie Gueguen et le psychologue Pierre Campia (2018), le management de proximité s'appuie sur les cadres de services comme personnels encadrants au plus près du terrain. Cet un travail difficile dans un contexte hospitalier où le mode de gestion et le manque de moyen fait douloureusement passer les professionnel.les "de l'idéal du métier au « travail empêché »" (p. 207), où "chacun s'accorde à essayer de continuer à bien faire son travail sans y parvenir et l'écart grandissant nourrit l'insatisfaction, le cynisme et la souffrance au travail" (p. 211).

C'est une conception pluridimensionnelle et intersubjective de la souffrance des soignant.es comme une souffrance au travail singulière. Cela rejoint également les considérations de Canouï (2016) d'**un point de vue humaniste sur les spécificités du burn out chez les professionnel.les du soin**.

Il explique en effet que "le burn out a une phénoménologie différente selon les catégories professionnelles et selon les types de travail dont il marque la souffrance" (p. 31). Aussi les métiers du soins, et plus précisément leur exercice en milieu hospitalier comme institution singulière, détermine les formes d'expressions de l'épuisement professionnel dans cette population. Et cela revêt une dimension particulière au regard de l'histoire de la recherche sur le burn out.

L'auteur rappelle en effet que la **"définition de syndrome d'épuisement professionnel s'est d'abord faite autour des professions d'aide**. Par la suite il s'est étendu à l'ensemble du monde du travail" (p. 20). Initialement, il s'agissait d'une notion qui a émergé "par des soignants pour des soignants pour définir un état particulier d'épuisement, d'irritation, de dégoût du travail par des professionnels dont l'activité était orientée vers l'aide envers autrui" (p. 19). Pour Canouï, cela conduit à faire du SEPS[12] un véritable "phénomène existentiel" (2008, p. 44), dans la continuité d'un pionnier des travaux sur le burn out : "Dans un de ses premiers écrits (1974), Herbert J. Freudenberger, psychanalyste sur la côte est des États-Unis, avait interprété cette pathologie au travail comme « une maladie de l'âme en deuil de son idéal »" (p. 19).

[12] Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants, équivalent de "burn out syndrom" en français.

C'est bien à partir d'études sur les professionnel.les de la relation d'aide en souffrance, dans le champ du travail social et de la santé, que les critères spécifiques du burn out ont été définis ainsi que les symptômes non spécifiques qui peuvent les accompagner.

Parmi ces professions, c'est la dimension de "déshumanisation de la relation à l'autre" qui forme "le noyau dur du syndrome" (2016, p. 27) en ce que la relation est centrale. Aussi, "il n'y a que dans les professions d'aide que la déshumanisation de la relation avec autrui a un impact si important" (p. 30).

D'un point de vue comportemental, ce symptôme est :

"marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. Le malade est plus considéré comme un objet [...] qu'une personne. Il s'agit d'un cas, d'un numéro de chambre. La personne peut être réduite à l'organe malade. L'individu est en quelque sorte réifié [...] une mise à distance de l'autre qui va être stigmatisée par des petits signes langagiers qui souvent n'apparaissent qu'à un observateur étranger à la situation ou externe au service. Un des habitus est l'usage abusif et trop constant d'une sorte d'humour grinçant ou noir [...]. C'est parfois une description tellement « scientifique » du corps malade que l'analyse des différents organes malades ne rend plus compte de l'état de santé de la personne".

D'un point de vue psychodynamique, il s'agit d'"un mode de protection de soi et de son intégrité psychique, seule attitude permettant de réaliser le travail relationnel". Le processus est très progressif et inconscient, et particulièrement délétère tant pour le sujet soignant que pour les bénéficiaires de ses soins : "Il est ressenti souvent douloureusement comme une forme d'échec personnel qui peut s'exprimer plus ou moins ouvertement dans la troisième dimension du syndrome", c'est-à-dire la perte du sentiment d'accomplissement de soi du fait d'un sentiment d'inefficacité, de frustration, "de ne plus savoir aider les gens".

Or cette dimension est essentielle dans ces métiers car "la relation à l'autre est (ou était) le fondement du travail de soignant et [la] motivation principale de ce choix professionnel." Aussi cette "distanciation" dans la relation aux bénéficiaires entraîne un sentiment d'"échec", qui amène progressivement à "douter de [soi] et de ses capacités d'aller vers l'autre. Ainsi apparaissent la dévalorisation de soi, la culpabilité, la démotivation". Cela peut amener à un désinvestissement progressif du travail ou au contraire à un sur-investissement qui alimente la dynamique d'épuisement.

Ce phénomène pris dans sa globalité amène Canouï à considérer que "quand la relation d'aide « tombe malade », la symptomatologie devient celle d'un burn out" (2008, p. 45). **Le burn out, dans ces particularités qui comprennent une prédominance de la dimension *déshumanisation de la relation à l'autre*, serait donc la pathologie de la souffrance au travail dans la relation d'aide**.

Éclairé par la théorie du stress, Canouï identifie **plusieurs facteurs qui concourent au burn out à l'hôpital** :

Les "variables personnelles du sujet" (p. 62), qui comprennent 3 dimensions :

- "Les variable sociodémographiques" (p. 63) : il ressort qu'"il n'y a pas de corrélation entre l'épuisement professionel et des variables sociodémographiques comme le sexe, l'état civil, la situation familiale et le nombre d'enfants". Néanmoins "les personnes les plus jeunes sont les plus vulnérables" à deux dimensions du burn out : "l'épuisement émotionnel et la déshumanisation de la relation". Par ailleurs, "les infirmier(e)s qui se plaignent d'une formation insuffisante, d'acharnement thérapeutique, d'une insuffisante préoccupation de la qualité de vie des malades sont en moyenne plus jeunes que les autres, alors que ce sont les plus âgés qui se plaignent d'un manque de soutien".
- "Les variables professionnelles" concernent "les titres, la formation, la fonction et le nombre d'années d'expérience". Canouï relève le caractère contre-intuitif de travaux qui montrent que "les titres et l'expérience ne sont pas garants d'une solidité face à l'épuisement professionnel dans la mesure où il s'agit d'un problème d'abord émotionnel et psychologique lié aux conditions de travail du soignant" (p. 64).
- Le trait de personnalité "hardiesse" aurait un rôle protecteur. Il est constitué par 3 dimensions : "le sens de l'engagement", "le sens de la maîtrise" (p. 65), et "le sens du défi", qui permettent de développer des stratégies adaptatives face au stress. S'appuyant sur les travaux princeps de Maddi et Kobasa (1984), ce propos s'appuie et rejoint les travaux québécois en sciences infirmières[13] (Delmas et Duquette, 2000).

À ces "variables personnelles du sujet" s'ajoutent **"les stresseurs dûs à l'organisation du travail"** (p. 67) tels que "la division des tâches" et la "division des hommes" (hiérarchique). Ils majorent le risque de conflit, "engendrent des perturbations organisationnelles complexes" (p. 70), et attaquent la dimension individuelle et identitaire du travail. Ces "stresseurs" sont :

- "L'interruption des tâches" (p. 68), par son caractère imprévisible, désorganisateur, insatisfaisant, et l'effort cognitif demandé "dans la reprise de l'acte initial".
- "L'ambiguïté des rôles" (p. 69), "courante en milieu hospitalier" notamment du fait du "manque de personnel", elle entraîne des glissements de tâches comme vu précédemment dans la définition des rôles infirmier et aide-soignant. Également désorganisatrice, elle entraîne une responsabilité et expose à des situations auxquelles la personne qui travaille n'est pas préparée.

[13] Appellation de la recherche au Québec en ce qui est considéré en France comme "soins infirmiers".

D'autre part, **"les stresseurs dûs aux conditions de travail"** (p. 70) qui varient selon les établissements et les services, par lesquels "une charge mentale du travail devient charge psychique" :

- "La relation d'aide" (p. 71) à proprement parler, par tout ce que la personne mobilise pour "faire écran au tragique" (p. 72), et aussi par la dimension intersubjective qui anime le travail. Deux aspects sont prégnants. D'une part la "distance soignant-soigné" dont les fluctuations exposent au risque "de déborder les capacités de maîtrise du soignant" (p. 73), de conduire au collage jusqu'à la fusion, ou à l'inverse à l'éloignement jusqu'à la perte du sens thérapeutique. D'autre part, "la confrontation à la souffrance et à la mort" (p. 74), fréquente jusqu'à l'excès, qui expose à l'angoisse et au deuil via des jeux identificatoires et des investissements affectifs complexes.
- "Le manque de soutien" qui entretient le stress des soignants" (p. 78), constitué par le manque de reconnaissance et la difficulté à mettre au travail les dysfonctionnements qui entraînent de la souffrance. Certains contextes ressortent, comme "l'urgence" qui court-circuite les possibilité réflexives par un agir repris défensivement, "le cloisonnement" (p. 79) des différents niveaux hiérarchiques, "la loi du silence" (p. 80) par focalisation sur la parole des malades et évitement des problématiques du travail, "les situations conflictuelles" entre collègues (p. 81) qui "absorbent une énergie considérable souvent plus importante que le travail technique lui-même", et "le manque d'échange" (p. 82) qui découle de ces situations et les alimente.
- Le rapport ambivalent à "la technologie" (p. 84), qui aide la technique et expose aussi à l'échec cognitif dans sa maîtrise, pouvant être prise comme bon ou mauvais objet selon le degré de réussite qu'elle permet.
- "L'impact des pathologies sur le niveau d'épuisement professionnel" (p. 85) : un certain nombre de services hospitaliers, par la nature des pathologies traitées ou les spécificités en termes d'organisation du travail, sont particulièrement susceptibles d'exposer au burn out. Il s'agit notamment des services de moyens et longs séjours gériatriques, d'urgences, d'oncologie, de maladies infectieuses, et de réanimation. Canouï note d'ailleurs que "le terme est largement utilisé par les soignants de services à risque émotionnel élevé (cancérologie, immuno-hématologie, gériatrie, Sida, réanimation, Samu, etc.)" (p. 7). Cela parle du sens que peut prendre une analyse psychopathologique spécifique de la souffrance liée au travail soignant pour les professionnel.les les plus exposé.es à des situations, des contraintes de travail difficiles.

Enfin, **"les stresseurs environnementaux"** (p. 87) dont :

- "Le milieu" ou les "contraintes d'ambiance" (p.89), autrement dit l'environnement sensoriel, l'espace, la température, l'éclairage… Les besoins

pour faciliter le travail peuvent être plus ou moins pris en compte par l'organisation.

- "Les matières premières" (p. 89), soit les produits nécessaires au travail dans leur adaptation, leur quantité et leur qualité. Le manque entraîne des efforts supplémentaires en termes d'organisation de l'activité, expose à un stress répétitif particulièrement usant.
- "Le matériel" (p. 90), sa "conformité" ou sa "dangerosité", son ergonomie.
- "Les méthodes de travail" (p. 90), leur adaptation, leur diffusion, leur actualisation aux besoins, en ce qu'elles permettent de structurer le travail.
- "La main-d'œuvre" (p. 92), son nombre mais aussi son adaptation car "mieux vaut affecter un personnel minimum et efficace que plus nombreux et inopérationnel". L'évaluation, la formation, la promotion de carrière font partie de cette dimension.

En 2003 déjà, Canouï alarmait sur la proportion d'épuisement professionnel chez les soignant.es du champ paramédical : "Dix à 48% (moyenne 25%) des infirmières actives de pays occidentaux présentent un niveau élevé d'épuisement professionnel (burn out) quels que soient le milieu de travail et la spécialité" (p. 101). Une problématique qui tendait déjà à s'accroître (Duquette et Delmas, 2000).

Plus récemment, l'Ordre national des Infirmiers (2022) français a voulu recenser l'état des représentant.es de la profession en tant que "1ère profession de santé par le nombre", suite à la crise sanitaire du COVID-19. Il ressort d'une étude par questionnaire adressée à 60.000 de ses membres que :

- "85% des infirmiers jugent leurs conditions de travail dégradées depuis le début de la crise sanitaire",
- "54% des salariés d'établissements publics estiment traverser un burn out, avec des effets préjudiciables sur la qualité des soins",
- "72% décrivent un état d'esprit marqué par de la lassitude",
- "15% des infirmiers affirment vouloir changer de métier dans les 12 mois à venir".

Ces réponses ne permettent pas de diagnostiquer formellement un état d'épuisement pathologique chez les personnes répondantes, mais montrent l'expression de certains de ses signes, et aussi comment ces professionnel.les se saisissent de la conceptualisation du burn out au regard de la récente crise sanitaire.

Cette dynamique, ancienne et récemment majorée, fait peser le risque d'un cercle vicieux en termes de santé au travail et sur l'équilibre des équipes en ce que "si les soignants étaient moins épuisés, ils seraient peut-être plus efficaces, plus rigoureux dans leur travail, moins exposés à des erreurs professionnelles, plus stables à leur poste" (Canouï, 2003, p. 101).

Il y a une perte de qualité du travail dans un contexte d'épuisement. Canouï souligne de surcroît la majoration du risque de "maltraitance" et de "violence" (2008, p. 108).

Ces considérations peuvent être mises en tension avec la perspective psychodynamique de Dejours et Gernet sur les effets de l'organisation du travail en milieu hospitalier, notamment en ce qui concerne les "pathologies de surcharge" (2012, p. 109). D'autant plus "dans le cadre de la tarification à l'activité" où "les objectifs fixés apparaissent en contradiction totale avec la nature effective du travail de soin" (p. 110). À cela s'ajoutent les caractéristiques propres à la rencontre avec les personnes malades qui "génère de la souffrance, de la gêne, du dégoût, de l'excitation, de la peur".

Dans ce contexte, le groupe est essentiel à travers "un exercice collectif de délibération sur le travail concret". La politique actuelle en Santé Publique altère la satisfaction issue du travail car "les soignants se retrouvent confrontés au fait qu'ils sont conduits à moins bien travailler (en faisant sortir plus vite les patients dont l'état n'est pas stabilisé) alors qu'ils disposent pourtant d'outils et de médicaments plus performants". Des tensions éthiques émergent aussi "des pratiques moralement répréhensibles comme par exemple « sélectionner » ou « trier » les patients". Valeurs du soin et organisation du travail semblent mettre les soignant.es aux prise avec de véritables injonctions paradoxales singulièrement pathogènes (Watzlawick, Weigel et Jackson, 1967).

Dans ce contexte, c'est quand la dynamique groupale fait défaut que les défenses individuelles prennent le pas sur les défenses collectives. Alors "il est possible de se préserver individuellement en mettant à distance les affects suscités par la rencontre avec les patients. L'évitement, la « déshumanisation » ou la « chosification » des patients, [...] signes caractéristiques du burn out, en sont des formes cliniques courantes" (2012, p. 110). Le burn out ferait ainsi symptôme de l'organisation : "L'engagement éperdu dans l'activité, au risque de l'épuisement physique et psychique, représenterait une manière de ne pas penser le conflit de rationalité morale généré par les contradictions du travail".

Suivant une lecture psychanalytique, Lhuilier (2007) met en outre en avant **la question du corps des malades, dont la confrontation expose à ce qui est frappé de l'*interdit du toucher*** selon Anzieu (1985) : le corps nu, l'intime, l'intérieur, le faire mal… Un mode de toucher particulier qui génère une porosité du Moi-peau et expose à des angoisses archaïques. Un toucher insolite puisque "l'interdit impose de ne pas toucher la nudité d'autrui sauf dans des situations strictement réglementées. Hors du cadre familial, seules les soignants et les prostituées y sont autorisés en même temps qu'exposés au tabou" (Lhuilier, 2007, p. 144). Cette mise en tension entre deux fonctions sociales met en exergue le caractère sexuel de l'excitation liée à un toucher qui relève de l'exception, qui serait transgression s'il n'était fait de cette place.

Dans la continuité des travaux de la psychiatre Muriel Salmona sur les éleveurs dans l'agriculture (1985), Lhuilier parle de **"travailleurs du corps" (2007, p. 137) pour désigner "les travailleurs du vivant humain ou animal" qui "manipulent, du fait de leur activité, des «objets dégoûtants»"**. Par "objets dégoûtant", elle entend "ce qui renvoie au domaine du sensoriel face à un objet organique qui se présente ou évoque un état de décomposition progressive et ce dans une relation de contiguïté, proximité, contact avec le sujet". Ce qui en fait la particularité, c'est que "le dégoûtant est agressif sans être dangereux : les choses dégoûtantes sont perçues comme contaminantes au sens où elles menacent de transmettre à tout ce qu'elles touchent la décomposition qui opère en elles-mêmes. Mais la menace n'est pas perçue comme vitale".

C'est la question du danger qui introduit l'angoisse : "Le passage du dégoût à l'angoisse émerge avec l'idée de danger ; le dégoût vise l'inférieur, ce qui est à mettre de côté, à tenir à distance, à évacuer. Quand ces opérations matérielles et psychiques sont impossibles ou difficiles, alors naît l'angoisse" (p. 138). Ainsi, une certaine analité semble émerger de ces considérations où ce qui ne peut être évacué par la maîtrise, un contenu "dégoûtant", entraînerait de l'angoisse.

Cette situation engendre de la souffrance, dont la clef de voûte est pour l'autrice l'identification. En effet, dans cette inexorable, inévacuable contiguïté avec le dégoûtant dans un toucher interdit et tabou qui estompe la frontière Moi/non-Moi et dedans/dehors assurée par le Moi-peau, un vécu d'indifférenciation fait émerger des angoisses archaïques. La confrontation aux déchets corporels et à leur potentiel contaminant, réel ou fantasmé, physique ou symbolique fait que "le déchet, de dégoûtant devient dangereux" (p. 139) : "Quand il se fait passeur de limites : quand il resurgit alors qu'on pensait l'avoir éliminé, quand il fait irruption hors des espaces attribués, quand son odeur envahit et confronte à la démesure, quand sa proximité est telle qu'elle le fait basculer dans le désordre et l'infecte. L'excès, le trop est dépassement de limites, celles du contenant, celle du seuil de tolérance".

Ainsi pour Lhuilier :

"Le déchet est contaminant à la fois du fait des agents pathogènes dont il est porteur mais aussi [...] du fait d'une possible assimilation à celui-ci par identification. La visibilité et la proximité du déchet menacent par ce que cette présence révèle : la trace négative de l'activité humaine, la précarité des êtres et des choses, l'emprise d'une corporéité que nous nous évertuons à gommer, l'impuissance face au temps qui passe et son issue fatale, la dimension mortifère, irréductiblement liée au vivant, la résistance du réel à notre idéal de maîtrise. Un réel qui échappe à sa capture symbolique et qui se trouve saisi, appréhendé à travers le prisme du fantasme".

Ces angoisses, qui "renvoient à une fragilisation des fonctions du Moi et des enveloppes psychiques" (p. 152) sont du registre de :

- “l’angoisse du vidage ou de l’hémorragie libidinale qui évoque certains aspects du burn out associée à cette forme d’usure au travail par surinvestissement pour combler une demande inassouvissable (notamment dans les situations de travail où « l’objet » traité, pris en charge, est dans une situation de dépendance extrême aux professionnels, enfants, personnes âgées [...]). Elle renvoie à une fragilisation de la fonction de contenance et peut conduire à la technique défensive de la « carapace ». [...]
- l’angoisse d’effraction renvoyant à une mise en cause de la fonction de pare-excitation par dépassement du seuil d’excitation, d’affects tolérables. Ici on pense plus particulièrement à l’effraction traumatique (accident, agression) mais aussi au trauma par accumulation-sommation ;
- l'angoisse de confusion qui révèle une perte de sens quand les repères constitutifs d’une différenciation des places et donc des limites et des liens se dissolvent. [...] Cette angoisse révèle une crise de la limite et du lien. La limite signe une différence, une distance. Principe de clôture, elle est aussi principe de transgression. Si elle assure le bornage, elle permet aussi le passage. Elle est donc un lieu d’échange, mais l’échange suppose l’altérité. [...] Le lien est ce qui relie et oblige, ce qui ancre à une place dans une transmission réciproque. On ne relie que ce qui, de soi, est distinct;
- l’angoisse de perte d’identité comme attaque de l’individuation du soi comprise comme sentiment d’être un être unique” (pp 152-153).

Ces confrontations à l’angoisse constituent de véritables “épreuves psychiques” qui créent de la souffrance, et face auxquelles les sujets soignants développent des stratégies défensives spécifiques de l'ordre de la “transformation” ou du “dégagement” (p. 155).

Les caractéristiques des professions du soin et aussi ce qui amène les sujets à exercer ce travail vont influer sur d’éventuelles décompensations psychopathologiques au fil de l’histoire professionnelle (Delieutraz, 2018). Cela n’est certes pas une fatalité : différents facteurs concourent à maintenir un équilibre psychodynamique, pouvant être regardés comme facteurs de protection dans une acception qui relève de la théorie de la résilience. Les relations avec les pairs, le fonctionnement institutionnel, l’organisation du travail, s’ils peuvent être pensés et soutenus, sont des ressources précieuses. Leur élaboration peut être favorisée par des espaces de parole, fonction portée et soutenue par les psychologues à l’hôpital (Gilloire, 2013 ; Hibon, 2019) (élément qui sera détaillé ultérieurement).

3.3 Les soignant.es face à la fin de vie des patient.es :

Les soignant.es sont donc des sujets en situation de travail. Membres de l'institution hospitalière, leur place et leur fonction implique éminemment leur subjectivité et les expose à des risques psychopathologiques singuliers.

La question de la mort ressort de certains écrits évoqués ici comme élément particulièrement fragilisant pour les soignant.es. Avant d'explorer les spécificités de ce travail-là, définir plus précisément les soins et la relation de soin fondera un socle pour aborder les enjeux de cette confrontation à la mort, aux mourant.es et à leur entourage. Dans un prolongement, il s'agira de présenter en quoi la problématique de la perte et du deuil s'activent tout particulièrement chez les soignant.es dans ce contexte.

3.3.1. Soigner, accompagner : le socle des pratiques soignantes

a) La relation soignant.e-soigné.e sous le prisme de la fin de vie

À travers les différentes approches abordées pour définir les professions paramédicales et leur psychopathologie, il ressort que la question de la relation est centrale. **Quel regard les acteurs et actrices des soins infirmiers portent sur cette dimension relationnelle de leur travail ?** Leur donner la parole dans un premier temps est une étape nécessaire pour approcher cette notion.

Le contexte et les objectifs déterminent d'emblé la rencontre soignant.e-soigné.e. Celle-ci "implique des rapports sociaux codifiés, préétablis fixant par avance l'identité sociale, les rôles et le styles d'interactions des protagonistes" (Formarier, 2007, p. 34). Les soins se matérialisent dans des relations "enfermées dans des pratiques répétitives". Ceci garantit une certaine sécurité affective ainsi qu'une économie cognitive pour les soignant.es par la stabilité inhérente. La rencontre étant intersubjective, pour les soignant.es ces pratiques répétitives "sont l'expression, l'objectivation de la démarche clinique mise en œuvre dans la prise en charge de la personne soignée", et "les représentations des individus [soignés, ndlr] jouent un rôle essentiel dans les relations de soins" (p. 35). Interviennent aussi des désirs plus inconscients ou encore la culture (Kleinman, 1980), en un processus dynamique dont toutes les composantes se jouent simultanément.

En soins infirmiers, la conceptualisation de la relation de soin qui prédomine en France repose, d'après Formarier, sur un triptyque à partir de "la théorie des besoins d'Henderson (1964)", le concept de "*caring* de Watson", et "l'approche perceptuelle, de Combs (1976) et Fawcett (1995) qui s'enracine dans la phénoménologie" (p. 36). Ces modèles ancrés dans les valeurs humanistes de la relation d'aide auraient pour limites de porter un

regard pouvant être considéré comme paternaliste (Rameix, 2002) sur la personne malade, perçue sous le prisme du besoin plus que de la ressource et de l'autonomie.

L'objet de la relation de soin est l'*accompagnement* de la personne en situation de vulnérabilité qui a besoin de soin. Il s'agit de porter sur elle une attention spécifique, du registre du *care* (Favetta et Feuillebois-Martinez, 2011), de manière à percevoir son vécu par le biais de l'empathie, et à partir de cette place accompagner son mouvement vers un mieux-être.

La spécialiste de la formation professionnelle Maela Paul (2012) décrit cette fonction à partir d'une posture professionnelle spécifique aux multiples facettes : posture "éthique" comme "rapport non-violent à autrui" en référence à Derrida (p. 16) ; "posture de non-savoir" sur l'autre qui garde de la "toute-puissance" ; "posture de dialogue" (p. 17) ; "d'écoute" ; et "posture émancipatrice" qui vise une autonomie maximale.

Cela suppose néanmoins une **asymétrie relationnelle** que rappelle Formarier "dans les représentations, les attentes, les statuts et les rôles des personnes initiées qui évoluent sur leur territoire (les soignants) et des non initiées (les patients et les familles) qui arrivent dans une micro culture, une organisation, des modes de communication, un environnement qui leurs sont étrangers et qu'ils ne maîtrisent pas" (2007, p. 35).

Cette asymétrie relationnelle met en tension la notion de "sujet de soins" selon Marc (2005) à celle d'"objet de soins" (Formarier, 2007, p. 35). Elle attire le regard sur la dimension holistique de l'individu, faisant écho à la question du sujet en psychanalyse, en réaction avec la réification des malades issue de l'essor de la médecine. Formarier précise de manière concrète : "Cette sensation d'être un « objet de soins » est renforcée chez les patients par le contenu même des interactions qui sont le plus souvent de type informatif ou éducatif et qui induisent une « recherche d'influence » dans l'interaction". Il semble s'agir ici de rapports de pouvoir où l'asymétrie relationnelle met les soignant.es en position de puissance, ce qui peut générer des défenses chez les patient.es. Ce contexte peut en effet être à l'origine de malentendus voire de conflits :

"On peut ainsi comprendre et expliquer le décalage qu'il y a entre les attentes relationnelles des patients et des familles qui ont des représentations qui leurs sont propres, issues de leur culture, de leur vision de la santé, de leur expérience de la maladie et qui font de la relation de soin une relation singulière, unique et les pratiques relationnelles des soignants qui s'appuient sur des représentations collectives, plus ou moins pré codées et qui, dans bien des cas, ne dépassent pas le stade des interactions".

L'autrice entend par "interactions" des successions d'échanges auxquels peut manquer une dimension relationnelle plus globale. C'est un rapport aux malades qui a tendance à remplacer la relation de soins du fait des conditions de travail. Or l'engagement relationnel est nécessaire au soin. Ainsi Estrate et Lacour précisent que les soignant.es sont amené.es à accomplir un véritable travail d'"équilibriste [...] pour construire une relation

soutenant un projet thérapeutique, le professionnel doit faire preuve de capacités d'adaptation solides pour chaque situation de soins" (2019, p. 48).

Il est intéressant de situer cette dernière réflexion dans une collaboration entre psychologue et aide-soignant. Ce point de vue parle en effet à la fois de la façon dont les professionnel.les concerné.es peuvent se représenter leur travail relationnel, et de la place des psychologues dans les équipes de soignant.es qui invitent et soutiennent une certaine réflexivité sur les pratiques.

C'est en général de cette posture singulière dans les équipes de soins que **les *psys* peuvent percevoir la place de la relation dans le travail soignant**. Les clinicien.ne.s observent dans le travail pluridisciplinaire tout en y contribuant de manière complémentaire et spécifique. Aussi s'exprimer sur le sujet leur est possible sur la base de leur pratique avec les soignant.es qui évoluent auprès des patient.es. Ces contextes mettent en lumière les dimensions singulières de la relation comme fondement et outil du soin.

Si le chercheur en psychanalyse Benjamin Jacobi énonce que "soigner implique d'accepter d'être et de se maintenir en relation" (2019, p. 69), le psychiatre et psychanalyste Marcel Sassolas décrit à propos des **modalités relationnelles entre soignant.es et patient.es en psychiatrie** que "les conditions sociales de la rencontre entre un soignant et un patient mobilisent chez celui-ci des fantasmes préalables à la relation soignante elle-même. Cette mobilisation va avoir un impact sur le contenu et le déroulement de cette relation" (2009, p. 412). Le psychiatre se concentre ici sur un contexte *hors corps* où la notion de soin même tient presque toute entière dans la relation. Les modalités relationnelles décrites, propres aux personnes psychotiques, mettent en lumière les singularités de la relation de soin selon la structuration de la personnalité en même temps que le caractère intersubjectif intrinsèque à la relation, quelles qu'en soient les modalités.

Avançant vers la question du corps, il est intéressant de relever le point de vue de Charazac, fort d'une grande expérience en psychogériatrie qui lui permet d'opérer un rapprochement avec le travail en psychiatrie. Ce psychiatre et psychanalyste décrit en effet la façon dont le soin "engage la manière d'être, de parler et d'agir d'une personne envers une autre personne et, au niveau de l'équipe soignante, la capacité de penser ensemble. Du côté du patient, il ne comporte pas seulement l'investissement reçu des soignants, qui se traduit [...] par leur écoute et le temps qu'ils lui consacrent, mais aussi la somme des attentes, rationnelles ou non, conscientes ou non, et des sentiments positifs et négatifs qu'il éprouve à leur égard" (2020, p. 376). Ce propos met en lumière la complexe articulation des dimensions de la relation de soin : individuelles et groupales, corporelles, verbales, cognitives, affectives etc. Cette description d'un lien riche rejoint les points de vue infirmiers précédemment évoqués.

La question de ce qui fait lien est essentielle dans cette acception de la relation de soin : "Tout se tient dans le soin. Alors que les traitements peuvent s'additionner en s'ignorant voire en s'opposant les uns aux autres, le soin a pour fonction de les lier et de les unifier".

C'est ce fondement qui permet de "comprendre" le symptôme de la personne malade au sens de "prendre ensemble". Cela semble décrire une alliance fondée sur **l'identification**, que Bacqué estime, dans ses travaux sur la prise en soin de la fin de vie à l'hôpital, "nécessaire pour créer une relation" avec les patient.es (1992, p. 386).

Charazac souligne par ailleurs, comme en psychopathologie du travail, que "**le soin est un travail**". Cet aspect contextualise la relation de soin, et parle de la place qu'y occupe la subjectivité de la personne soignante : "Comme n'importe quel travailleur, le soignant a besoin de pouvoir agir sur son milieu, prendre des initiatives et surtout retrouver dans son métier les valeurs qui l'ont fait le choisir". Cela parle aussi de l'effort nécessaire à la relation de soins, qui est par essence "difficile" (Fiat, 2019, p. 121).

Or le travail de soin, avec son socle relationnel et les actes techniques qui le composent, expose à de l'angoisse : "angoisse de castration"(Charazac, 2020, p. 390) qui empêche d'être tout à fait satisfait.e de son travail et "peut être à l'origine d'une hostilité inconsciente vis-à-vis des patients" ; "angoisse de mort" ou "d'effondrement" par identification aux malades… Ces mobilisations internes portent le risque de "l'autodépréciation, la dépression, la décompensation somatique et parfois le risque suicidaire". **La clinique de la fin de vie est sans doute d'autant plus confrontante qu'elle amène à construire des relations avec des personnes extrêmement vulnérables**.

C'est de cette place particulière, soumis.es à ces mouvements psychiques, que les soignant.es vont aussi avoir à faire avec les mouvements psychiques des patient.es. Des enjeux narcissiques peuvent par exemple amener ces dernier.es à rejeter ou à idéaliser les soignant.es, la régression liée à l'asymétrie relationnelle peut majorer la dépendance ou son vécu… Cette dynamique peut être favorisée par une tendance à l'agir dans les équipes de soin. Accueillir ces mouvements psychiques des patient.es peut être usant, mais cela questionne aussi la jouissance des soignant.es à cette place, *au-dessus* dans l'asymétrie relationnelle.

Dans le travail en équipe, les soignant.es sont ainsi pris.es dans des mouvements qui "soude[nt]" ou "attaque[nt]" les liens (p. 393). Aussi l'auteur invite les professionnel.les à prendre conscience des enjeux transféro-contretransférentiels dans les relations de soin :

"Ce n'est pas l'existence du transfert et du contre-transfert mais leur prise de conscience et leur élaboration qui distinguent la relation soignante de la relation d'aide. Le métier de soignant comporte en effet l'effort de comprendre ce qui se passe entre soi et le patient, à l'échelle individuelle comme à celle de l'équipe" (p. 386).

C'est en cela que l'aide apportée par le soin revêt un caractère professionnel et se distingue de l'aide naturelle des proches ou solidaire de la société. Ce travail réflexif est essentiel pour Charazac car "la plupart du temps, les soignants négligent leurs réactions personnelles ou les traitent comme des phénomènes qui parasitent leur travail" (p. 387).

Par ailleurs, la psychologue Laurence Gilloire souligne que travailler comme soignant.e demande une forme d'"engagement" (2013, p. 165) à la fois corporel et psychique, qui

requiert de la créativité et mobilise des mouvements psychiques inconscients intenses. Elle rejoint nombre d'auteurs et autrices concernant le caractère essentiel des espaces de parole et de pensée sur le soin, rappelant que "Balint, non sans humour, souligne un des aspects de la relation soignant-soigné : aucun protocole établi à l'avance ne s'applique dans ce domaine" (p. 168).

Charazac aussi se réfère à Balint : "Dans une démarche analogue à celle inaugurée autrefois par Balint (1966) auprès de médecins généralistes, il ne s'agit pas de faire des soignants des psychanalystes mais de les éclairer sur le sens de ces attitudes, amplifiées par les attentes et les craintes induites par la dépendance et la régression" (2020, p. 386). Ce sont des problématiques prégnantes chez les personnes âgées qui se retrouvent aussi couramment à l'hôpital. Ce mouvement de mise en pensée "s'applique à l'ensemble des manifestations de l'investissement des soins par les patients [...], y compris celles qui paraissent les plus accessoires" d'une part, ainsi qu'à "l'extension de la notion de contre-transfert à l'ensemble des réactions affectives et des contre attitudes déclenchées chez le soignant" d'autre part. Une considération à nuancer par rapport à l'analyse des éléments de transfert dans la psychothérapie dans la mesure où "la relation soignant-soigné ne passe pas exclusivement par la parole mais comporte aussi des actes" (p. 387). Se retrouve ici la question du corps.

Elle est en effet centrale dans le travail soignant, les actes portés sur le corps, le corps à corps sont indissociables de la relation de soin en services de médecine somatique.

Les propos des psychologues Véra Fakhry et Joseph Descamps (2016) concernant le soin aux personnes en situation de handicap est intéressant en ce que ce public signe quelque chose du lien de dépendance aux soins. Les dimensions techniques et relationnelles du soin, du fait du manque d'autonomie fonctionnelle et de la chronicité, sont mises en relief de façon particulièrement significative.

Ces psychologues mettent en avant un mode de relation où les professionnel.les du champ paramédical occupent une fonction de "corps-auxiliaire" (p. 61) pour la personne soignée, qui s'étaye sur la "relation primaire" et la fonction de Moi-auxiliaire maternelle (Bion, 1967). Cette considération est pertinente en ce qui concerne le rapport entre soignant.es et malades graves ou chroniques.

L'approche holistique mise en avant par le mouvement des soins palliatifs dans le premier axe de cette contextualisation théorique **revendique en effet la place centrale de la relation au cœur des soins**. Si les soins palliatifs ont rappelé historiquement la place du *care* dans le soin (Le Berre, 2020) au regard de la mort qui arrive, les débats actuels questionnent l'exclusivité de cette démarche à l'approche de la fin de vie, et resituent le contexte légal et déontologique des soins et de la médecine (Ricot, 2016).

Entrer en relation suppose une forme d'investissement affectif réciproque, et une dimension intersubjective où le fonctionnement psychodynamique de chaque s'interpénétre

avec celui de l'autre (Grimaldi, 2004). Au cœur des soins, la relation soignant.e-soigné.e revêt des dimensions complexes, sociales et psychologiques. D'après les anthropologues Québécois Jean Benoist et Raymond Massé, tout ce qui fait la relation concourt au soin : "Tout acte de soin soigne : soigner c'est prendre soin, c'est « se tourner vers » et faire des gestes, administrer des produits, tenir un discours" (2003, p. 488). Ce point de vue anthropologique en santé apporte un recul certain. **Relation de *soins* au pluriel, qui permet d'opérer les soins, elle est aussi relation de *soin* au singulier, relation soignante dont le qualificatif est actif et dépasse la définition des protagonistes du lien, c'est aussi la relation qui soigne**.

Elle est au cœur du soin, en constitue le fondement d'un point de vue éthique (Hirsch, 2003) comme préalable nécessaire à l'acte technique et modalité thérapeutique de l'aide (Rogers, 1942). Il en ressort des modalités relationnelles uniques, qui ont trait à la personnalité de chaque partie et au contexte de la rencontre. Ce sont toujours des histoires uniques et singulières. A la fois prémisse et opérateur de l'approche thérapeutique, de manière singulière lorsqu'elle concerne le corps malade, cette relation revêt une acuité particulière quand il s'agit de s'occuper d'une personne qui s'approche de la mort.

b) Pour soigner les malades, accompagner l'entourage

En éclairant conceptuellement la question de la relation de soin, celle de l'entourage affleure déjà. Pourtant **l'histoire de l'hôpital, comme institution accueillant les personnes les plus démunies, les plus isolées, n'a pas toujours pensé la place de l'entourage** des malades. C'est à partir des années 1950 que l'hôpital public met en place une politique d'"humanisation" (Wanquet Thibault, 2016, p. 14) dans un contexte d'essor médical par lequel sa population se diversifie, et de concurrence avec le développement d'établissements privés. Cette dynamique s'accélère dans les années 1970. L'idéologie du *care* y concourt sans doute.

Aujourd'hui tenir compte de l'entourage est formalisé par le Code de santé publique et le Code de déontologie médicale (Conseil national de l'ordre des médecins, 2021), ainsi que par la Charte de la personne hospitalisée depuis 1974 et dont la dernière actualisation date de 2006, de manière générale et tout particulièrement en fin de vie. Ces textes législatifs sont complétés par différents textes de loi selon les spécificités du public accueilli (enfance, psychiatrie, gériatrie, handicap, fin de vie etc.).

Une présence auprès des malades, mais aussi une place dans la concertation et l'information médicale qui peut aller jusqu'à représenter la personne hors d'état de l'exprimer avec la fonction de *personne de confiance* désignée par la personne hospitalisée (Claeys et Leonetti, 2016). Une hiérarchie des informations et des consultations se met en place, de la personne malade vers sa personne de confiance, puis la famille et l'entourage tel qu'il est défini par la personne malade. Allié de l'accompagnement et aussi considéré comme à accompagner, à soutenir, et tout particulièrement en cas de décès, de don d'organes, et jusqu'au relai vers le funéraire où le corps quittera définitivement l'hôpital.

C'est une place occupée de manière subjective en ce que "le rôle de l'entourage familial auprès du patient hospitalisé dépend de multiples facteurs : culturels, sociaux, économiques, religieux, politiques" (p. 21), précise Nöelle Ballouz (2005) qui a consacré son mémoire de Directrice des hôpitaux à l'accueil des proches. L'entourage reste le plus souvent la famille, bien que sa structure ait évoluée avec le temps, faisant que "pour le professionnel, la notion d'entourage familial du patient se trouve [...] élargie, complexifiée, et différents interlocuteurs sont à considérer" (p. 22). D'un point de vue systémique, la personne malade est pourtant étroitement, inextricablement liée à sa famille, et sa présence est essentielle, tout particulièrement dans l'accompagnement de la maladie grave (Gagnier et Roy, 2016).

De nombreuses sociétés savantes issues de différentes spécialités médicales se sont penchées sur la question de la place de ces proches. Le point de vue de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation est un exemple éclairant en ce que ces équipes accueillent les situations les plus critiques à l'hôpital. Elle aborde l'entourage par le biais de recommandations en ce qui concerne son accompagnement, sous le prisme de la famille comme partenaire à "intégrer" (Jabre, 2014, p. 9) et à "protéger" (p. 8) en même temps dans la prise en soins, surtout lorsque l'état de la personne hospitalisée est grave ou nécessite des soins lourds qui pourraient être traumatiques pour ses proches.

Les proches comme partie prenante de la prise en soins peuvent en effet la favoriser en médiatisant le lien entre malade et équipe : "La relation soignants-malade-proche est une dynamique sociale nécessaire pour le patient. [...] Les familles connaissent l'histoire du patient (antécédents, volonté). Elles ont un rôle protecteur (défenseur), facilitateur (traduction, explication, interprétation) et de soutien non négligeable auprès de la personne hospitalisée, malade ou dépendante (encouragement, compréhension, soutien psychologique et aide morale)" (p. 4).

Une aide pour les équipes qui permet en même temps de mieux soutenir la personne hospitalisée "notamment lors des soins, qui peuvent être un moment angoissant pour le patient", et aussi en jouant un rôle de "relai de l'activité médicale et paramédicale" qui peut faciliter l'acceptation et le déroulement des soins, voire l'"éducation thérapeutique".

Cela tenant compte que **les proches sont aussi impactés par l'état de santé de la personne hospitalisée**. Même si "le soutien du proche [...] soulage les équipes soignantes", il est important que "le proche [se sente] considéré". Cet accompagnement peut aider à "accepter la maladie, le handicap du proche hospitalisé". L'accompagnement des proches par les soignant.es leur demande un travail *vivant* (Dejours et Gernet, 2012).

Si l'histoire montre que "l'intérêt pour le rôle des familles des malades s'inscrit dans un double contexte : économique et idéologique" (Wanquet Thibault, 2016, p. 27), ce chemin a conduit vers une "situation triangulaire" (Conrath, 2016, p. 20) où les soignant.es qui s'occupent des patient.es ont aussi à faire avec leur entourage. **Une présence qui semble tiércéiser la relation soignant.e-soigné.e**, héritière du "colloque singulier" médical (Duhamel, 1944, p. 13) en ce que les professions paramédicales sont issues de la fragmentation des

tâches médicales. Cette place particulière ajoute encore à la dimension intersubjective des relations de soin.

La présence de l'entourage dans l'accompagnement global des patient.es est à la fois facilitatrice et complexifiante, "les relations soignants – patients – familles sont [...] à la fois codifiées et imprévisibles, ce qui les rend, quel que soit le contexte, toujours délicates" (Formarier, 2007, p. 34). Délicates par cette place de tiers et par tous les affects qui traversent les proches au regard de la maladie, de l'histoire familiale et de son actualisation : "La dynamique des relations au sein des familles est un phénomène complexe, difficilement perceptible d'emblée par les professionnels de santé. Mais, quel que soit la situation de la famille (harmonie, ou conflits) la maladie d'un de ses membres entraîne détresse émotionnelle, déstabilisation et souffrance" (p. 40), ainsi que des "sentiments ambivalents : amour, tendresse mais aussi impatience, dégoût, agressivité qui engendrent culpabilité et usure psychologique". Une certaine rivalité peut aussi être questionnée au regard de la place de chacun auprès de la personne malade.

Cela rend cette fonction de soutien de la personne hospitalisée difficile et mouvante car "la capacité d'une famille à soutenir un patient est très variable en fonction de ses ressources internes : liens sécurisants, capacité d'adaptation, acceptation d'aide extérieure, densité du réseau externe ou isolement, conditions de vie matérielles" (p. 41). Aussi "la capacité de la famille est flexible et peut varier en fonction de la durée, de la survenue d'événements, de sa stabilité affective".

Se met en place un jeu d'identification et de projection qui peut aller jusqu'aux "mouvements spéculaires" (Louchard Chardon, 2016, p. 39) et induire une "dynamique essentiellement conflictuelle, génératrice de tensions et d'enjeux interpersonnels déséquilibrant les organisations psychiques de chaque intervenant et qui demandent à être éclaircies en trouvant des espaces de dégagement face à ces mouvements en miroir" (Conrath, 2016, p. 20). Cela tenant compte du fait que des "alliances et [...] pactes inconscients avec les familles" (Charazac, 2007, p. 394) se construisent aussi en parallèle de ceux qui unissent malade et équipe soignante, malade et famille.

Si "la maladie impacte la personne et sa famille à partir de nombreux paramètres tant personnels qu'universaux" (Conrath, p. 20), les enjeux de ce qui est dit et fait à l'hôpital dépasse en effet l'ici et maintenant en ce que cela "réactualise l'histoire générationnelle ou leur possible rapport avec l'installation de la maladie". Des mouvements qui questionnent la place de la famille dans la prise en soins, le désir d'ingérence et les enjeux de pouvoirs parfois au risque d'en exclure le sujet malade (Clément-Hryniewicz, 2016).

Par ailleurs, **cette place de l'entourage comme intégré à la prise en soins l'expose aussi aux dysfonctionnements et pathologies des équipes de soins au travail**. Chemin-Sauque et Routens citent par exemple dans leur travail sur les excès de bienveillance, leurs effets délétères sur les proches : "Lorsque la guidance de l'aidant se métamorphose en domination, peut vite apparaître un vécu de persécution et de disqualification" (2019, p. 62).

Un équilibre périlleux qui fait l'objet de réflexions éthiques dans les équipes de soins (Landry-Dattée, Théodore et Velardo, 2003).

La place de l'entourage est donc relativement récente dans l'histoire de l'hôpital, et fait l'objet encore d'actualisation et de construction. Il ressort de ce cheminement que **la question de la fin de vie est toujours mise en avant. En effet, les mouvements psychiques convoqués pour chaque pôle de cette relation triangulaire sont particulièrement intenses**. Il y a à les soutenir et faire corps ensemble face à la mort, mais la déliaison menace toujours.

C'est sans doute pour cela que **le mouvement des soins palliatifs place d'emblée l'accompagnement de l'entourage, avec au premier plan la représentation de la famille, comme partie intégrante de l'accompagnement des malades en fin de vie**. Ce mouvement est d'ailleurs contemporain de la politique d'*humanisation* de l'hôpital. Cette place a été également formalisée par les définitions des soins palliatifs et soutenue législativement en France. La loi de 1999 crée ainsi un *Congés d'accompagnement d'une personne en fin de vie* pour dégager du temps et de la disponibilité auprès de son proche malade ; il est élargi en 2003 sous la forme de *Congés de solidarité familiale*. Dans la réflexion originale qui anime ce mouvement de pensée, la place des proches est considérée tant dans ses dimensions pratiques que symboliques, au quotidien auprès de la personne malade (Pierrot, 2015), et après son décès avec une attention singulière (Viallard, 2016).

Cette place des proches auprès des personnes mourant.es fait partie des considérations des psychologues clinicien.ne.s à l'hôpital : la question du sujet, de ses liens affectifs et des mouvements psychiques qui l'animent est le fondement de leur travail. Les propos de Ruszniewski comme pionnière de l'accompagnement des malades incurables avec le développement des soins palliatifs résument finement ce lien triangulaire au regard de la mort qui approche, dans son œuvre au titre signifiant *Face à la maladie grave, Patients-familles-soignants* :

"C'est une place particulière auprès du malade, mais aussi dans la relation à ses proches qui le visitent et partagent parfois son quotidien à l'hôpital, jusqu'à sa chambre lorsque l'institution met à sa disposition un *lit accompagnant*. Le travail du soignant comprend aussi l'accompagnement relationnel de ses proches, qui l'expose à leur vécu douloureux au regard de la perte à venir. Suppléant parfois à leur fonction au domicile, dans les temps aigus de la maladie où l'hospitalisation survient, le soignant assure les soins du corps et devient relai de la parole médicale, fait interface entre le malade et ses proches, devient parfois "modérateur" dans leur lien" (1999, p.71).

Face aux angoisses et au possible trauma mobilisés par la menace de perte, qui met en branle l'histoire de la relation au proche malade et l'histoire familiale toute entière, les capacités de contenance des professionnel.les (qui ne sont pas exempt.es de leurs propres mobilisations psychiques) sont convoquées.

La psychologue Isabelle Godard-Auray (2017) évoque en ce sens une fonction de soignant.e “comme personne transitionnelle” (p. 100), dans l’acception de Winnicott (1958), dans le lien entre malade et proches à la toute fin de la vie, lorsque le corps est aux confins de l’épuisement et que maintenir le lien est devenu trop éprouvant pour les proches : “La pratique du soin permet et facilite la position du soignant en tant que personne transitionnelle dans l’accompagnement du patient en fin de vie, transition qui se fait en direction du « proche-tiers », et tout particulièrement sur les tout derniers mois, voire les toutes dernières semaines de la vie du patient”. Un rôle singulier par lequel “la personne transitionnelle que représente le soignant permet d’ouvrir la voie du symbolique et de faciliter le cheminement psychique de l’entourage” (p. 101). “Le « proche-tiers », ainsi intégré, prend la place qui lui est possible de prendre dans sa singularité[, le] soignant peut alors se mettre en retrait, en position de présence-absence, c’est-à-dire absent tout en restant disponible. Le soignant est là en sous-jacent et peut-être interpellé tant par le patient que par l’entourage”. La psychologue invite ainsi à la création d’“espace transitionnel suffisamment bon”.

Dans ces mouvements psychiques inconscients et massifs qui émergent quand il s’agit de la mort, il y a à penser les place de chaque pour que les jeux de miroirs qui brouillent les pistes n’aient pas raison du lien, et pour garder au cœur des pratiques l’étymologie souvent rappelées dans les formations paramédicales du terme “accompagner” : “aller de compagnie avec” (Académie française, s.d.).

3.3.2. Enjeux psychiques du travail soignant auprès des mourant.es et des mort.es :

a) Être confronté.e à la mort

Dans ce chemin de pensée qui conduit à approcher les enjeux psychiques de la relation des soignant.es aux personnes qui meurent à l’hôpital, il s’agit de s’arrêter dans un premier temps en quelque sorte au seuil de la rencontre. Avant d’aller plus loin concernant la relation aux personnes mourantes, considérons d’abord la question de la confrontation à la mort en soi des soignant.es, indépendamment du sujet mourant et de leur relation.

Comme vu précédemment, la question de la mort est présente dans la vie psychique, éminemment sous le prisme du négatif et de l’angoisse. Le sujet construit des représentations autour de cet *a-pensé* pour se le figurer à partir de la “peur de la mort” (Ruszniewski, 1999, p. 8).

En tant que sujets, les soignant.es ont à faire avec cette question de la mort. Cela n’est pas sans effet sur leur travail et sur les dynamiques psychopathologiques qui peuvent œuvrer. Les travaux précédemment évoqués sur les risques spécifiques en termes de psychopathologie du travail montrent que la confrontation à la mort est déterminante (Machado et coll., 2016). Canouï (2008), Dejours et Gernet (2012) en parlent aussi concernant l’épuisement professionnel des soignant.es, le premier considérant notamment que “la

confrontation à la souffrance et à la mort est aujourd'hui un des facteurs majeurs de l'épuisement professionnel" à l'hôpital (p. 74). Plus précisément : "les soins curatifs, le réconfort du patient et de ses proches, le sentiment parfois d'impuissance, même au travers de l'acharnement thérapeutique, l'âge du patient ou le caractère soudain du décès, déstabilisent et vulnérabilisent l'équipe soignante et médicale" par la "charge mentale et psychique élevée qui renvoie toujours l'individu à son seuil de tolérance et à sa capacité à mobiliser ses ressources personnelles" (p. 75).

Dans ses travaux sur la mort à l'hôpital, Bacqué (1992) fait un **lien entre épuisement professionnel et confrontation à la mort**. Elle met au centre de son propos **la question de l'identification aux malades et l'angoisse de mort** ainsi mobilisée : "L'angoisse de mort est contagieuse" (p. 391). Cela mobiliserait des défenses psychiques qui mettent à distance la relation au profit de la technique, surinvestie. Une dynamique qui concourrait à la sur-morbidité des soignant.es en situation d'épuisement professionnel dans les services les plus confrontés à la mort.

Ce que Bacqué met en avant fait écho au travail de Loriol sur la notion de "bonne distance soignant/soigné" classiquement enseignée dans les secteurs sanitaire et social et à ses pièges défensifs qui peuvent nuire à la relation de soin (2018, p. 117). La mise en tension avec le point de vue de Bacqué nuance ce propos quant à la question de l'identification qui peut devenir usante face à la mort : "Garder la « bonne distance », c'est à la fois ne pas être trop loin du sujet, pour qu'il ne se sente pas aliéné, mais aussi ne pas être trop proche, pour ne pas devenir intrusif et éviter de s'assimiler totalement au malade" (1992, p. 402). Aussi, "la bonne distance s'évalue différemment pour chaque patient, elle varie avec chaque soignant". Parlant de l'accompagnement en fin de vie, cela fait sens de manière générale concernant la relation de soin.

Cette dynamique d'épuisement particulière liée à l'angoisse mobilisée par l'identification se rattache à une mise en défaut des défenses du fait de la fréquence de la confrontation, qui revêt finalement un caractère traumatique :

"C'est une caractéristique humaine que de se savoir mortel mais de vivre toujours comme si cette échéance était lointaine. La confrontation quotidienne avec la mort aboutit souvent à l'abrasion des résistances et à l'incapacité de refouler l'angoisse. De plus, comment nier la tristesse et le chagrin des familles ou des patients, comment éviter les visions terribles des mourants, sans compter les bruits et les odeurs ?" (p. 394).

La question du sensoriel affleure comme voie directe vers l'inconscient et terrain propice aux résurgences traumatiques. Notons aussi l'identification aux familles qui mobilise de façon plus secondarisée une angoisse de perte.

Bacqué décrit l'installation de ce burn out chez les soignant.es :

"Le stress est avant tout composé de tous ces indices subliminaux, qui, avant de parvenir à la conscience, envahissent les acteurs de santé jusque dans leurs rêves. La

démoralisation qui gagne est relativement facile à percevoir alors. Lorsque l'énergie [...] se transforme en apathie et que la prise de décision disparaît derrière l'inertie, l'intérêt du travail a déjà très sérieusement diminué. Les relations avec les pairs se dégradent : autoprotection plus que coopération, suspicion à la place de la confiance, désillusion et déception au lieu de l'élan initial. L'anxiété chronique liée à l'attente de la fin de la journée consomme le restant d'énergie, s'il n'a pas encore été brûlé par la morosité. L'impossibilité d'oublier, même à la sortie du lieu de travail, les préoccupations professionnelles montre enfin un envahissement de toute la sphère mentale du sujet. On retrouve des traits de personnalité assez typiques chez les victimes de burnout syndrome : le narcissisme caractérisé par une idéalisation du travail va de pair avec le souci de parvenir à la perfection. La rigidité concernant les objectifs est responsable [...] des difficultés de modifier les projets" (pp 394-395).

Cette description à partir de l'expérience clinique de Bacqué rejoint les dynamiques décrites par Dejours et Gernet en psychopathologie du travail (2012), notamment en ce qui concerne les relations dans l'équipe. La question de l'économie narcissique se retrouve aussi.

Bacqué repère par ailleurs que "le syndrome d'épuisement professionnel est étroitement corrélé au deuil de soi du patient, à l'aptitude au deuil de sa famille et au travail intérieur effectué par tout soignant sur sa propre mort" (p. 403). Ces protections jugulent l'abrasement psychique lié à cette fréquente confrontation à la mort, amortissent en quelque sorte l'angoisse que cela génère, et rendent ce travail plus possible dans la durée.

Cette appréhension de la confrontation à la mort des soignant.es rejoint les considérations de Lhuilier sur "le dégoûtant" (2007, p. 138). Le dégoûtant deviendrait angoisse lorsque la frontière entre occurrences de vie et de mort devient dangereusement poreuse : "Le dégoûtant est en relation avec la vie et la mort qui apparaissent essentiellement liées avec l'expérience de la désagrégation, de la décomposition de la matière vivante. Il est un appel au retrait, à l'épuration, au réordonnancement du monde qui sépare le vivant et le mort". Le soins des personnes en fin de vie et des corps morts en tant que cadavres à la représentation ambivalente exposent à cela :

"Le fantasme d'abolition de la mort et de ses traces est mis à mal par la réalité de certaines situations de travail qui mettent en scène ce qui doit être maintenu occulté : la vie est constamment pervertie par la mort, une mort obscène. La menace ressurgit quand la mort et ses équivalents (pourriture, déchets corporels, cadavre, corps en fin de vie, infection, maladie...) ne sont plus neutralisés, contenus à distance. Le mort en lui-même n'est pas dangereux quand il est cantonné à sa place. C'est quand le mortifère s'immisce dans le règne du vivant que le dégoût glisse vers l'angoisse. [...] L'angoisse signale une inversion du rapport à la chose qui, de rang inférieur, bascule du côté de l'incontrôlable, de l'immaîtrisable".

La mise à mal des défenses courantes face à la question de la mort transparaît dans le discours de cette clinicienne du travail. Or **il est des contextes où la confrontation à la fin de vie et à la mort est plus dure que d'autres**.

Dans une études sur le vécu des décès par les soignant.es au regard de ses circonstances, la psychologue Élodie Sâles (2021) identifie via des questionnaires en USP différents “facteurs caractéristiques des fins de vie jugées « difficiles » par les soignants”, soit “**l’âge** (patient de moins de 50 ans), **la durée et la multiplicité des séjours** (moyenne de 34 jours, médiane de 22 jours), et **certaines pathologies** (44 % des SLA, 22 % des cancers du poumon, 19 % des cancers gynécologiques. Certaines pathologies « rares » [...] : Creutzfeldt Jacob [1/1] et VIH [2/3])” (p. 37). Par ailleurs, “la prise en charge simultanée de fins de vie jugées « difficiles » entraînera une succession de ces décès dont l’effet d’accumulation en renforce le poids émotionnel” (p. 38), mais les séries de décès de situations considérées comme moins sensibles n’a pas d’effet particulier dans cette USP, bien que cela soit mentionné toutefois.

Les symptômes présentés par la personne malade et la souffrance qu’elle exprime, ainsi que celle de son entourage, sont au premier plan. Sont mis en avant comme facteurs de difficulté pour les soignant.es “l’impact des symptômes psychiques, la place du soignant auprès des proches, et le temps de présence de la famille (souffrance morale des proches, souffrance morale du patient, anxiété majeure du patient, présence importante des proches, agitation du patient, épuisement des proches)” (p. 38). Il est par ailleurs souligné que ce vécu peut être majoré par le “contexte lié à l’institution et à la vie d’équipe” comme par exemple des “changements institutionnels, imposés, sous-effectif, intérim”... Ou au contraire atténué, par exemple par les “présence de l’encadrement, projets d’unité, recrutement,…”.

La psychologue repère que “les patients plus jeunes présentent des contextes familiaux ou des histoires de vie pouvant entraîner de plus fortes projections de la part des soignants”. Les séjours répétés et les séjours longs ont la particularité de confronter les soignant.es “de façon plus prégnante à l’évolution de la pathologie” (p. 39), et aussi qu’une relation, et l'investissement affectif qu’elle suppose, se développe, majorant les affects de perte mobilisés lors du décès.

Les éléments qui ressortent de cette étude, difficilement généralisable dans la mesure où elle a été menée auprès d’un service, spécifiquement de soins palliatifs où les soignant.es s’attendent à être particulièrement exposé.es à la mort, donne un aperçu de ce qui peut être le plus difficile dans cette confrontation. Il en ressort la notion de **facteurs qui sur-exposerait à l’angoisse, mobiliserait celle-ci plus massivement.**

Être confronté.e au mourir des malades dans des prises en soins palliatives expose les professionnel.es à une actualisation dans les modalité du “souffrir soignant”, dit la psychologue en EMSP hospitalière Catherine Louarn (2017, p. 85). À partir de son expérience de l’accompagnement de la fin de vie dans des services variés, elle repère qu’ ”il existe plusieurs formes et sources de souffrances : le caractère incurable de la maladie, le sentiment d’inutilité ou d’impuissance, l’incompréhension vis à vis du projet de soins ou encore les relations avec les familles” (p. 90).

Dans ces situations de fin de vie identifiées et prises en charge de manière palliative à l'hôpital, elle identifie de nouvelles formes de souffrances, "convoquant le soignant dans ses limites". Cela "confronte ainsi au risque de l'insupportable de la détresse psychique ou de la clinique du corps en fin de vie", ainsi qu'à une certaine impuissance, y comprit dans les USP dans lesquelles "la société confère aux soignants [...] un devoir d'excellence". La clinicienne souligne qu'**"exercer dans ce contexte nécessite donc une actualisation permanente du conflit psychique individuel entretenu vis-à-vis de la mort et de la qualité des soins, engendre une dépense d'énergie considérable et exige en conséquence un étayage et un cadre professionnel au développement de la pensée"**. Cela rejoint la problématique de l'usure psychique soulevée quant à la confrontation à la mort, et la place des espaces de paroles pour en construire une pensée protectrice.

Un travail psychique est donc constamment mobilisé par la confrontation à la mort en situation professionnelle, or "la réussite du travail psychique d'adaptation aux situations difficiles nécessite toujours un objet qui apportera une satisfaction à la tension et à l'exigence pulsionnelle". Cette satisfaction pulsionnelle est compliquée par "les - nécessaires - évolutions cliniques et sociétales [qui] confrontent le soignant à des nouvelles situations cliniques auxquelles il n'est pas forcément préparé, créant ce que nous pouvons appeler de nouveaux objets de soins".

Ce qui est coûteux, c'est que "ces situations nécessitent pour tout soignant de repenser son rapport à la mort, d'adapter son schéma de pensées et ses représentations. Cela ne va pas sans générer culpabilité, ambivalence, ou souffrance relationnelle, [...] les situations complexes « non ou peu encore advenues » [...] entretiennent un mal être soignant", d'autant plus que "toute situation nouvelle favorise les remises en question, l'émergence du doute".

Dans une prise en soins palliatifs, les abstentions thérapeutiques, et notamment l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation en ce qu'elles touchent au rôle propre des fonctions paramédicales, entraînent "un sentiment de passivation du personnel soignant dans la relation à un corps profondément altéré", dans un contexte de "double place [...] en tant qu'acteur d'une prise en charge et en tant que spectateur d'un processus morbide". Tout "ceci est fondateur d'une clinique pourvoyeuse de micro traumatismes et fait suite à l'échec dans l'usage aux voies d'élaboration habituellement fonctionnelles" (p. 91). En effet, "lorsque le soignant travaille auprès d'un patient altéré, marqué physiquement par la maladie, dans une temporalité qui s'étend, les repères habituels sont bouleversés".

L'autrice souligne la particularité des LAT, par lesquels les traitements curatifs sont limités ou arrêtés suite à une concertation formelle en équipe. Alors "la temporalité prend bien souvent des allures effrayantes, marquant les corps d'un processus mortifère en cours. Soigner veut dire administrer des traitements, proposer des mobilisations, des effleurages, faire les soins d'hygiène… être au plus près d'un corps qui se décharne, un temps qui se distord, dans un état limite et ambigu entre vie et mort".

Il y a un risque psychopathologique “lorsque les situations vécues ne sont pas liées sur un plan psychique, elles ne s’offrent à aucune forme de symbolisation. En l’absence de lien ou de mécanismes de subjectivation de ces expériences, se crée un vide représentationnel. Lorsqu’il n’y a aucune possibilité de transformation (par manque de dispositifs ou par carence de ces derniers) ou de métabolisation des expériences vécues cela favorise l’émergence de l’angoisse, du doute. Nous pouvons alors supposer que les possibilités d’élaboration et de subjectivation ne peuvent advenir que dans l’univers du fantasme”, c'est-à-dire à un niveau inconscient.

Après abstention thérapeutique, les corps en fin de vie semblent alors empreints d’une “inquiétante étrangeté”, “par la représentation et les fantasmes qu’ils génèrent, certains patients font figure de monstre”. Louarn considère que “l’émergence du monstre témoigne d’un combat contre l’absence de maîtrise et permet à l’individu de rompre avec l’interdit fondamental de tuer, autorisant, tout du moins sur la scène du fantasme, à expulser la représentation de l’effroyable”.

La clinicienne conclut :

“Le postulat est donc que le sentiment de détresse ressenti par le soignant, les situations nouvelles vécues, caractérisées par l’innommable et l’irreprésentable (corps-cadavre, détresse morale du patient réfractaire) ou l’ambiguïté, et une confrontation régulière et répétée mais non élaborée à la mort, contrairement à ce que l’on pourrait penser, ne génèrent pas en soi l’expérience et la maturation de sa posture professionnelle, une flexibilité ou une expertise soignante. Nous sommes davantage confrontés à une absence de mentalisation, qui offre une place de choix à la béance, au vide, à l’angoisse, et donc au fantasme” (p. 92), tant est si bien “qu’il serait malvenu de compter sur la multiplication des prises en charge pour habituer les équipes à ces situations extrêmes”.

Aussi la confrontation répétée à la mort, surtout dans des contextes qui éprouve les soignant.es, exposerait plus au trauma qu’à l’élaboration. Pour “aider à la symbolisation”, “l’offre de conditions institutionnelles” qui favorisent “la mise en lien, l’union, la liaison entre les expériences nouvelles et les affects ressentis, de façon collective” permettrait “de transformer les expériences vécues en représentations que le groupe et le sujet pourraient alors s’approprier, et rechercher dans la présence de l’autre les éléments de réponse qui combleraient l’intuition soignante”. **La question de l’intuition soulevée ici est intéressante en ce qu’elle semble désigner des éléments préconscients qui guident la pratique**.

Concernant ces nécessaires espaces de parole, l’autrice remarque que “les dispositifs sont peu répandus, malgré une demande importante, et lorsqu’ils existent ils sont peu fréquentés” du fait de “phénomènes d’attraction/répulsion à l’égard de ces groupes, en raison de mécanismes de défense habituellement instaurés (crainte du jugement, difficultés à exprimer ses affects, crainte d’être envahis par ses affects…)”. Des dispositifs par ailleurs difficiles à articulés dans la pluridisciplinarité “pour pouvoir construire le socle d’une prise en charge nouvelle”, avec une ”présence médicale [...] souvent lacunaire, et [qui] vient parfois

scléroser le récit commun de ce type de prise en charge". Aussi, "les limites se retrouvent à différents endroits, à l'échelle des défenses individuelles et collectives." (p. 93).

La synthèse suivante résume son propos :

"Les nouvelles situations de soins générées par les changements sociétaux (scientifiques, éthiques, législatifs, culturels), induisent de nouvelles pratiques qui s'imposent à la pratique soignante. Si l'intégration de ces pratiques semble lisse et progressive (acculturation), il n'est pourtant pas si simple pour les professionnels de santé de s'adapter à ces nouvelles pratiques (professionnalisation) tant les domaines de la fin de vie et du relationnel sont lourds de symboles et mobilisent le sentiment de maîtrise et d'expertise. L'expérience et les formations permettent, certes, de questionner les pratiques et de cheminer sur les bouleversement induits, mais il semble nécessaire de construire un place à la remise en question (des pratiques, des lois des stratégies thérapeutiques) dans la pratique soignante pour guider les élaborations concernant le soins les plus complexes. C'est cet étayage, à la fois individuel et collectif, qui sera garant du bien être de l'individu dans sa fonction soignante, et par ricochet influencera favorablement la qualité de vie autour du projet du patient."

Prendre en soins les personnes en fin de vie est donc particulièrement confrontant pour les soignant.es, et l'expérience seule ne suffit pas à intégrer les expériences vécues ni à développer des compétences stables quant à ces situations amenées par la réflexion sur l'accompagnement de la fin de vie depuis les années 1970-80.

Il s'agit d'une **confrontation aux corps qui se meurent, mais aussi aux corps défunts après le décès dans les services**. Une mise en tension avec le point de vue sociologique d'Élodie Fornezzo (2021) offre une perspective intéressante sur la question du "dégoûtant" (Lhuilier, 2007, p. 193) dans la confrontation au corps mort, au regard des caractéristiques de la personne décédée, des conditions de sa mort et du devenir de son corps. Sa recherche auprès de deux professions confrontées aux cadavres, les "pompiers" et les "professionnels du funéraires" (p. 67), elle explore "les morts « traumatiques » [...] qui ne respectent pas les normes sociales de l'idéal de la « bonne mort »". Bien qu'il ne s'agisse pas ici de soignant.es du secteur paramédical, c'est un regard éclairant sur la confrontation aux cadavres en situation professionnelle.

Les propos recueillis par la sociologue montrent chez ces professionnel.les une représentation de "morts qui sont « violentes», « marquantes » [...] qui échappent à la routinisation, c'est-à-dire celles qui n'adviennent pas à un âge avancé, dans des cas de suite d'une maladie, dans des structures médicalisées et un temps maîtrisé" (p. 68). Il en ressort que "**l'âge de la personne décédée est un critère important de catégorisation de la mort comme « mauvaise » ou « violente »" ou encore "anormales" (p. 69), tout particulièrement "les morts des enfants ou nourrissons" alors que "celles des personnes âgées, sont considérées comme étant plus acceptables, plus « dans l'ordre des choses »"**. Ces situations semblent envahir les dimensions personnelles de la vie et inviter à la projection, comme le

témoigne ce verbatim : “Quand je rentrais à la maison je regardais dans la nuit [...] si ma fille elle dormait. Tellement que ça m’avait marqué.”

D’autre part, **“mourir seul”, les morts “qui échappent à l’attention sociale” sont aussi marquantes**. Une situation à laquelle ces professionnel.les sont confronté.es et qui ressort est “le cas des personnes décédées, la plupart du temps à leur domicile, et dont le corps est retrouvé des jours voire des mois après le décès”. La question de l’identification semble au premier plan dans le verbatim choisi pour illustrer cette dimension : “Moi j’trouve d’être seul à ce point-là et de se dire ben… tu meurs euh… entre guillemets dans l’indifférence” (p. 70).

L’expression de la souffrance sur le visage défunt apparaît comme un facteur qui majore le vécu de violence de la mort par ces professionnel.les. Par ailleurs, **la question de “l’intégrité du corps” (p. 71) est aussi un élément important** : “le corps mort doit être identifiable et « entier » pour que la mort soit considérée comme « propre » voire « bonne »”. À l'inverse, les **morts “sales”** sont celles où le corps est particulièrement dégradé, morcelé, lorsque le dedans du corps apparaît au dehors, lorsque de nombreux fluides corporels sont perceptibles et que la mort “déborde” (p. 73). **Cela revêt un caractère “déshumanisant”, désubjectivant** peut-être : “le corps n’est plus considéré comme une personne, il est plutôt renvoyé à une sorte d’animalité voire de déchet” (p. 72). **Ces situations semblent mobiliser une forme d’excitation anale et en même temps des angoisses archaïques, où l’inquiétante étrangeté qui se dégage des modalités sensorielles par lesquelles les corps sont perçus parasite l’identification**.

Chez les soignant.es comme les pompiers et professionnel.les du funéraire, des points communs semblent se dessiner en ce qui concerne leur **vécu de morts plus difficile à prendre en charge que d’autres : la question de l’âge, du *dégoûtant*, de l’étrangeté, et les processus d'identification-projection**.

La confrontation répétée à la mort dans le travail soignant mobilise de façon soutenue une **angoisse de mort, qui entraîne des défenses fréquemment dépassées ou mises en échec, et apparaît comme la clef de voûte de l’épuisement dans ces services**. Des mouvements psychodynamiques complexes s’organisent ou se désorganisent à partir de cette confrontation. Cela rejoint le propos d’Amar qui considère que “la succession de l’événement de la mort d’autrui (affectivement) impose chez le professionnel, [...] une perpétuelle conscientisation de sa propre mort contre laquelle il devra déployer autant de mesures défensives” (2012, p. 131).

La collaboration de Chemin-Sauque (psychologue) et Routens (aide-soignant) souligne la position maternante qui soutient la fonction soignante dans ces cas-là : “l’angoisse de mort, omniprésente, et peut-être parfois niée ou habilement contenue en soins palliatifs, est contrecarrée par ce fantasme d’omnipotence archaïque de « la bonne mère » voire de « la mère Idéale »” (Chemin-Sauque et Routens, p. 60).

Un jeu de positionnement se polarise entre toute-puissance et impuissance, pris dans des identifications et projections croisées et des mouvements défensifs :

"À son paroxysme, l'angoisse de mort infiltre la relation de soin, au sein de laquelle les identités risquent de s'amalgamer. Il peut en résulter un vécu d'impuissance collectif, ou, à l'opposé, un désir de secourir celui qui souffre : mal maîtrisé, celui-ci peut prendre la forme d'une toute puissance qui risque alors d'être exercée sur la vie du patient pour nous rendre la nôtre plus sécure, plus contrôlée, le patient devenant alors un Objet contraphobique" (p. 61).

Pour ce binôme pluridisciplinaire, c'est encore la parole et la réflexion qui permettent de juguler en équipe le risque lié à des identifications et projections trop massives qui écraseraient le sujet, y compris du fait d'un excès de bienveillance des soignant.es.

Ces jeux de positionnements complexes visent à gérer l'angoisse mobilisée par le soin des personnes en fin de vie. Cette fonction particulière entraîne des **mécanismes de défense propres à la fonction soignante** que Ruszniewski repère à partir de sa clinique en cancérologie et dans les services accueillant des personnes atteintes du VIH dans les années 1990. Ils sont en réaction à "toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité de répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui" (1999, p. 15), et s'expriment particulièrement dans les situations de maladie grave et de mort. Ils sont susceptibles de parasiter la relation de soin, et en cela il est pertinent que les soignant.es adoptent une posture réflexive sur leurs modalités défensives parmi les mécanismes courants suivants :

- "Le mensonge/Le pare-excitation" (p. 16) consiste à "travestir" consciemment la vérité ou dissimuler des informations à la personne malade. C'est "le mécanisme le plus entier, le plus radical et le plus dommageable à l'équilibre psychique du malade". De bonne "efficacité primaire", il permet un temps adaptatif au ou à la soignante, mais il prive la personne malade de l'utilisation de ses propres ressources psychiques.
- "La banalisation" (p. 18) permet de une focalisation sur le concret qui distancie de la souffrance exprimée par la "reconnaissance d'une certaine vérité [...] partielle et tronquée". Ce processus carence la relation par défaut de contenance, la personne malade ne se sentant pas reconnue dans sa souffrance.
- "L'esquive" (p. 19) vise à "éluder" (p. 20) la souffrance exprimée en se focalisant sur une autre voie. Elle permet un décalage qui évite la confrontation à l'angoisse, mais ses conséquences sont identiques à la banalisation.
- "La fausse réassurance" (p. 21) consiste à dissimuler la vérité ou l'embellir de manière à entretenir une forme d'espoir simulé ou artificiel. Ce mécanisme peut avoir une bonne efficacité primaire mais pas systématiquement, et comme le mensonge il enraye la mobilisation des ressources psychiques du sujet. Par ailleurs, il existe un risque de majoration de l'angoisse ou du trauma dans un second temps.
- "La rationalisation" (p. 22), dont l'autrice dit qu'"on n'apprivoise pas les maux avec des mots qui ne parlent pas" (p. 23), vise à se "retrancher" derrière le savoir professionnel de manière à éviter un dialogue authentique.

- “L’évitement” (p. 24) comprend les comportements de fuite dont les modalités peuvent être variées, comme se focaliser sur un geste technique par exemple, et qui tendent à nier ou se distraire “de la présence du sujet pensant” (p.25).
- “La dérision” (p. 25) est un humour qui permet de s’abstraire de la relation et d’éviter la confrontation à la souffrance. Elle peut être vectrice de décharge pulsionnelle (agressive par exemple) et entraîner un décalage dans la relation au risque de la maltraitance psychologique. Elle est à différencier de la sublimation par l’humour qui, bien que revêtant une fonction défensive, peut être facteur d’une qualité relationnelle et d’une dynamique adaptative dans la relation de soin.
- “La fuite en avant” (p. 26), c’est “dire tout, tout de suite” (p. 26) comme un passage à l’acte, offrir à la personne malade un discours qui ne tient pas compte de ses capacités d’intégration.
- “L’identification projective” (p. 29) consiste à projeter à l’intérieur du ou de la patiente des traits personnels de manière à “dissoudre” la distance entre soi et l’autre. Le ou la soignante investira alors une prise en charge toute-puissante de la souffrance dans une forme de relation symbiotique. Cette dynamique relationnelle a tendance à désubjectiver la personne malade et entraîne un risque de souffrance professionnelle majoré, véritable facteur d’usure au long cours.

Être confronté.e à la mort dans le travail du soin est donc particulièrement éprouvant. Cela mobilise une énergie massive au nom de l’angoisse et au service des défenses du fait de la déliaison et pour maintenir une liaison pulsionnelle, pour qu’Éros garde l’ascendant sur Thanatos. Le risque du débordement et de la décompensation menace. Des mécanismes d’identification et de projection apparaissent au cœur de ces mouvements, ce qui introduit la question de la relation qui se noue entre soignant.es et mourant.es.

b) Particularités de la relation aux malades en fin de vie et à leur entourage jusqu’après la mort

Une certaine conflictualité psychique est mobilisée dans la confrontation à la fin de vie, où des mouvements émergent au regard du négatif de la mort. Ils revêtent une dimension intersubjective inhérente à la rencontre et à la relation de soin qui s’établit.

Aussi, la proximité de la mort de l’autre et ce qui se joue alors dans la relation de soin n’est pas sans effet sur le ou la soignante. Cela expose à une représentation réelle de la mort, et par là à la question de la finitude même. Celle-ci confronte le psychisme à ce qu’il ne peut élaborer et l’inconscient à ce qu’il ne peut penser : la mort propre.

La dégradation irrémédiable de l’état des malades mobilise en effet “angoisse” et “désarroi” (Ruszniewski, 1999, p. 127) chez le ou la soignante, ce qui suggère finalement une

forme d'impuissance au risque du débordement dans "ce parcours connu, reconnu mais toujours inacceptable au cours duquel le soignant tente encore et toujours de guérir en s'engouffrant dans le savoir et l'espoir, atouts qui - devenant un jour inopérants - le contraindront à accepter son impuissance à ne pouvoir guérir". Pour la clinicienne, la dynamique chemine de la confrontation du "vouloir-guérir" à des "résignations" progressives, "une cascade de pertes de plus en plus âpres et douloureuses" vers un "accepter de ne-pouvoir-guérir" puis en fin un "accepter l'idée-de-la-mort". La représentation idéalisée de la fonction soignante première est mise en échec.

En ce qui concerne la place des soignant.es dans cette relation particulière, ou du moins à un moment particulier de la vie des malades, De Hennezel analyse à partir de sa clinique que "l'autre proche de la mort, aux prises avec cet arrachement à soi-même, les rend témoin de son angoisse, de sa souffrance certes, mais aussi des ressources internes parfois insoupçonnées qui se révèlent alors même qu'il semble être au bord de l'abîme" (1996, p. 20).

La relation exposerait donc à la vulnérabilité des personnes en fin de vie, mais aussi à la vitalité de mouvements pulsionnels qui peuvent se mobiliser au regard de la proximité de la mort. La clinicienne identifie : "Sans doute aussi les soignants s'engagent-ils dans cette voie pour affronter leur propre angoisse et la transformer en ouverture vers autrui" (p. 20). Cela parle d'**une forme de sublimation** de la "vocation thérapeutique essentiellement narcissique" vers "une vraie rencontre humaine". Cette place singulière des soignant.es auprès des mourant.es relèverait alors d'un "rite de passage" (p. 22), une place qui nécessite une possible parole sur la mort.

Car ces mouvements auxquels les professionnel.les sont exposé.es sont particulièrement intenses, notamment en ce que les malades sont "aux prises avec des souffrances narcissiques identitaires extrêmes" (Roussillon, 2014, p. 138), pouvant mobiliser chez les soignant.es des mouvements identificatoires narcissiques.

Le chercheur en psychanalyse Jacobi constate cela concernant la maladie grave :

"L'atteinte somatique grave et aggravée dans les premiers temps du traitement peut s'accompagner d'une souffrance narcissique intense. Sans prendre nécessairement la forme d'une décompensation psychique, convenons que des patients constatent l'état de dévastation de leur corps sans vraiment parvenir à se reconnaître et avec des sentiments mêlés de désespoir et d'horreur. L'identification du soignant au soigné peut induire pour lui un malaise, une menace pour son sentiment d'identité. Identité professionnelle, éventuellement, au constat de l'aggravation provisoire, même si elle n'est pas inattendue, de l'état physique dans la plupart des cas, identité personnelle de surcroît" (2019, p. 72).

L'atteinte narcissique des malades semble pour ainsi dire contagieuse du fait du "processus d'identification, insécable de l'acte de soigner" (p. 74). Par cette voie, nécessaire et indissociable du soin, il y a donc **une possible atteinte identitaire chez le ou la soignante, dans son identité professionnelle mais aussi toute entière**.

Dans une mise en tension avec le travail de la clinicienne et chercheuse Van Lander (2012) qui constate une crise identitaire spécifique à la fin de vie, une atteinte identitaire des soignant.es paraît entrer en résonance.

Cela fait écho à la conception d'Amar de "mort dans le miroir" (2008, p. 221), qu'il analyse à partir de sa clinique et ses recherches en USP où les soignant.es sont très fréquemment confronté.es à la mort. Cela s'applique aussi aux soignant.es dans de nombreux services hospitaliers.

Il entend par cette formulation la "figure allégorique d'une angoisse de mort réactivée par la mort de l'autre contre laquelle sont mises en place autant de tentatives de contrôle". Cela parle des mouvements défensifs activés par la confrontation à la mort des patient.es.

Une angoisse qui peut être si débordante qu'elle entraîne un "sentiment de culpabilité" lié "à un acte (ou non-acte) dans la réalité" comme "moyen par lequel [...] contenir un débordement du moi et assurer ainsi une fonction de pare-excitation". Ce qui protège, c'est que :

"Par l'opération d'une transformation du passif en actif, la mort (de l'autre) trouve une justification, un sens au non-sens des « puissances du destin » comme dit Freud. Être coupable, avoir agi, n'est pas seulement [...] le produit de l'ambivalence des sentiments et de la satisfaction d'un vœu de mort inconscient [...]. Une telle croyance sous-tend un contre-investissement possible face à l'intolérable passivation à laquelle nous soumet la destinée, et notre rapport à la mort réelle. Le caractère souvent irrationnel et disproportionné de ce sentiment de culpabilité n'est pas sans faire penser à l'expression de la toute-puissance issue du narcissisme primaire ".

Cette acception de la culpabilité chez les soignant.es peut être mise en tension avec celle que repère Lepoutre concernant le sadisme soignant (2014).

Dans ce terrain propice à la souffrance professionnelle, **c'est la fonction soignante qui protège de l'angoisse de mort, maintenant un fantasme d'immortalité qui permet de soigner** (Amar, 2012, pp 66-67). Car "le rapport au mourir des professionnels dans les services à forte mortalité s'inscrit dans la répétitivité des décès, qui peut tout autant opérer comme mise à distance sur le mode d'une habituation et d'une banalisation, que générer un sentiment d'omniprésence de la mort souvent à l'origine du phénomène d'épuisement professionnel" (2008, p. 221). Cela concerne de nombreux services hospitaliers, mais certaines spécialités plus que d'autres.

Amar fait ainsi l'"hypothèse selon laquelle le fantasme d'une mort bien localisée du côté des patients pourrait fonctionner de manière à ce que puissent perdurer les missions d'accompagnement des patients en fin de vie", où un "fantasme d'immortalité" vise à préserver chez les soignant.es malgré de fréquentes confrontations à la mort.

Pour l'auteur **cela est aussi vecteur de bénéfices secondaires et par là d'une forme de jouissance**. La proximité des mourant.es alimenterait en effet pour le ou la soignante "son élan vital" (2012, p. 70), et rendrait la représentation imaginaire de sa propre mort moins anxiogène.

Cela s'exprime aussi dans la "dimension maternelle" du soin, qui suppose la dépendance de la personne malade, parfois jusqu'à l'"omnipotence archaïque de la bonne mère" (p. 71) lorsqu'il s'agit de répondre immédiatement à tout besoin ou toute demande, jusqu'à l'"emprise". Il peut aussi s'agir là d'une forme d'actualisation du sadisme propre aux métiers du soin au regard de la proximité de la mort (Lepoutre, 2014).

S'agissant de la fin de vie, Amar met également en avant la prédominance de cette posture maternante dans le soin. Celle-ci est d'autant plus présente que "la confrontation conjuguée à un état de dépendance à l'autre et à la perspective d'une mort proche convoque indéniablement à des mouvements de régression" défensifs (p. 93), qui peut aller jusqu'au "niveau de la relation symbiotique" (p. 95).

Une quête de faire bien, de faire *trop* bien, au risque de basculer vers une recherche de *bon.ne patient.e,* suffisamment apaisé.e dans dynamique de don/contre-don, véritable "esthétisation de la mort" (p. 63) par la recherche d'une "mort palliativement correcte" (p. 62), dans la continuité des propos d'Higgins sur la psychologisation de la mort et le statut contemporain du mourant, au service de la satisfaction d'un Idéal du Moi professionnel" (p. 69). Une dynamique dans le sens du maintien du fantasme d'immortalité où "la mort doit rester du côté des patients marqués du sceau « palliatif », et nous épargner ainsi du risque d'être pris par elle" (2008, p. 221), répondant au "besoin intrinsèquement humain de retrouver un sentiment de contrôle sur la mort [qui] semble toujours trouver à faire retour" (p. 77). La pratique de soins palliatifs peut alors être entendue comme "re-médicalisation" de la mort qui agit comme un "retour du refoulé" (p. 72).

Il y a donc de la mesure à mettre dans cette nécessaire position maternelle au sens Winnicottien du terme reposant sur le holding, le handling, et la préoccupation maternelle primaire, et assurer ainsi une fonction de "Moi externe" (p. 95). Une mesure qui renvoie à la notion de *mère suffisamment bonne*, à rapprocher de la fonction de soignant.e comme *Moi-Auxiliaire* précédemment évoquée.

Dans le *trop*, l'impuissance à laquelle confronte cette clinique de la "périmortalité" (2009, p. 139) peut amener à adopter de manière réactionnelle une position omnipotente. Cela vient aussi parler d'un certain rapport à la castration, ainsi que la confrontation "à sa propre mortalité" (p. 99) à laquelle renvoie nécessairement ce travail, dans l'inconscient mais aussi dans "une perpétuelle conscientisation de sa propre mort contre laquelle il devra déployer autant de mesures défensives" (p. 131).

Amar souligne d'ailleurs **le lien entre empathie et identification** chez les soignant.es de tout métier. Il rejoint ainsi le propos de Ruszniewski qui explique que face à la mort des

malades “le soignant pourra parfois se sentir personnellement impliqué, en proie au trouble, au chagrin ou à l’affliction en fonction d’imprévisibles résonnances affectives”, dans une relation marquée néanmoins par “un investissement relationnel dans l’altérité” (p. 126). Cela opère sur le plan imaginaire et fantasmatique bien sûr, mais “cela peut également entraîner la réactivation du souvenir de situations cliniques bien antérieures, non élaborées” comme le rappelle Louarn (2017, p. 90).

Il y a en outre un lien à faire avec la question du *travail du trépas* amenée par De M’Uzan comme pionnier de cette clinique singulière. Les soignant.es à l’hôpital, en tant que témoins privilégiés dans les temps aigus ou charnières de la maladie grave qui évolue peuvent en effet y prendre une place toute singulière, peut-être même celle d’*objet-clé* par lequel ce travail psychique s’opère. Une position difficile à tenir, qui peut alimenter une relation symbiotique fantasmée, mais aussi créer du malaise, de la souffrance par les angoisses mobilisées, les identifications massives qu’il faut supporter, les discours intimes et intenses qu’il faut accueillir. Une relation étroite jusqu’à la fusion symbiotique alors qu’“au sein de cette organisation [la dyade formée avec l’objet clé ndrl], tout mouvement affectant l’un des protagonistes se répercute et s’amplifie chez l’autre” (1977, p. 195).

Sans compter que les soignant.es peuvent aussi être les témoins impuissants d’un défaut, d’un échec de ce travail du trépas. Se soustraire peut-être même de cette place d’objet-clé à laquelle ils ou elles sont appelé.es, au risque de laisser un vide dans l’économie libidinale de la personne malade où la *défaite pulsionnelle* entraîne un désinvestissement massif des objets d’amour et l’impossibilité de penser ou vivre ce temps du mourir.

Amar parle des **“risques” auxquels les singularités de la relation aux malades en fin de vie expose les soignant.es** (2012, p. 98) : “identification à [des] voeux de mort susceptibles d’entraîner des actes manqués auto-agressifs, surinvestissement de l’omnipotence propre à l’imago maternelle comme tentative de neutralisation des mouvements de haine, ou encore mouvements de haine non élaborés en réaction à [des] désirs de mort de nature à conduire à la fuite ou à l’évitement, voire à des actes manqués sur le mode de passages à l’acte (négligence de la douleur, surdosage de traitements précipitant la mort...)”, dans le réel ou sur un plan fantasmatique.

Ces mouvements peuvent altérer la relation de soin au même titre qu’un excès d’information médicale sur la personne malade qui risque “d’infléchir la dynamique relationnelle soignant-soigné” du fait de “révélations trop affectivement encombrantes” (p. 109). Car il est effectivement éprouvant pour les soignant.es d’être confronté.es à une “répétitivité du destin létal” qui “infléchit la force des fantasmes d’immortalité” et “imposent des mouvements d'investissements et de désinvestissements [...] mimant la compulsion de répétition” (p. 130-132). **Une forme d’accumulation semble se dégager du caractère répétitif de la confrontation à la mort**.

Cette dynamique usante peut concourir à épuiser les professionnel.les, bien qu'Amar attribue surtout le burn out des soignant.es exposé.es fréquemment à la mort à "l'écart entre cette position idéale, celle de la mère toute-puissante, et la réalité du terrain" (p. 72).

Alors comment accompagner les malades en fin de vie dans un équilibre suffisant pour ne pas s'y épuiser ? Alric, s'appuyant sur De M'Uzan, pense que "cette clinique invite l'accompagnant à accepter qu'une part de lui-même soit incluse dans l'*orbite funèbre du mourant*, orbite à l'intérieur duquel les limites de chacun tendent à s'effacer" (2016, p. 289), dans la continuité des travaux de Juranville pour qui les soignant.es ont à "supporter l'épreuve de dénarcissisation où le mourant l'entraîne, en tant que celui-ci figure le miroir brisé qui lui renvoie l'image faillée de sa propre castration" (1994, p.54).

Il y a à mettre en sens cette expérience particulière dans le travail soignant, faite de mouvements identificatoires à la fois archaïques, qui relèvent de l'angoisse de mort, et plus secondarisés du côté de la castration. Revient alors la question de la parole possible sur la mort, nécessaire pour en construire une pensée, comme y invite Jacobi : "Reconnaître, analyser ce qui tend à accabler en présence d'une souffrance peut aider à se départir de l'illusion d'un partage possible. Dans cette entreprise la question du désir du soignant, son transfert, son contre-transfert doivent être remis sur le métier" (2019, p. 70).

De manière sous-jacente, il y a dans cette affirmation un parallèle intéressant entre les notions de *travail* et de *métier*. Celle de travail couvre en même temps l'exercice professionnel et les processus psychiques qui s'y déploient. Le terme *métier* peut être entendu comme désignant en même temps la profession et l'objet ouvrier qui permet de tisser, et par là de lier les éléments entre eux. Une métaphore de l'artisanat qui parle de la construction perpétuelle dans l'exercice du soin et, au regard de la question de la mort, de la nécessité de lier les pulsions face à la déliaison, au négatif.

Ces considérations psychopathologiques sur l'accompagnement des personnes mourantes par les soignant.es rejoignent le point de vue sociologique de Schepens lorsqu'il énonce : **"Si la mort reste un mystère inaccessible, un impensable, elle est aussi une réalité pour ces professionnels, il faut alors lui donner du sens pour pouvoir prendre en charge la personne morte ou mourante"** (2013, p. 14).

En lien avec le travail de Schepens, l'éthicien Éric Fiat relève d'ailleurs que la mort pour les soignant.es n'a "rien de rare", "rien de singulier" et "rien de surprenant" (2013, p. 189), bien qu'elle reste un "événement" (p. 190) au sens philosophique du terme comme "fait rare", "surprenant" et "singulier" (p. 182).

Ce qui lie cette opposition paradoxale, c'est ce que Fiat préfère nommer "juste présence" plutôt que "bonne distance" relationnelle malgré le caractère fréquent des décès à l'hôpital. Dans certains services plus que d'autres, "on sait la confrontation à la mort l'ordinaire des soignants" (p. 189). "L'habitude" (p. 193) permet d'accomplir les actes de soins avec plus de fluidité par un "engourdissement de la conscience" (p. 194), mais cela se fait au

risque d'une distanciation trop rigide qui désincarne le geste. Il y a à préserver le caractère d'"événement" à la mort, ce qu'elle est fondamentalement pour la personne qui meurt et pour ses proches, sans en être au même titre "suffoqu[é.é]" (p. 195) ni céder à une "routine" mortifère (p. 192).

Ce propos peut être rapproché de l'invitation que Jacobi fait aux soignant.es de toute profession, y compris les psychologues, d'**être "en souci" (2019, p. 69) de l'autre, de la personne malade, au sens du "*concern*" (p. 74) de Winnicott à la racine de la notion de *préoccupation maternelle primaire***. C'est-à-dire "pas toujours d'être très préoccupé voire angoissé par l'état d'un patient ou encore d'être abîmé par sa demande", mais "se manifester présent" comme "condition de la relation". D'une présence qui renonce "à se regarder dans l'espoir d'être vu, reconnu comme un soignant idéal" car cela relèverait plutôt de la "prestance" issue du Moi-Idéal.

La question de l'identification est encore au cœur du propos puisque "se trouver en présence de la souffrance d'un patient, en être affecté est difficilement évitable, et cependant souhaitable. L'identification est partie prenante de toute relation bien au-delà de la relation de soin." (p. 70). **Il est donc normal que les soignant.es s'identifient aux patient.es, et cela peut même servir leur travail de soin**.

La psychologue et psychanalyste Sylvie Séguret fait d'ailleurs référence à une **"fonction d'altérance"** (2020, p. 119) nécessaire chez les soignant.es. Elle repère cette fonction à partir de sa clinique "en milieux extrêmes", en réanimation et soins palliatifs pédiatriques. Ce terme désigne "la capacité" d'être "transform[é.e]" par ces expériences particulièrement intenses. Dans une certaine mesure, il peut s'agir d'une transformation positive, enrichissante. Mais là encore à l'excès elle conduit à l'usure.

Jacobi, de son côté, renvoie à la question de la massivité des affects et processus en jeu dans une mise en tension entre empathie et compassion : "Évoquer la compassion fait émerger la problématique de l'identification massive avec le risque pour le soignant de se complaire dans la déclinaison de sa propre souffrance et non d'entendre celle qui lui est adressée" (2019, p. 70). **La confusion menace, et il y a à préserver une certaine individuation dans cette relation qui tend vers le symbiotique.**

Son propos peut être mis en lien avec les notions précédemment évoquées sur les résonances personnelles auxquelles ce travail expose, sur les jeux de miroir dans la relation de soin et les affects qu'ils peuvent mobiliser y compris du côté de la culpabilité, sans que cela ne soit nécessairement destructeur si les espaces de pensée sont suffisant :

"L'identification à une souffrance psychique [...] affecte alors le soignant et nul ne peut s'y soustraire car chacun est confronté à des séparations et à des pertes. Elle fait courir le risque d'un découragement infructueux en un premier temps puis riche s'il peut faire l'objet d'un travail d'analyse. La propension à se culpabiliser [...] comporte également une part de fertilité et un risque d'inertie. Elle indique l'engagement du soignant et témoigne de sa

nécessité pour être perçue par le patient. [...] En toile de fond de ces mouvements d'identification se distinguent des sentiments d'impuissance" (p. 74).

L'appel du ou de la soignante à une fonction maternante ressort aussi de ces considérations : "En un certain sens s'accepter dépendant renvoie à l'expérience de tout être vivant celle de l'Hilflosigkeit, celle de la détresse primitive, cette période initiale du développement où [...] le nourrisson a fait appel à la mère et a pu bénéficier de son aide. Moment décisif pour inscrire l'absolue nécessité d'être en relation en situation de détresse" (p. 75). **L'aggravation de l'état des malades en fin de vie renverrait donc à cette acception freudienne de l'*Hilflosigkeit*, qui convoque les soignant.es à la place de la mère primaire.**

Comme Amar invite à la mesure dans cette fonction maternelle à l'image de la *mère suffisamment bonne*, il faut se garder pour Jacobi de "la furor sanandi (Freud, 1895) [...] [comme] fanatisme du soin [qui] se constitue notamment en miroir de la détresse provoquée par la maladie" (p. 75). Car "face au naufrage de la maladie grave, à la détresse qu'il engendre, à toutes les formes d'appel qu'il suscite, à l'inévitable identification qui traverse le soignant, la tentation de la furor sanandi émerge." (p. 76). Il serait alors facile de céder à "l'acharnement thérapeutique [où] peut coexister chez le soignant un besoin de surmonter sa propre détresse articulée à un désir de toute-puissance".

Cette tentation s'inscrit par ailleurs dans un mouvement de vie en réaction à la confrontation à la mort : "La présence de la mort dans la vie et singulièrement dans toute vie est naturellement au premier plan par la maladie et par la propension à l'engagement forcené dans le soin". Un mouvement sous le prisme d'Éros qui n'est pas sans rapport avec la jouissance sadique toute-puissante précédemment évoquée : "La prise de conscience par les soignants des risques générés par la violence de leur désir de soigner rejoint celle de la violence contenue dans le soin en tant que tel" (p. 77).

Accompagner les personnes en fin de vie demande donc un travail d'équilibriste dans ces différents mouvements psychiques au cœur de la relation de soin. Se laisser aller là où la personne mourante convoque et attend les soignant.es, sans s'y perdre tout à fait au risque de sombrer dans une fusion mortifère pour les malades comme pour les soignant.es.

Merle-Beral (1996) invite ainsi à une alternance intelligente de position maternelle et paternelle en lien avec l'activation des désirs actifs et passifs de la personne malade. La priorité étant là aussi d'éviter les effets néfastes d'une posture abandonnique.

Se référant à la théorie du Moi-peau d'Anzieu, la psychologue Mathilde du Colombier propose d'adopter une posture contenante en réponse à l'effraction psychique que constitue l'irruption de la maladie grave dans la vie du sujet, en tant qu'"enveloppe subsidiaire" (2011, p. 94). Il y a aussi en cela quelque chose de maternant dans cette posture.

Ces différents points de vue parlent d'un socle commun théorique, et montrent aussi un large éventail des possibles en termes de créativité dans ces constructions cliniques de la

relation en fin de vie. Il s'agit toujours aussi de trouver une juste mesure pour se garder d'effets délétères liés à cette confrontation à la mort.

Face aux malades en fin de vie, les soignant.es ont une place singulière : dans la continuité de la relation de soin en soi, la question de la mort mobilise des processus intrapsychiques et intersubjectifs spécifiques.

Il en est de même en ce qui concerne la relation à l'entourage. Les mouvements psychiques classiquement en jeu dans son accompagnement se placent sous le prisme de la menace de perte, puis du deuil : en un mot, **la séparation est au centre des enjeux identificatoires, et de la place spécifique des soignant.es comme tiers dans la relation au proche malade**.

Une fonction particulière qui se poursuit jusqu'après le décès : il est judicieux de rappeler le point de vue historique de Nonnis-Vigilante précédemment évoqué sur la fonction soignante de "séparation virtuelle entre le cadavre et le défunt" (2013, p.109) par la "gestion du corps mort" et le travail d'accompagnement qui se poursuit avec les endeuillé.es. Ce travail permet à la fois de traiter les risques sanitaires liés au cadavre, mais aussi de soutenir le lien à sa famille et sa culture, de maintenir par les soins techniques au corps et relationnels aux proches "l'humanité" du ou de la défunte, principe fondateur de l'accompagnement hospitalier.

c) Des services particulièrement concernés

Il ressort des expériences partagées par les précédents auteurs et autrices, tant issus de la clinique que de la recherche, que **si la majorité des personnes en France meurt à l'hôpital, certaines spécialités médicales sont plus susceptibles que d'autres d'accueillir ces événements que sont les décès**.

Fiat constate ainsi :

"Certes, on meurt plus dans certains services que dans d'autres : les soignants officiant en service de radiologie ou de pédiatrie rencontrent moins souvent la camarde que ceux officiant en service de soins intensifs ou d'oncologie ; et parmi ceux qui exercent en service d'oncologie, certains rencontrent moins souvent la mort que d'autres, en raison de la structuration du service [...] plus ou moins enclin à transférer le patient en service de soins palliatifs" (2013, p. 189).

La spécialité médicale, en fonction de la gravité des atteintes qu'elle traite, influence la propension à être exposé.e à la mort au travail. Mais aussi le fonctionnement groupal de l'équipe voire de l'institution, en quelque sorte la *culture* du service.

Sans chercher à faire un répertoire exhaustif de ces services, il est intéressant de relever des spécialités qui se dégagent tout particulièrement de la littérature, représentantes de services qui se rencontrent dans beaucoup de centres hospitaliers. Parler de ces spécialités fréquemment confrontées à la mort à l'aune de la psychologie clinique est en lien avec la place qu'ont prise les psychologues à l'hôpital depuis les années 1960 (Benoît, 1979).

Aux prémices du développement en psychologie de ce qu'Amar nomme aujourd'hui "clinique de la périmortalité" (2009, p. 139), en France les travaux de Bacqué (1992) et Ruszniewski (1999) qui se sont penchées sur la question de la confrontation à la mort chez les soignant.es sont éminemment ancrés dans **la clinique de la cancérologie**. Bien qu'aujourd'hui la spécialité nommée préférentiellement oncologie, peut-être dans un évitement défensif du mot "cancer", a développé de nombreux traitements et méthodes qui tendent vers une chronicisation de la maladie, elle reste la deuxième cause de mortalité en France. Aussi les services d'oncologie, et des spécialités d'organes touchés fréquemment par la maladie, sont exposés particulièrement à la fin de vie et à la mort.

De fait les clinicien.nes, dans le cadre de la recherche comme du partage d'expérience, écrivent sur les processus psychiques mobilisés par le cancer. Avant même l'essor des soins palliatifs en Europe, un mouvement international de thérapeutes a concouru à une forme de spécialité pluridisciplinaire en psychologie et en sciences sociales qu'est la *psycho-oncologie* (Holland, Breitbart et Jacobsen, 2015).

Par ailleurs, Bacqué souligne la place importante de **la gériatrie** en ce que cette spécialité médicale soigne les personnes dans la dernière phase de leur existence, et par conséquent à l'approche de la mort : "C'est en premier lieu dans les services de gériatrie et de cancérologie que la prise de conscience des besoins des mourants a permis d'entamer un débat général dans le monde médical" (1992, p. 361). Une clinique singulière où la temporalité se dilate, où la jouissance de "l'urgence" n'a plus court, au risque peut-être, souligne-t-elle à l'époque, que ces malades "n'éveillent qu'un morne intérêt, au regard de la valorisation liée à l'utilisation de la technique sophistiquée en réanimation" (p. 384). De façon plus actuelle et avec son regard d'aide-soignante, Costa-Clermont rappelle les spécificités au cœur de l'accompagnement de la fin de vie en gériatrie, dont la fréquence des occurrences et la vulnérabilité des malades force une mise au travail (Wary, 2014).

De façon concomitante à ces travaux sur les services qui accueillent beaucoup de décès pendant les décennies qui voient se développer une réflexion sur l'accompagnement de la mort à l'hôpital, se propage cet événement qui fait trauma dans l'histoire médicale que constitue la pandémie de VIH. Aussi, de nombreux écrits traitent de comment la psychanalyse s'en est saisie dès les années 1980 et 1990 (Bonny et Grolier, 2016).

Si aujourd'hui cette maladie décime moins la population qu'avant, son passage a laissé des traces dans les services de spécialité qui ont eu à faire historiquement avec elle, et plus largement avec les grandes épidémies que sont aujourd'hui **les services de Maladies Infectieuses et Tropicales**. Accueillant les personnes atteintes de pathologies contractées,

d'origine bactérienne, virale, parasitaire, etc (Académie de médecine, 2023), il s'agit toujours de traiter des moments de rupture dans la vie des sujets malades que constituent ces épisodes aigus, parfois graves voire mortels. Ces services sont en outre référents de l'accueil et la gestion des épidémies, comme cela a été le cas lors de la pandémie de COVID-19, et sont donc susceptibles d'être exposés à la sur-activité et à l'angoisse inhérentes à de tels événements.

Autre spécialité médicale particulièrement citée pendant cette période de l'histoire contemporaine en ce qu'elle accueille les situations médicales les plus critiques, **la réanimation** est fréquemment confrontée à la mort : subite lors d'une aggravation brutale, quand les techniques et traitements ultimes échouent à garder en vie, ou anticipée et accompagnée lorsqu'une réflexion éthique pluridisciplinaire conduit à une LAT. Une "clinique de l'extrême" (Chahraoui et coll., 2015, p. 1) et "de l'incertitude" (p. 23) où une certaine vulnérabilité des professionnel.les répond comme en miroir à la celle des patient.es, dans une relation "complexifiée" (p. 46) par les appareillages, l'altération de la conscience des malades, le délabrement des corps. Le contexte de haute technicité, d'enjeux éthiques majeurs, la fréquente confrontation à la mort et à sa gestion institutionnelle, ainsi qu'aux affects des familles peuvent être éprouvant (Chahraoui et coll., 2011). C'est une clinique de l'extrême qui confronte à des enjeux éthiques majeurs, dans une dialectique entre excitation et souffrance au travail, qui mobilise des défenses massives et fait planer la menace de l'épuisement (Gernet, 2021).

Car en effet il n'est pas neutre d'être plus régulièrement confronté.e à la mort que les autres. **Cela épuise** : de sa posture de clinicienne, Bacqué repère que "les services de réanimation, de gériatrie mais aussi les unités de soins palliatifs sont prédisposés au burnout syndrome" (1992, p. 398). En gériatrie comme mentionné précédemment, mais aussi en réanimation où une "fatigue physique" et "psychique" (p. 379) émerge, liée aux soins à des personnes sédatées qui "n'ont plus la capacité d'exercer leurs fonctions élémentaires". En découle des modalités de relation particulières qui sont coûteuses tant sur le plan cognitif qu'affectif :

"Le soignant [...] doit parfois se substituer mentalement à son patient, s'identifier à lui, pour imaginer ce qui pourrait le gêner ou causer d'éventuelles séquelles. Cette identification totale est souvent épuisante. Par ailleurs l'absence de parole chez le patient trachéotomisé, ou, pire, l'absence totale de réponse, suscitent une formidable frustration. Ce manque de reconnaissance peut être nocif pour celui dont la motivation essentielle réside justement dans l'enrichissement retiré de la relation avec le malade. L'impression de travailler dans le vide, sans écho, produit parfois un retrait lié au sentiment de déshumanisation, provoqué par un surinvestissement dans la technique. En revanche, l'absence de parole du soigné laisse le champ libre aux fantasmes du soignant" (p. 381-382).

Il y a aussi à tenir compte de la dimension relationnelle dans l'accompagnement de l'entourage dans lequel "les soignants sont soumis à toutes les projections" (p. 383), ce qui est aussi usant.

Ce contexte relationnel spécifique à la gravité de l'état des malades en réanimation peut donc générer angoisse et frustration, mais fait aussi courir le risque d'un en-trop de pouvoir sur l'autre vulnérable, de jouissance sadique telle qu'abordée précédemment, qui en dehors d'une certaine mesure ne permet plus de soigner. Cela induit bien sûr un lot de mouvements défensifs qui visent à en protéger le sujet, notamment du jeu d'identifications-projections trop éprouvant qui entraînent "culpabilité excessive et refus d'identification, par peur de souffrir lors de la séparation" (p. 382). Cela peut impacter la relation de soin : "Aussi évite-t-il parfois de s'investir trop".

Ce contexte global entraîne le plus souvent des changements de postes en réanimation, un "turnover" (Chaulier et coll., 2015) dans l'équipe qui concourt à l'épuisement des personnes qui restent en poste comme garant.es du cadre et de la transmission aux nouveaux et nouvelles collègues. Cela demande aussi à ceux et celles nouvellement arrivées de se former au niveau d'exigence requis dans ce type de service.

Il est à noter que Bacqué mentionne aussi **les services de soins palliatifs comme particulièrement exposés à la mort**, et que cela n'est pas sans effet quand bien même les professionnel.les seraient volontaires et motivé.es à cet endroit. Elle a en effet pu constater un épuisement spécifique qui se manifestait parmi les équipes en USP dès leur naissance :

"Les débuts des centres de soins palliatifs ont été marqués par l'apparition de nombreux troubles chez les soignants [...]. Leur souci de se dévouer, avec abnégation, à leur travail s'est évidemment heurté à la barrière de la mortalité des patients dont ils avaient la charge. L'incapacité à remettre en cause les raisons qui leur faisaient fuir certaines responsabilités, pour approcher la mort, plus spectaculaire [...], déclenchait une trop grande susceptibilité" (1992, p. 395-396).

Aussi la vocation des soignant.es semble ne pas suffir à abraser suffisamment la dureté de la confrontation à la mort. De manière plus contemporaine, le psychiatre Frederic Stiefel, qui a beaucoup travaillé y compris en tant que médecin dans des services de médecine somatique et en soins palliatifs, identifie une souffrance spécifique des soignant.es en USP (2008). Pour lui aussi, la confrontation à la détresse des malades, aux deuils répétés suite aux décès, surtout si le ou la professionnelle n'a pas identifié ce qui le ou la motive à travailler dans ce type de service, peut confronter à un dépassement des limites personnelles, en d'autres termes au risque de trauma. Cela peut avoir des effets particulièrement délétères au long court.

Si tous les services hospitaliers sont plus ou moins amenés à accueillir un décès, certaines spécialités le sont plus que d'autres. Le savoir ne suffit pas à pouvoir s'y confronter dans le temps car les effets éprouvants de cette confrontation à la mort, lorsqu'elle se répète au long cours, peuvent participer à l'épuisement professionnel, y compris si les soignant.es ont choisi de travailler en soins palliatifs. **Il y a donc à penser le soutien des professionnel.les,**

avec une acuité particulière dans les services les plus concernés, à fortiori dans les périodes où le nombre de décès est accru comme cela a été le cas durant les différentes vagues de COVID-19, faisant écho à d'autres souvenirs traumatiques comme la canicule de 2003 ou la pandémie de VIH/SIDA dans les institutions hospitalières.

3.3.3. Des soignant.es endeuillé.es ?

a) Le deuil des patient.es

La question du deuil a longtemps été considérée exclusivement du côté des proches de la personne défunte. Socialement, les rites de deuil dans notre société ont toujours été pratiqués et reconnus comme légitimes, voire obligatoires du point de vue de la norme morale, portés par la famille et l'entourage proche de la personne décédée. Ils ont évolué au fil du temps, les modes de funérailles ont changé, ils sont devenus moins marqués, l'impératif moral de l'expression du deuil moins pressant (Hanus et Bacqué, 2000 ; Bacqué, 2003). Des rituels collectifs ont émergé lors de décès porteurs d'une dimension symbolique sociétale, avec l'apparition de manifestations, de marches blanches, l'affichage de symboles…

Ces évolutions de l'expression du deuil ont élargi ses rites au-delà du cercle familial et ont rendu plus légitimes l'expression d'affects réactionnels au décès par des personnes qui y sont extérieures. Elles amènent à questionner ses formes et ses limites à l'heure actuelle, dans une société encore très marquée par la *mort interdite* décrite par Ariès où la plupart des gens meurent à l'hôpital.

La question du deuil vécu par les soignant.es qui accompagnent les personnes mourantes jusqu'à la fin a émergé en France avec le développement des soins palliatifs dès les années 1970, à la fois du point de vue des pratiques que d'une politique de *gestion de la mort*. Dénommer et reconnaître une spécificité à l'accompagnement des mourant.es, le développer comme une pratique à part entière avec la création des USP a mis en lumière la problématique des affects des soignant.es confronté.es à l'incurabilité des patient.es, entraînant la dégradation des corps, des besoins croissants en terme de soins et d'accompagnement relationnel, une confrontation répétée à la mort et aux cadavres.

Des affects étant investis sur les patient.es dans la relation de soin, il y a matière à considérer qu'**après la mort de la personne soignée, la libido constitutive de ces affects est appelée à être rapatriée dans le Moi, par un véritable mais spécifique travail de deuil**.

Aussi des affects de deuil seront mobilisé, propres à la perte et à la séparation, mais aussi au regard de "l'angoisse de mort et de l'ambivalence à l'égard des malades" (Hanus et Bacqué, 2000, p. 71), dans un contexte où la mort à l'hôpital constitue encore beaucoup un tabou et un échec. Mettant cela en perspective avec les travaux d'Amar, il y a à considérer que cela met à mal le narcissisme et l'Idéal du Moi soignant.

Par ailleurs, Hanus et Bacqué soulignent le caractère “unique” de chaque patient.e et donc de chaque relation de soin, qui expose à une séparation chaque fois nouvelle. Parallèlement l’accumulation des pertes remobilise perpétuellement cette mise au travail psychique qu’est le deuil, ce qui peut-être usant par l’énergie psychique déployée ou la résonance douloureuse des situations entre elles.

Baqué souligne en effet depuis longtemps les risques qu’elle identifie pour les soignant.es dans sa clinique du deuil en termes d’épuisement professionnel, du fait de la confrontation fréquentes aux contextes de fin de vie dans des conditions institutionnelles souvent insuffisantes à en contenir les affects mobilisés (1992 ; 1997).

Cela rejoint les considérations du psychiatre Canouï spécialisé dans le burn out, qui repère en effet qu’“accepter de perdre un malade quand on est soignant « s’apprend »” (2008, p. 77). L’emploi du verbe perdre est intéressant ici, il semble parler à la fois de l’asymétrie relationnelle et du maternage dans la relation de soin, qui mène en quelque sorte à *s’approprier* les patient.es. Cette appropriation n’est peut-être pas éloignée du sadisme normal à la base du soin.

Canouï met en avant la *normalité* des affects alors éprouvés, et souligne qu’en contexte de soin aussi les deuils doivent être élaborés pour éviter qu’ils ne soient *réactivés,* et afin de pouvoir “réinvestir favorablement d’autres relations affectives” (p. 78). Or le contexte institutionnel hospitalier invite plutôt “à refouler nos affects, à ne pas montrer notre souffrance, et à faire de la mort un sujet tabou à peine ritualisé”. L’injonction performative de la médecine techno-scientifique à l’aune des soins palliatifs s’étend à cette mort qui constitue pourtant un échec, imposant une représentation idéale de “mort parfaite [qui] renvoie à l’infaillibilité du corps médical”. Dans une logique de prévention de l’épuisement professionnel, Canouï propose ainsi de la “resitu[er] au sein du travail hospitalier” en apportant aux travailleurs et travailleuses que sont les soignant.es “des réponses institutionnelles, psychologiques mieux instaurées”.

Il s’agit donc de pouvoir prendre en charge à un niveau institutionnel et clinique la souffrance inhérente au deuil en situation professionnelle pour les soignant.es. S’appuyant sur les travaux du psychiatre anglais Parkes, Bacqué donne des exemple de son expression :

“Parkes parle de « la bonne distance » (1986), qui permet de ne pas trop s’apitoyer sur chaque patient, et aussi de tolérer mieux l’incontrôlable. Pour lui, les soignants ne trouvent jamais un deuil « normal ». Le patient est toujours mort trop tôt, alors qu’il était trop jeune ; « il a trop souffert, il est resté trop longtemps dans le service, il ressemblait trop à ma mère, à mon frère... il était comme moi »” (Bacqué, 1992, p. 402).

Là encore **l’identification et la projection semblent au cœur du processus**, éléments nécessaires au soin qui jouent sur la proximité relationnelle entre soigné.e et soignant.e. Cela expose au risque de l’en-trop qui déborde les ressources du sujet soignant, faisant alors du

décès un événement au sens philosophique mis en avant par Fiat : trop proche, trop douloureux, trop violent…

C'est face à ce risque que **des mécanismes de défense peuvent être mobilisés**. Visant la protection du sujet soignant, ils risquent néanmoins de se rigidifier, de se massifier, et nuire ainsi à la capacité à investir de nouvelles relations de soin ou accompagner des situations de fin de vie ultérieures. Les modalités de leur expression vont dépendre de la personnalité du sujet soignant, du fonctionnement institutionnel, mais aussi du type de service d'exercice, etc. Aussi des auteurs et autrices contemporain.es s'appuient sur leur clinique dans les services de spécialités pour partager leur expérience ou entreprendre des travaux de recherches sur les effets de la confrontation à la mort sur les soignant.es.

C'est le cas des travaux précédemment cités sur les services de soins palliatifs ou de réanimation par exemple, mais aussi dans des services spécifiques où la place de la mort est encore moins pensée en ce qu'elle touche aux circonstances de décès les plus traumatogènes. Ainsi certains écrits parlent de la confrontation à la mort dans les services des patient.es les plus jeunes, le jeune âge étant un facteur qui peut rendre les décès plus éprouvant pour les professionnel.les.

Il est intéressant de citer le travail d'Emilie Fontaine et Jaqueline Wendland (2015) en psychologie de la santé sur le deuil des soignant.es en réanimation néonatale. Les spécificités du public concerné mettent en exergue des processus qui semblent communs aux professionnel.les du soin. Elles décrivent en effet concernant la confrontation au décès de nouveaux-nés des défenses "édifiées contre des ressentis personnels trop douloureux et non élaborés" (p. 40) qui "peuvent être qualifiées d'adaptatives : plutôt que de bloquer les sentiments, ces défenses les canalisent" (p. 41). Mais elles constituent aussi des "résistances inconscientes [qui] peuvent conduire à des projections négatives" (p. 40), une "mise à distance de l'affect [qui comporte] plusieurs risques lorsqu'elle se systématise, avec le risque de basculer dans une relation technicisée, dépourvue d'affect" (p. 41).

Les autrices repèrent par ailleurs :

"Le vécu douloureux du soignant est aussi lié à l'émergence de sa propre angoisse de mort, induite par identification à la souffrance du patient. Les décès à répétition peuvent être vécus comme des microtraumatismes émotionnels qui, sans espace de parole leur permettant une élaboration, tendront dans un premier temps vers la mise en place d'un certain nombre de mécanismes de défense, pouvant aller jusqu'à un éventuel épuisement professionnel (syndrome de burnout). En effet, le sujet se confronte à son impuissance face à la mort, incitant par conséquent un deuil de l'idéal de la toute-puissance; ici, celle du soignant dans son projet de guérison" (p. 47-48).

La notion de "microtraumatisme" pour définir ces confrontations répétées à la mort semble ici pertinente. Elle fait sens à propos **des répercussions psychiques de la confrontation à la mort, tenant compte des particularités de la relation de soin qui se situe dans le champ**

de la professionnalité, médiatisée par la fonction et la compétence professionnelle. Cela rejoint le propos princeps de Ruszniewski (1999) qui avait à cœur de tenir compte de ce que les soignant.es ont à dire de leur confrontation à la mort en situation professionnelle, sans la dramatiser au risque de se substituer à la souffrance qui incombe à la personne qui meurt et à son entourage qui la perd.

Il y a donc à faire équipe, travailler ensemble dans une dynamique créative pour composer avec cet impensable, le supporter affectivement. C'est ce que conclut la psychiatre Marie Prieur-Bertrand de ses intervention en psychiatrie de liaison dans une maternité (2001).

Cette dynamique peut permettre de viser ce que Ruszniewski décrit comme "un travail de deuil bien tempéré" chez le ou la soignante (1999, p. 154), qui suit "ce moment tragique" vécu nécessairement "dans la peine et la tristesse (douloureux flottement qui fait étrangement, subrepticement mais furtivement écho à leur propre devenir)". C'est surtout lorsque l'identification est massive, dans une "relation très privilégiée", que "la disparition les laisse particulièrement affectés et affligés [...] dans un chagrin et un accablement intenses - bien que fugaces et transitoires".

L'autrice rappelle **le contexte institutionnel qui accueille cet événement et protège ses membres** par ses modalités de fonctionnement formelles et informelles. Cela tempère l'expression des affects des soignant.es au profit d'une dynamique sous le primat d'Éros, poussant à s'occuper des autres malades, des autres familles et entourages. Cela permet de "dépasser ces deuils réitérés pour se situer très vite au-delà de la mort, pour ne pas se laisser séquestrer par cet enchaînement de pertes". Une dynamique qui peut aussi relever de "cette compulsion à vouloir s'occuper toujours des autres [...] mais ne s'occupant jamais d'eux, ne jamais exprimant de besoin personnel d'aide, de réconfort ou de détresse personnelle", rappellent Fontaine et Wendland (p. 48).

Face au mortifère, un mouvement de vie émerge, individuellement et collectivement, qui semble étayer le travail de deuil consécutif à la séparation du décès. **Ce travail reste néanmoins à vivre, à élaborer pour continuer à soigner sans trop s'épuiser.**

Mais comment structurer ce temps du deuil lié à la perte de la relation de soin ? Que faire des affects qui se mobilisent et qui sont souvent bâillonnés par les représentations de la professionnalité dans les métiers de soin ? Il a été vu précédemment que la question du rituel est essentielle en ce qu'il structure le deuil. La clinicienne en USP Sâles (2021) invite ainsi les soignant.es à s'autoriser une "remémoration" libre (p. 43) qui repose surtout sur l'informel, sans commémoration formelle. Cela rejoint le point de vue de Ruszniewski sur une dimension spécifique à respecter de ces affects de deuil en situation professionnelle, à différencier de la perte d'un être cher plus intime.

Bacqué repérait néanmoins en 1992 que "quelques équipes soignantes ont instauré leurs propres rituels pour parvenir à faire le deuil de tous les patients qui meurent dans leur service" (p. 403). Elle décrit ainsi des rituels formalisés de commémoration.

Que ce soit de façon formelle ou informelle, **il y a clôturer quelque chose de ces accompagnements**, dans cette tranche de vie particulière qu'est la fin de la vie, fragmentés au gré des roulements de service qui font que certains membres de l'équipe sont absents le jour du décès. Une fois le corps sorti du service et l'entourage ayant quitté l'hôpital, le lien est rompu et les professionnel.les n'ont plus de nouvelles. Or Bacqué précise que dans cette perspective de deuil, "tous ces intervenants, dont les rapports avec les patients ne sont qu'épisodiques, ont besoin d'être mis au courant de leur devenir" (p. 404).

Dans ce contexte particulier de deuil dans une relation en milieu professionnel, ce degré plus ou moins formel de la ritualisation est à penser, et les potentialités créatrices de l'équipe sont à soutenir pour vivre ces deuils répétés qui peuvent s'avérer usants. Quelque chose peut en effet se jouer dans le lien en équipe, entre collègues, et aussi dans les pratiques soignantes, pour dire ou faire quelque chose de la perte de la relation.

In fine, **des récits semblent avoir besoin de se construire pour élaborer la perte de la relation de soin**. Ils relèvent plus du témoignage que d'écrits scientifiques, dans l'informel de la clinique auprès des soignant.es à l'hôpital ou de façon publique depuis quelques années. Ainsi nombre de soignant.es se saisissent aujourd'hui du média des réseaux sociaux pour communiquer sur leurs pratiques et leurs valeurs, en partager quelque chose. Cela semble relever de la **sublimation**, et en même temps **permettre le partage d'une parole et d'affects sur cette confrontation à la mort au travail**.

Par exemple, un infirmier en soins palliatifs a dédié une page Instagram à une expression artistique par la bande dessinée sur sa confrontation à la mort au travail ou de façon plus intime (Xavier [@l.homme.etoile]). Les contenus ainsi partagés ont finalement fait l'objet de publications en format livre (2020 ; 2021).

Dans un registre relevant plus de l'écriture, le médecin généraliste Baptiste Beaulieu témoigne régulièrement sur le même média de ses accompagnements en fin de vie à l'hôpital ou à domicile, dans la relation avec les patient.es, leur entourage, et les autres professionnel.les qui contribuent à l'accompagnement. Il a fait de ce sujet une "story à la une" dédiée, qui réunit de façon thématique tous les contenus qu'il publie à ce propos. Il y raconte par exemple en date du 13 Avril 2023 une toilette mortuaire faite par deux aides-soignantes à l'hôpital, à laquelle il a assisté alors qu'il venait constater le décès. Il explique comment les soignantes témoignent une attention singulière à la patiente décédée, lui parlant, la mobilisant avec douceur, utilisant de l'eau tiède comme elles l'auraient fait avec une personne vivante, la présentant avec attention dans la perspective de l'arrivée des proches. Ce témoignage décrit la ritualisation de cette toilette à la troisième personne, en parlant des aides-soignantes, et en même temps dit quelque chose de ce que vit ce médecin de cette confrontation à la mort dans son travail.

Il est à noter que **la toilette mortuaire est un geste technique du soin qui entre dans cette *gestion de la mort*, mais qui n'est pas anodin en ce qu'il constitue un ultime soin et confronte le sujet soignant au réel du corps mort**. L'infirmière en soins palliatifs Marie-Noëlle

Belloir précise d'ailleurs qu'il "met aussi le soignant en situation d'accompagner, de clore une relation spécifique et ainsi l'aider à en faire le deuil. Sa réalisation concrète, assumée collectivement comme acte humain dans la chaîne de la vie, lui permet de maintenir une disponibilité pour les futures situations de soins et d'accompagnement qu'il sera amené à vivre" (p. 291).

Il semble que les soignant.es aient surtout besoin d'exprimer quelque chose de cette confrontation à la mort et de la perte de la relation avec les patient.es pour liquider la tension liée aux affects de deuils et se rendre disponibles pour poursuivre leur travail.

Il faut souligner qu'**avec la perte de la relation avec le ou la patiente, c'est aussi la relation avec son entourage qui prend fin**. L'accompagnement de l'entourage, comme partie prenante de celui des malades, constitue en effet une dimension importante du travail soignant. Il revêt une acuité singulière à la fin de la vie, tant est si bien que les définitions des soins palliatifs font consensus à ce propos.

Bacqué décrit ainsi les implications psychiques de la séparation avec l'entourage après le décès, à partir du discours de soignant.es dans les services :

"Le partage avec les familles de ces moments d'une extrême intensité débouche souvent, avec la mort du patient, sur une interruption brutale de la relation. Les infirmières et les aides-soignantes font part alors de leur frustration [...]. Elles ont eu le sentiment d'être si proches, de pénétrer parfois dans l'intimité familiale, que certaines se rendent d'office à la cérémonie de la levée du corps. D'autres pensent aux patients disparus et se les remémorent épisodiquement. Certaines, en revanche, ne comprennent pas les comportements de familles, après la perte de leur patient" (1992, p. 390).

Une forme de porosité semble s'établir entre équipe soignante et famille, qui va dans le sens de cette actualisation de la perte par la mort du ou de la patiente. À partir de cette séparation dans un contexte professionnel, quelque chose de plus intime semble se mettre en œuvre, qui a trait à des dimensions plus personnelles de la vie psychique des soignant.es.

b) Les deuils personnels convoqués au travail

La question de la perte est "un opérateur psychique fondamental" (Camps, 2020, p. 77), constitutif du fonctionnement psychodynamique au fil de l'existence. C'est une problématique qui s'active par les confrontations aux événements de vie réels ou les fluctuations de la vie affective, des investissements libidinaux. Le deuil en est une "modalité de traitement" (p. 80) que le sujet va rencontrer régulièrement dans sa vie.

Il est alors possible de questionner **ce qui se mobilise du rapport aux pertes antérieures chez le ou la soignante en tant que sujet, hors vie professionnelle[14], lorsque des affects de deuil sont mobilisés consécutivement au décès d'un ou une patiente**. Peu de travaux ont été menés en France à ce propos, et concernent le plus souvent des soignant.es exerçant en soins palliatifs. Cette population semble faire référence par sa fréquente confrontation à la mort formalisée par le projet de service, qui simplifie sans doute les possibilités d'un discours plus formalisé et conscientisé sur la mort.

Ainsi Chemin-Sauque et Routens constatent dans leur travail sur "les excès de bienveillance" une notion d'"écho affectif" (2019, p. 62) des situations cliniques avec les deuils personnels, pendant l'accompagnement de fin de vie et après le décès. La clinicienne et l'aide-soignant précisent :

"Lorsque cet écho est intense, il en résulte une confusion des identités et un télescopage des évènements : vécu personnel et professionnel s'amalgament, le soignant pouvant être tenté de colmater ou réparer la blessure passée dans une attitude de bienveillance parfois démesurée. C'est en réalité sa propre souffrance qu'il cherche à soulager à travers cette présence. A contrario, cette souffrance, lorsqu'elle ne peut être suffisamment contenue, pourrait aussi conduire à l'excès inverse, c'est-à-dire un évitement total de la situation présente."

Les mouvements identificatoires en jeu dans la rencontre intersubjective impactent donc la mobilisation des affects chez le ou la soignante, mais aussi la relation de soin. Que faire alors de ce vécu dans l'accompagnement de la fin de vie et de la mort ? Une large part se joue à un niveau inconscient bien sûr, mais il y a à contenir et soutenir les soignant.es qui peuvent être éprouvé.es par ces résonances personnelles.

Par le prisme d'un regard systémique, le psychologue Paul Jenny a étudié la "gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort" en USP (2007, p.3). À partir d'entretiens avec des soignant.es du champ paramédical, il montre ainsi comment l'accompagnement de la fin de vie renvoie à la question de sa propre finitude et à son rapport à la perte, entretenant des liens étroits entre "deuil privé et professionnel" (p. 4) dans le sens où "les antécédents de deuils privés des soignants ont eu une influence sur la gestion de la perte dans leur profession" (p. 9).

La confrontation à la perte après le décès d'un ou une patiente, à partir de ce "statut" particulier de soignant.e (p. 3), s'adjoindrait aux autres pertes dans une expérience globale de la perte. Se référant aux travaux de Klein sur la position dépressive, il considère ainsi que "la confrontation à la perte d'autrui et à la mort génère toutes sortes d'angoisses et de mécanismes susceptibles d'entraver l'équilibre personnel du spécialiste de soins".

[14] Une distinction somme toute artificielle comme vu précédemment : Dejours et Gernet (2012) soulignent la continuité entre vie personnelle et professionnelle, dont la séparation relève plutôt de l'injonction liée aux représentations de la professionnalité dans notre société.

Les expériences de deuil antérieures peuvent constituer un obstacle dans l'accompagnement de la personne en fin de vie, mais elles peuvent aussi familiariser avec la question de la mort et donc faciliter le travail. Lorsque les expériences de deuil personnel entravent l'accompagnement, cela serait plutôt lié à une difficulté dans l'élaboration de ce dernier, un lien qui serait mal rompu avec le ou la proche perdu.

Face à ces mouvements déstabilisants, les ressources des soignant.es sont multiples. Tout d'abord, les croyances et convictions personnelles permettraient de donner du sens à l'expérience d'accompagnements en fin de vie répétés, et par là d'être capable d'y être confronté.

Par ailleurs, l'accompagnement de de la fin de vie "constitue l'accomplissement d'une tâche personnelle génératrice de satisfaction et de réparation" (p. 10). Ainsi, "une sorte de médiation de sens s'instaure entre les différents acteurs de soins (famille y comprise) et le malade […] c'est cette dernière qui participe à l'enrichissement que trouvent les soignantes dans leur travail". **Ce serait donc l'acte de soin qui permettrait que s'opère une forme de réparation dans son propre vécu de pertes** : "le «faire» enrichit, protège, et permet à la réparation de s'inaugurer, ce qui est salutaire au regard des deuils antérieurs". Aussi ce processus est plus à même de se mettre en place "lorsque les accompagnements passés ont été menés à terme, soit, lorsque la réparation a été facilitée par la démarche de soins". Dans ces situations professionnelles, le vécu de satisfaction lié au travail, l'impression d'avoir mené l'accompagnement à son terme, et des circonstances de décès familières et apaisées faciliteraient le vécu de la perte.

Il est ainsi à noter que "la mort est rendue plus accessible et supportable dès le moment où elle revêt un visage sécurisant (celui de disparus)". **L'apparence d'une mort apaisée, qui correspond à l'idéal de la bonne mort, favorise la représentation d'un travail satisfaisant**. Un mouvement porté par "les croyances religieuses ou personnelles" qui "facilitent […] la figuration tranquille de cette réalité".

D'autre part, **le soutien dans l'équipe** permettrait de partager sa peine au lieu de l'"intérioriser" (p. 11), et de ménager ainsi les ressources collectives. Cet espace relationnel en équipe permettrait de limiter l'inconfort de la pratique quotidienne, et de prendre de la distance dans des situations qui deviennent "envahissantes" du fait de mécanismes d'identification projective en jeu. Ainsi, une "dynamique de groupe soutiendrait la professionnelle dans les moments pénibles, par un relais, une présence sécurisante, ou même, par le partage d'émotions intenses, par une médiation de sens". Une dynamique aussi qui "renforce l'appartenance des professionnelles à l'équipe, ce qui leur permet de mieux se connaître, pour mieux interagir ensemble".

En somme, "le travail en confrontation à la mort, la gestion du deuil au quotidien supposent pour les soignantes une rupture des liens avec le passé, dans leurs vies privées et professionnelles, afin d'éviter de rattraper dans le présent une situation d'un temps révolu". Pour reprendre le propos de Ruszniewski, il semble que des "deuils bien tempérés" tant dans

des contextes de pertes en situation personnelle que professionnelle favorise la mise en place de “deuils bien tempérés” à l’avenir. À contrario, **des deuils difficiles tant de proches que de patient.es perdu.es constituent un facteur de risque dans les deuils ultérieurs, y compris en situation professionnelle**.

Par ailleurs, Amar souligne **l'ébranlement psychique que constitue la proximité de la mort lorsque le réel en impose une représentation du côté des soignant.es, là ou elle se situe habituellement du côté des patient.es**.

Il raconte ainsi une situation clinique issue de l’APP :

“La mort, était passée du côté des soignants la veille, en la personne de l’époux d’une infirmière de l’équipe mort brutalement aux urgences du même hôpital dans les suites immédiates d’un accident de moto. Elle fut abordée dans le groupe d’une manière singulièrement différente, comme si, elle n’avait finalement jamais été envisagée jusque-là. Certains soignants faisant part de leur incapacité à faire leur habituel travail auprès des patients, certains évoquant ici des cauchemars, d’autres des idées intrusives, à la manière d’une levée de refoulement dont les thèmes avaient pour dénominateur commun, la crainte de la mort, de ses proches ou de la sienne propre” (2008, p. 221).

Le réel semble ici rejoindre le fantasme et bouleverser chemin faisant les défenses traditionnelles qui permettent de soigner jusqu'à la fin. Sans protection opérante, la double menace archaïque et castratrice de la mort plane sur les sujets soignants et parasite leur travail.

Il ressort de ces différents travaux que **pour pouvoir faire face à la mort et au deuil en situation professionnelle, il faut que le rapport à la perte soit suffisamment bien ordonné pour que cette problématique n’envahisse pas la sphère du travail, l’invalidant de fait, et faisant courir au sujet soignant le risque de la décompensation**.

En conclusion - Soigner face à la mort : un travail entre liaison et déliaison

Le terme « soignant » est relativement récent. Émergeant au début du XXème siècle (Rousseau et Houdard, 2019), il s’est particulièrement popularisé ces dernières années notamment par le relais médiatique autour des différents mouvements sociaux par lesquels ces professionnel.les revendiquent des conditions de travail en adéquation avec ce qui peut être rapproché du concept d’Idéal du Moi professionnel évoqué précédemment. Cela s’est ressenti de manière particulièrement accrue lors de la récente pandémie de COVID-19 où ce terme générique couvrant de nombreuses professions de santé a été mis sur le devant de la scène politique et médiatique.

Ce terme désigne traditionnellement les professionnel.les du champ paramédical, comme le souligne le chirurgien Christian Thomsen sur son site de vulgarisation du vocabulaire

médical (2019). Un usage courant qui n'est bien sûr pas exhaustif car il ne recouvre pas les professions médicales et en sciences humaines (dont font partie les psychologues) qui œuvrent pourtant au soin des patient.es à l'hôpital et ailleurs. **Cet emploi semble évoquer quelque chose de la proximité relationnelle particulière dans les professions paramédicales, et tout particulièrement celle d'infirmier.e et d'aide-soignant.e.**

Il s'agit ici de les considérer comme **sujets travaillant**, des individus avec leur propre fonctionnement subjectif, dans l'exercice de leur profession. Un métier appris en formation initiale, étoffé par l'expérience de terrain et une relative dynamique de formation continue, obligatoire (HAS, 2014 ; Holcman, 2017) mais dépendante des possibilités d'un contexte institutionnel en tension. Canouï soulève d'ailleurs depuis longtemps la question du niveau d'accès à des formations suffisantes concernant la prévention du burn out syndrome (2003).

Il s'agit ici de se focaliser sur les *sujets soignants* du champ paramédical qui travaillent à l'hôpital. Ils font partie d'un tout institutionnel, contribuent au fonctionnement du groupement qu'elle forme et qui se pose en même temps comme trame de fond de leur fonctionnement psychique au travail.

La notion d'*hôpital* désigne un lieu physique, mais aussi une place psychique. Il est pris comme le lieu où va se dérouler le temps du mourir, lieu de *gestion de la mort*. C'est aussi un lieu de *travail*, où ces professionnel.les se mettent en action, en mouvement pour accomplir leur tâche au prix d'un effort face à la résistance du réel qui la rend difficile. Cet effort requiert ce surplus d'intelligence spécifique et permet une satisfaction et un accroissement personnel par la réussite de la tâche. Mais cela nécessite que ses modalités n'exposent pas à un effort disproportionné, notamment à un niveau psychique, ou à des échecs trop importants, sans quoi les efforts fournis conduiront à des fonctionnement pathologiques voire à l'usure (Dejours et Gernet, 2012), potentiellement jusqu'au syndrome d'épuisement professionnel (Canouï, 2008). Or le contexte institutionnel de l'hôpital comme pilier d'un "système de santé en crise" (CNCDH, 2018, p. 28) peut être particulièrement carencé et désorganiser les conditions de travail.

C'est pourtant dans ce contexte que les sujets soignants à l'hôpital développent "ingéniosité" et "intelligence" dans un "travail vivant" (Dejours et Gernet, 2012, p. 43), par l'accomplissement des tâches qui constituent leur activité, dirigées vers le soin et l'accompagnement des patient.es et de leur entourage.

Les situations de fin de vie se situent dans la continuité de la prise en soins existante et de la relation qui en est la trame. Elles exposent les soignant.es à des mobilisations psychiques intenses au regard du travail de la mort dans la psyché et des angoisses qu'il suscite. **Dans une société encore marquée par un certain tabou de la mort et une idéalisation techno-scientifique de la médecine, la mort des malades confronte à des représentations et des affects du registre de l'échec, malmenant le narcissisme soignant et entraînant une certaine culpabilité**. Un inconfortable voire angoissant retournement de l'actif, comme mode de fonctionnement et de protection privilégié chez les sujets soignants, au passif semble

s'opérer. Ces situations exposent par ailleurs au rapport à sa propre finitude et à celle de la perte, recouvrant des dimensions tant personnelles que professionnelles d'expériences de deuil.

Lorsqu'elles sont identifiées voire font l'objet d'un accompagnement palliatif, elles vont mobiliser l'activité soignante dans un objectif particulier qui entraîne des tâches spécifiques. **Être confronté.e à la mort impacte donc à la fois les sujets et le travail soignants**.

Faire ensemble, "travailler ensemble" (Costa-Clermont, 2015, p. 78) et "se former ensemble" (p. 82) sont des ressources pour mener à bien ce travail. Mais les possibilités sont souvent limitées par le contexte institutionnel, et aussi les modalités défensives parfois rigidifiées dans ce contexte.

La crise du COVID-19, entre autres choses, est venue embraser le sujet sensible et au cœur d'un débat bioéthique qu'est la place et l'accompagnement de la mort à l'hôpital (Aubry, 2022). Elle est aussi venue grevée l'état psychique de soignant.es déjà soumis.es à de fortes tensions sociales, les rendant particulièrement vulnérables à des décompensations comme le burn out syndrome (El-Hage et coll., 2020). Une forme de "désidéalisation" s'est opérée (Marin, 2021, p. 10) du fait de ce débordement et d'un "brouillage des représentations de la mort à l'hôpital" chez des professionel.les qui cherchaient surtout à être "des soignants « suffisamment bons »" (p. 11), explique l'historienne Catherine Marin en référence implicite à la théorie de Winnicott.

Cette souffrance s'est exprimée médiatiquement et via les réseaux sociaux, mais s'est aussi traduite par une vague de démissions, d'abandons de postes et de réorientations professionnelles qui concernent tout particulièrement les soignant.es du champ paramédical (Pineau et Stromboni, 2020). Un mouvement d'ampleur qui laisse penser à une fuite du terrain, quelque chose du trop-plein semble s'être joué, ce qui ouvre à la question du trauma.

Bien que les données de cette recherche aient été recueillies juste avant la pandémie, ce travail s'est poursuivi dans ce contexte, a rencontré cette actualité qui questionnait le vécu de l'accompagnement en fin de vie par les soignant.es du paramédical. Si la parole qui y a émergée ne concerne pas à proprement parler cette situation inédite de l'histoire contemporaine, elle y trouve une résonance particulière.

Chapitre II : Travail de recherche

I. Problématisation de la recherche

1.1. De la clinique à la recherche

Cette recherche s'ancre dans une clinique de psychologue en EMSP hospitalière, dans la collaboration qui s'y crée avec les équipes de soin dans les services de différentes spécialités au fil des situations cliniques et des projets institutionnels. Plusieurs notions sont saisies par cette articulation, qui seront définies ici.

Pour commencer, cet **ancrage clinique dans le travail** comprend deux dimensions :

- D'une part, une clinique partagée de l'accompagnement en fin de vie qui forme un socle commun d'expérience professionnelle de la confrontation à la fin de vie et à la mort. Psychologues et personnels paramédicaux n'occupent évidemment pas la même place dans cet accompagnement des personnes en fin de vie, mais y collaborent dans une perspective de travail pluridisciplinaire : entre professionnel.es de disciplines différentes (médecins, infirmier.es, aides-soignant.es, kinésithérapeutes, Agents de Service Hospitalier chargés de la propreté…), mais aussi entre équipes différentes (services de soins et EMSP transversale qui intervient potentiellement dans tous les services de l'hôpital). Il s'agit ici d'une clinique *avec* les soignant.es.
- À cette expérience commune s'ajoute une clinique de psychologue comme fonction de soutien et d'étayage aux pratiques soignantes dans le lien aux professionel.le.s du soin, au fil des situations cliniques où ils et elles travaillent ensemble. Cette clinique *auprès* des soignant.es dans leur confrontation à la fin de vie et à la mort fonde un deuxième plan de l'ancrage clinique de cette recherche.

C'est une recherche qui porte et se déroule à **l'hôpital**. C'est un lieu physique qui accueille les personnes qui ont besoin de soin, et revêt en ce sens une fonction sociale essentielle. L'idée est de se concentrer ici sur l'hôpital public comme modèle institutionnel de référence, le deuxième le plus représenté sur le territoire français mais dispose du plus de lits[15] (FHF, 2015a). Il s'agit aussi de le considérer au regard de son histoire qui s'ancre dans la charité religieuse puis de développement du statut des médecins à l'aune des progrès médicaux. Une histoire qui a fait évoluer au fil des siècles les hospices vers les hôpitaux

[15] Comme unité de mesure de la capacité d'accueil d'un établissement de santé.

d'aujourd'hui comme institutions républicaines, promouvant des valeurs humanistes depuis les fondements politiques de l'*État providence*.

En tant qu'institution, l'hôpital occupe aussi un espace psychique pour et avec les soignant.es qui y exercent. C'est un contexte de mise en groupe artificiel en ce que "l'institution s'oppose à ce qui est établi par la nature" (Kaës, 1987, p. 7). Cela demande la production d'efforts pour être et travailler ensemble. Structurante psychiquement, l'institution soumet aussi à des contraintes qui peuvent avoir des effets délétères.

Les équipes soignantes y forment des sous-groupes institués du le groupe institué plus large composé de l'ensemble des employé.es de l'institution hospitalière. Ces équipes sont constituées de soignant.es pluriprofessionnel.les qui articulent leurs compétences au regard de leur formation et de leur fonction, celles de chaque corps de métier qui y exerce. Le travail d'équipe à l'hôpital est donc constitué de la collaboration de ces groupes de pairs qui œuvrent ensemble.

Le terme "ensemble" est important car il parle en creux de l'échelle individuelle qui forme en quelque sorte la plus petite unité de cette organisation hospitalière, dans une imbrication comme des poupées russes. **Les soignants et soignantes qui composent ces équipes sont des sujets en situation professionnelle**. Des travailleurs et des travailleuses qui réalisent des tâches constitutives de leur activité, et fournissent pour cela un effort. La réalisation de ce travail peut être source d'enrichissement personnel, pris dans leur dynamique pulsionnelle et narcissique, et dans une perspective d'identité professionnelle comme composante identitaire du sujet soignant.

Mais elle peut aussi conduire à de véritables pathologies individuelles ou groupales. L'organisation du travail et les contraintes qui s'y rencontrent en sont un facteur déterminant, tout particulièrement en ce qui concerne l'épuisement professionnel ou burn out syndrome, entité nosographique spécifique issue de la psychopathologie du travail soignant et social.

Ce sont **des équipes soignantes hospitalières qui accompagnent la fin de vie et la mort** dans le cadre de leur travail, la majorité des décès ayant lieu à l'hôpital et étant conséquents de maladies graves et incurables. Ce sont des contextes pour lesquels des soins palliatifs doivent être pratiqués au regard du cadre législatif autour des droits des malades en fin de vie (Claeys et Leonetti, 2016), dans l'optique de prioriser le confort et la qualité de vie au regard du pronostic péjoratif médicalement établi.

Les USP sont des services dédiés à l'accompagnement des fins de vie les plus symptomatiques : elles accueillent seulement 12% des décès à ce jour (Cabé, Blandin et Poutout, 2019). À l'hôpital, il existe des dispositifs de soutien à la mise en place de soins palliatifs sur site : ce sont les LISP et les EMSP. Ces dispositifs interviennent dans des services de différentes spécialités médicales, dont le projet de service qui structure l'activité s'est

construit autour d'une perspective curative au regard de l'évolution techno-scientifique de la médecine depuis plus d'un siècle.

Bacqué résume ainsi cette situation : "La médecine palliative postule en effet la réintégration de la mort dans un lieu, l'hôpital, que l'on aurait voulu essentiellement destiné à la vie. Quant aux professionnels, ils auraient sans doute préféré accéder à la consécration par le nombre de vies sauvées ou de fonctions restituées" (1992, p. 370). Demander aux soignant.es d'accompagner la mort peut apparaître alors comme une injonction paradoxale.

Les professionnel.les qui accompagnent ces mourant.es, doublement séparé.es de la société d'après Higgins (2011), jusqu'à la fin de leur vie en institution hospitalière travaillent pourtant au plus près des malades. Ils et elles disposent de peu d'étayage théorique et pratique à l'accompagnement de la fin de vie mais y sont confronté.es régulièrement, au plus près des malades, dans l'intimité du quotidien et des soins à leur corps malade, suppléant à leur perte d'autonomie au décours de temps réguliers et parfois lors d'hospitalisations répétées, pendant de longues périodes où une relation se développe.

Ce rapport au corps à corps peut aussi être questionné au regard du concept de corpspropriation de Dejours (2012) comme appropriation du travail dans et par le corps. **Comment tenir dans cette proximité de la mort et ce qu'elle peut susciter au niveau psychique ?** Les processus identificatoires étant inhérents au travail soignant, cela peut générer de l'angoisse, voire du trauma. **Une appropriation subjective de la confrontation régulière à la mort, impensable, à l'inscription inconsciente par le négatif, est-elle possible ? Est-elle souhaitable ?**

La mort à l'hôpital est donc le plus souvent accompagnée par des personnels soignants non-spécialisés. Cela ne veut pas dire que les malades qui finissent leur vie dans des services hospitaliers d'autres spécialités médicales que les soins palliatifs ne bénéficient jamais de soins palliatifs. **Cela signifie que la majorité des personnes qui décèdent en France est soignée par des professionnel.les qui, au-delà de leur formation initiale, n'ont pas reçu de formation spécifique pour accompagner la fin de la vie, n'ont pas de motivation particulière à cet endroit, dans des services pensés plus pour sauver la vie qu'accompagner la mort.** Ce sont des soignant.es exposé.es régulièrement à l'accompagnement de la fin de vie et à la mort dans des services dont les pratiques habituelles visent la guérison, qui sont sans doute plus aux prises avec le tabou de la *mort interdite* que dans des services qui ont pour projet d'accompagner le mourir. Sans formation ni vocation spécifique, sans peut-être avoir pu penser cette pratique à l'échelle individuelle et groupale, le travail soignant n'est à priori pas pris dans le jeu de leur désir et fait l'objet de représentations moins élaborées.

Amar souligne dans sa clinique en lien avec ces équipes que les soignant.es sont dans ce contexte confronté.es à la "scène ultime de la vie" (2012, p. 222), à l'opposé du désir qui anime leur vocation, souvent sans l'avoir pensé du fait des défenses couramment à l'œuvre qui prémunissent des effets de la mort dans la vie psychique. **La mort constitue ainsi habituellement un échec**.

Dejours et Gernet (2012) considèrent que l'échec permet de transformer la tâche et de développer les compétences professionnelles par l'effort déployé face à la résistance du réel. Cette dynamique est prise entre les pôles de souffrance et de plaisir au travail. **Comment alors gérer l'échec de la mort ? La pratique de soins palliatifs permet-elle de transformer la tâche et d'étayer ainsi les compétences professionnelles ? De trouver une forme de plaisir malgré la souffrance qui se dégage des processus psychiques en jeu dans la confrontation à la mort ?**

S'exposer à l'échec implique aussi le risque d'atteindre les dimensions narcissiques investies dans le travail. Gaillard, Pinel et Diet disent à propos des groupes institués qu'il "importe que chacun des professionnels se reconnaisse, *a minima*, dans le "projet institutionnel" vecteur de sens, et dans l'organisation à laquelle ce projet donne forme; cela de manière que la revendication narcissique de chacun s'arrime au narcissisme groupal, et s'articule à la tâche primaire" (2009, p. 203). Or dans des services hospitaliers dont le projet est avant tout de guérir, la survenue de la mort s'éloigne du "narcissisme groupal de bon aloi qui tempère l'inflation narcissique individuelle".

Pris.es dans ce paradoxe de soigner sans guérir, en un pas de côté par rapport au projet de service dont la "tâche primaire" (p.7) est de guérir contrairement aux services de soins palliatifs, sans y avoir été spécifiquement formé.es, expérimenté.es… Il est légitime de **s'interroger sur les effets de ce travail, de ces expériences répétées de confrontation à la mort sur les sujets soignants, et sur l'institution qui les contient et qu'ils et elles constituent.** Face à la mort dans des services qui ne sont pas pensés pour l'accueillir, comment arrimer son narcissisme individuel au narcissisme groupal institutionnel ?

Les auteurs disent que "la limitation narcissique ne se constitue que de passer par l'investissement d'*un autre*", qui lui permet "d'assumer une responsabilité auprès de cet autre, de « prendre en charge »" (2009, p. 6). S'il y a danger pour ces groupes institués lorsque ses membres éprouvent une "menace identitaire", "le détour par l'autre (par « l'usager »), n'est plus alors perçu comme source de gratification suffisante, et l'on voit émerger le risque d'un enfermement dans un "pacte narcissique (Kaës, 2003) auto-érotique, excluant ce qui vient menancer la visée de complétude narcissique". Or lors d'accompagnements où le pronostic de mort a été clairement établi par une annonce médicale, cet autre investi va être perdu. Quelles implications et effets de cet investissement affectif d'un autre dont le ou la soignante sait qu'il sera perdu, en termes de problématique de perte et sur le plan du narcissisme individuel ? Et groupal ?

Car dans la continuité pour ainsi dire chronologique de cet accompagnement de la mort, il s'agit aussi de tenir compte de **la question du deuil**. Le ou la soignante, en tant que sujet en relation avec la personne malade, l'investit affectivement, de façon particulière au regard de la relation de soin. Cela expose à un travail de deuil lorsque cette dernière décède. **Si la relation qui unit le sujet soignant au sujet soigné est spécifique, il paraît donc pertinent**

de se demander en quoi sa nature peut impacter le processus de deuil réactionnel au décès de la personne soignée.

En effet, le déroulement de cette séparation que constitue le travail de deuil vers un réaménagement des investissements affectifs tient à la fois de la personnalité de l'endeuillé.e et de la nature de la relation qui l'unissait à cet objet perdu. D'autres facteurs interviennent dans l'activation et le déroulement de ce processus, comme les circonstances du décès, le devenir du corps, le soutien affectif et social autour de l'endeuillé… Des dimensions intrapsychiques, qui relèvent de sa personnalité et de son fonctionnement psychodynamique, opèrent. Les circonstances du décès, l'histoire de la maladie et de sa prise en charge, l'état et le devenir du corps interviennent sans doute comme dans d'autres contextes relationnels. Mais il est légitime de s'interroger sur la particularité du deuil dans ce contexte relationnel précis de la relation de soin.

Les soignant.es sont donc exposé.es en même temps au réel de la mort qui survient chez l'autre et qui peut les affecter par ce qui est mobilisé psychiquement de la déliaison, et aussi à la perte des patient.es avec qui se nouent des relations, qui mobilise des affects de deuil dans l'actuel ou dans la réactualisation de deuils passés, tant dans des contextes de relations personnelles que professionnelles.

Qu'en est-il alors de la confrontation toute particulièrement à la mort chez les professionnel.les qui l'accompagnent ? Qu'est-ce qui se met en jeu psychiquement chez le ou la soignante à l'annonce de la mort à venir de la personne dont il ou elle prend soin Comment accompagner jusqu'à la mort, sur quoi cela repose-t-il à l'hôpital ? Comment aider les soignant.es à se remettre en mouvement psychiquement face à cette déliaison potentiellement traumatique de la confrontation au réel de la mort, très éloignée de la représentation d'une mort tabou ou idéalisée telle que véhiculée par notre société ? Comment en parler dans une société de la *mort interdite* ? On demande aux professionnel.les des choses qu'ils et elles ne peuvent pas tenir. Est-ce alors un travail impossible ?

Ces questionnements ont émergé de la clinique en EMSP et à la lumière de la contextualisation théorique de cette recherche. En a suivi l'idée de proposer un temps de dégagement aux soignant.es du champ paramédical, qui travaillent au plus près des malades en fin de vie. Il s'agit de prendre un temps pour dire quelque chose de cette confrontation à la fin de vie, la mort et le deuil en situation professionnelle, et par là en construire une pensée.

Proposer des espaces de réflexion sur la mort à l'hôpital fait partie de la fonction institutionnelle de psychologues en EMSP. Aussi l'ancrage clinique de la recherche opère comme fil conducteur dans la construction du projet. à partir de ce lien clinique, il s'agit de leur donner la parole sur leur parcours, leur vécu en tant que soignant.es face à la fin de vie et à la mort dans des lieux pensés éminemment pour sauver et maintenir la vie. **Depuis cette**

place particulière de psychologue en EMSP et à partir l'alliance de travail qui peut exister réellement ou virtuellement entre psychologue d'EMSP et soignant.es dans les services de l'hôpital, il s'agit d'opérer ensemble une prise de recul, un pas de côté sur leur expérience pour mieux en comprendre les processus psychiques intrinsèques, au niveau individuel et institutionnel.

C'est un questionnement transversal sur la mort à l'hôpital et son impact sur les soignant.es dans le domaine paramédical, contextualisé par l'évolution du climat politique en santé publique et législatif sur la prise en soins des personnes en fin de vie et de la mort à l'hôpital. Ce projet de recherche rencontre aussi l'actualité de ce que la pandémie de COVID-19 est venue mettre en exergue de ces mises en tension antérieures. La question de la confrontation à la mort des soignant.es a été particulièrement centrale, notamment durant la *première vague* de l'épidémie en France qui est intervenue environ trois mois après la clotûre du recueil des données.

1.2. Objectifs de la recherche

À partir de ce travail clinique *avec* et *auprès* des soignant.es, il s'agit de **proposer à ces collaborateurs et collaboratrices de faire un pas de côté pour tenter de dire et penser quelque chose de leur confrontation à la mort dans le cadre de leur travail.** Une confrontation partagée dans la mesure de l'ancrage clinique qui lie psychologue en EMSP et soignant.es.

C'est une posture en lien avec le paradigme des soins palliatifs, où la place des psychologues a d'emblée été pensée dans cette action clinique double : dans l'accompagnement psychologique des patient.es en fin de vie, mais aussi en soutien à l'élaboration des pratiques soignantes et de la souffrance qui peut être mobilisée dans les accompagnements de la fin de vie. Cela expose aux affects des malades et de leurs proches, aux processus psychiques liés à la relation de soin et tout particulièrement l'identification, aux deuils de la séparation qui résulte du décès, au risque de résonances personnelles et d'un possible effet d'accumulation dans le temps.

Il s'agit donc ici de **s'intéresser aux soignant.es du champ paramédical**, héritiers et héritières de fonctions médicales déléguées de la figure du médecin dans l'histoire. Les infirmier.es (IDE) d'une part, qui conserve aujourd'hui des fonctions techniques spécifiques en appui de la fonction médicale, et les aides-soignant.es (AS) d'autre part, dont l'activité couvre le soutien et le maintien des actes de la vie quotidienne des personnes hospitalisées, historiquement par délégation de la fonction infirmière.

Ce travail se focalise sur **des professionnel.les travaillant en milieu hospitalier ordinaire, dans des services qui ne sont pas spécialisés en soins palliatifs et sont plutôt pensés pour tendre vers le *cure*, là où meurent la majorité des français.es**. Le paradigme des

soins palliatifs est ici pris en compte comme approche édictée par le cadre législatif depuis la circulaire Laroque en 1986, supposément accessibles en tout lieu de soin depuis la circulaire ministérielle de 2008, progressivement enseigné et développé depuis plus de 30 ans en France (Salamagne, Thominet et coll., 2015). C'est aussi le paradigme de référence des psychologues en EMSP, cliniquement et symboliquement car faisant partie d'une équipe institutionnelle dédiée à cette approche.

L'objectif est de se concentrer sur la parole subjective de soignant.es *tout-venant* qui accompagnent la fin de vie là où les français.es meurent le plus, **traiter un phénomène du côté du réel de leur vie professionnelle en milieu hospitalier ordinaire**. Aussi ce travail ne porte pas sur les soignant.es travaillant ou formé.es en soins palliatifs, mais dans des services d'autres spécialités médicales.

Donner la parole aux soignant.es[16] revêt en outre un sens particulier dans un contexte où le rôle de ces dernier.es est de plus en plus reconnus et mis en avant sur le plan social et médiatique, parallèlement à une revendication politique et sociétale de plus en plus forte depuis à minima 2019, sous un éclairage nouveau depuis la pandémie de COVID-19. Cette pandémie est d'ailleurs venue souligner quelque chose des tensions liées à l'accompagnement de la mort à l'hôpital, en ce que celle-ci survenait massivement, dans l'incertitude du *cure* du fait du manque de connaissances scientifiques sur cette maladie à ce moment-là, mais aussi du *care* en ce que les services hospitaliers étaient débordés par l'afflux des malades et le manque de personnel aggravé par l'épidémie.

A partir de ce contexte et de cet ancrage clinique, il s'agit de proposer une recherche-action exploratoire, approche qui sera plus finement détaillée avec la présentation de la méthode qui suit. L'objectif n'est pas de chercher à démontrer des hypothèses de façon inductive dans une démarche positiviste, mais de **problématiser la confrontation à la mort des soignant.es tout-venant qui sont au plus près des malades jusqu'après leur mort, en investiguer les enjeux et les processus psychiques sous-jacents pour mieux en comprendre les implications, dans le contexte de soin dominant en *périmortalité***.

Secondairement, ce travail peut **contribuer à une réflexion globale sur la formation et le soutien de ces professionnel.les qui passent le plus de temps auprès des patient.es en fin de vie**, travaillent au plus près jusqu'après le décès, et par là investissent et sont investi.es tout particulièrement par les malades et leur entourage. En arrière-plan, **un travail qui peut présenter des intérêts dans la compréhension et la prévention des Risques Psycho-Sociaux qui découlent de cette exposition à la fin de vie et à la mort au travail**. Dans la mesure où ces professions sont particulièrement concernées par l'épuisement professionnel, il est

[16] Cette expression n'est pas sans faire écho à l'attention portée à ses professionnel.le.s par Ruszniewski dans ses travaux sur la confrontation à la maladie grave, qui en 1999 déjà parlait de "redonner la parole aux soignants" (p. 125). C'est ce qui l'a mené à proposer et développer des groupes de parole pour les soignant.e.s à l'hôpital.

intéressant de comprendre plus avant comment mieux soulager psychiquement le personnel hospitalier. Prenant en compte que soutenir les soignant.es peut aussi favoriser une meilleure écoute ainsi qu'une meilleure relation aux patient.es, soutenir les soignant.es peut aussi contribuer à l'étayage et donc l'amélioration des pratiques de soins auprès des personnes en fin de vie et de leur entourage.

Sans avoir une portée généralisable, les connaissances construites à partir de ce protocole cherchent à apporter un éclairage aux disciplines de sciences humaines qui s'intéressent à ce que vivent psychiquement ces soignant.es qui accompagnent la vie jusqu'à sa toute fin à l'hôpital général.

Elles se veulent aussi **faire sens pour la communauté des soignant.es** en ce qu'elles viennent du discours de représentant.es de ces professions, à l'instar du regard des psychosociologues Jean Dubost et André Lévy sur la recherche-action : "S'il n'est pas possible d'en administrer la preuve (les expériences ne sont pas répétables), ces connaissances cependant doivent pouvoir être transmissibles, transposables à d'autres situations analogues, et donc prendre sens pour d'autres" (2016, p. 426).

Prendre sens **pour les soignant.es mais aussi dans et pour l'institution** où se déploie leur travail. Par la dynamique de recherche-action, il s'agit donc d**'engager des dialogues avec des partenaires pluriprofessionnels autour de ce projet pour contribuer et soutenir ensemble une pensée sur la mort à l'hôpital**, mettre du lien, de la liaison face à la déliaison qu'induit la confrontation à la mort non seulement sur un plan singulier pour les soignant.es mais aussi au niveau groupal, institutionnel.

In fine, l'objectif *opérationnel* de ce travail est de contribuer à soutenir et étayer une mise en pensée des pratiques d'accompagnement de la fin de vie, afin de les aider à se protéger des mouvements de déliaison qu'entraînent une confrontation régulière à la mort, avec ce qu'elle implique d'angoisse et de jeux d'identification.

Le passage de la posture de psychologue clinicienne à celle de psychologue-chercheuse vise à se faire relais de cette parole recueillie dans la collaboration avec les soignant.es, et leur proposer une mise en sens de leur expérience professionnelle de la confrontation à la mort. Cette dualité de posture, la clinicienne et la chercheuse à la fois, se propose comme ancrage à la relation transféro-contretransférentielle dans la rencontre avec les participant.es au protocole de recherche.

Il est à noter que le sujet de cette recherche, la confrontation à la mort à l'hôpital, est lui-même intriqué en une dimension éminemment contre-transférentielle en ce qu'il concerne l'expérience clinique de psychologue qui en est le point de départ. Rappelons ici les propos d'Amar, lui-même clinicien en soins palliatifs : "La question de la mort et les besoins de nous en protéger n'épargnent ni le chercheur, ni l'analyste" (2008, p. 218).

II. Méthodologie

2.1. Construction de l'approche méthodologique

2.1.1. Une démarche fondamentalement clinique

Il s'agit ici d'une démarche de recherche-action non-interventionnelle en psychanalyse qui s'ancre dans une expérience clinique, dans une perspective de mise en tension pluridisciplinaire en SHS et dans le domaine de la santé.

A partir de la place de clinicienne EMSP dans un Centre Hospitalier Intercommunal (CHI), il s'agit de proposer la mise en place d'un protocole de recherche en psychologie qui s'appuie sur le *travail* existant. La notion de travail est à entendre ici telle que définie précédemment, et recouvre en ce sens la collaboration clinique entre psychologues et équipes paramédicales autour de l'accompagnement de la fin de vie et de la mort dans l'institution.

Cette étude est pensée à partir et autour de cette clinique *avec et auprès* des soignant.es. Il s'agit de proposer à des membres de l'institution hospitalière de prendre un temps pour parler et penser leurs pratiques d'accompagnement. Cette articulation de positionnement entre clinicienne et chercheuse ont amené à concevoir la place et la fonction de *psychologue-chercheuse* : appellation qui désigne ce mouvement depuis le rôle de clinicienne vers celui de chercheuse en psychologie dans et avec l'institution.

La méthodologie s'est construite dans ce mouvement de la clinique vers la recherche en institution, chemin faisant dans la construction de la fonction de psychologue-chercheuse. Dans ce mouvement, le projet de recherche vise à instaurer une dynamique de réflexion sur la confrontation à la mort. La réflexion est conduite tant sur le plan individuel, avec les participant.es au moment des entretiens et dans les temps informels qui les ont entourés, que plus largement sur le plan institutionnel. Le développement même du protocole, en ce qu'il a engagé d'échanges, d'organisation, de formalisation par la sollicitation d'accords et de moyens, auprès de différentes instances hospitalières, fait partie de cette dynamique de parole et de pensée sur la mort à l'hôpital proposant un mouvement de liaison face à au travail de déliaison que peut amener la confrontation à la mort.

Ce temps autour du projet de recherche-action peut se présenter comme propice à une forme d'"autoréflexivité" telle que la décrivent les psychologues et psychanalystes Gaillard et Pinel (2009, p. 199). Ce processus permet aux groupes professionnels de "se reconnaître et s'identifier comme tels" en tant que "nécessité structurale" dans la

“légitimation des pratiques” et la "professionnalité". Elle permet de construire de la pensée commune, soutenir les identifications croisées des membres d’un groupe institué et de déployer sa *professionnalité* au travail. Dans les institutions médicales et sociales, qui exercent auprès de personnes particulièrement vulnérables, l’autoréflexivité protège les professionnel.les des situations potentiellement source de confusion, traumatiques et sidérantes dans la mesure où les symptômes rencontrés relèvent de “l’archaïque” et peuvent entraîner des mouvements de déliaison “sous le primat de Thanatos”.

Les auteurs précisent que “l’autoréflexivité concerne l’ensemble des appareillages psychiques : interne et externe”, entendant par interne “l’appareillage psychique des professionnels entre eux, ainsi que de l’appareillage entre les professionnels et les sujets qui ont l’usage de ces institutions”, et par externe “l’articulation de ces groupes professionnels avec le socius (les autres unités, les autres institutions, les tutelles...” (p. 201).

La dynamique de ce projet de recherche s’appuie sur cette articulation de loin en proche, comme dans un jeu de poupées russes, du fonctionnement subjectif des soignant.es à leurs pairs, aux usager.es, mais aussi aux autres services de l’institution, aux instances externes qui les dirigent, etc. Le déploiement de cette recherche-action en psychologie clinique sur la mort à l’hôpital se veut soutenir et proposer une dynamique d’autoréflexivité au sein de l’institution.

L’ancrage dans la clinique de psychologue *avec* et *auprès* des soignant.es confronté.es à la mort à l’hôpital a donc mené vers un projet de recherche qui met aussi au travail les soignant.es et leur institution, *travail* à entendre cette fois comme processus dynamique de transformation psychique. Il porte sur ce que la place de cette mort à l’hôpital vient intriquer et désintrinquer dans les pratiques d’accompagnement de la fin de vie et de la mort. C’est une démarche qui fait partie des missions cliniques des psychologues en EMSP. Cette double mise au travail, à un niveau individuel et institutionnel, prise dans les missions cliniques de la psychologue-chercheuse, font de cette démarche une recherche-action.

L’objectif en est de dégager des connaissances sur les processus psychiques en jeu chez les soignant.es paramédicaux confronté.es à la fin de vie et à la mort en tant que sujets. En même temps et dans une perspective clinique, il s’agit de soutenir une élaboration de cette confrontation et des pratiques qui l’entourent à un niveau individuel (chez les participant.es) et groupal (sur un plan institutionnel). La dynamique se veut être une co-construction de savoir particulièrement dans les passations d’entretiens, mais aussi autour du déploiement du protocole, dans des espaces d’échanges formels (les passations, les communications informatives et scientifiques de la psychologue-chercheuse) et informels.

2.1.2. Définition et enjeux d'une recherche-action en psychanalyse

La recherche-action est une approche méthodologique issue des sciences humaines. Elle n'est pas spécifique à la psychologie, qui s'en est saisie dans un second temps après qu'elle a émergé du côté des sciences sociales et de la psychosociologie. Penser ce travail comme une recherche action fait partie de cet appui croisé sur différentes approches en sciences humaines, décrit en introduction de l'articulation théorique de cette recherche. L'emploi d'une méthodologie issue des sciences humaines, applicable tout spécialement en psychologie (et qui n'est pas étrangère à la psychanalyse, nous le verrons plus loin) fait partie de cette croisée des regards sur ce sujet si complexe : on ne peut pas avancer seul sur la question de la mort.

Cette approche méthodologique qu'est la recherche-action prend racine dans les sciences humaines au début du XXème siècle et se développe dans l'entre-deux-guerres comme une approche novatrice en psychosociologie (Dubost et Lévy, 2016). Elle prend son essor dès les années 1940 dans le champ des sciences sociales, de la psychologie et de la psychanalyse, principalement en Angleterre avec par exemple les travaux de la Tavistock clinic, et aux Etats-Unis sous l'impulsion notamment du philosophe et psychosociologue Kurt Lewin (Michelot, 2016).

Cette façon d'aborder la recherche vise à se dégager de la séparation entre la théorie et la pratique de terrain que peut induire une approche positiviste de la science. Les phases de réflexion théorique et d'expérimentation sont articulées entre elles et se déroulent simultanément. **Les connaissances émergent lors du processus-même de recherche action, au cœur du travail qui s'opère dans le lien entre chercheur ou chercheuse (ici la psychologue-chercheuse) et les participant.es (ici les soignant.es et les instances institutionnelles impliquées dans le protocole).**

Les recherches-action concernaient initialement la recherche sur les groupes, à une époque où les pratiques thérapeutiques groupales étaient en pleine expansion. Dans un second temps elle s'est appliquée à des approches individuelles, notamment dans le champ de la psychanalyse avec les travaux de la Tavistock clinic déjà évoqués. Encore aujourd'hui, elle est largement utilisée dans des contextes d'entreprise ou d'institution en ce qu'elle permet de mener un travail de développement des pratiques dans les groupes institués en même temps qu'elle renseigne sur leurs fonctionnements.

Dubost et Lévy considèrent d'ailleurs que la démarche de Freud, bien qu'antérieure à la conceptualisation et à la dénomination de la recherche-action, en a un "caractère d'exemplarité" (2016, p. 428) en ce qu'elle se démarquait à l'époque des méthodes de la science dite positive. En effet, le contexte et les objectifs de sa pratique ont amené Freud à occuper à la fois une place de chercheur et de clinicien dans les séances avec ses patient.es, où la mise au travail des sujets et sa propre élaboration conceptuelle concouraient au processus de changement que visait la cure analytique.

En ce sens, la psychanalyste et chercheuse Catherine Cyssau développe l'assise donnée par Freud dans la recherche actuelle en psychanalyse. Elle précise qu'il "insiste sur le caractère erroné que prendrait une évaluation des résultats, en dehors d'une prise en compte de leur procédé de découverte" (2004, p. 131), et que par là donc "l'observation des processus psychiques a cette particularité de ne pas être extérieure aux processus psychiques de l'observation". Ainsi, c'est par le nouage de la relation transféro-contre transférentielle que "l'appareil psychique est objet observé et outil d'observation clinique, en même temps qu'il conçoit le lieu fictif de la métapsychologie". **La relation transféro-contretransférentielle** et son analyse, dans une acception plus lacanienne à laquelle se réfère l'autrice par les termes de relation de Transfert, est en effet l'ossature méthodologique qui permet "d'animer les détails d'une mémoire associative qui n'a pas un déroulement linéaire direct de la source au but, mais, suivant la voie du détour pulsionnel, relève d'un espace intermédiaire qui fait jouer le processus où s'incarne chaque résurgence du matériau psychique, selon sa coloration actuelle nécessairement ancienne et nouvelle" (p.132). C'est par là que "la méthode analytique conçoit les conditions de réception intrinsèque permettant à l'œuvre de théorie d'évoluer à partir des obstacles issus de la clinique qui est inférée par la méthode" (p. 131).

C'est cette construction épistémologique de la psychanalyse ancrée dans la relation tranféro-contretransférentielle qui s'intègre à la dynamique de recherche-action dans cette étude. **La relation clinique pré-existante avec les participant.es et les acteurs et actrices de l'institution, la fonction clinique spécifique de la psychologue-chercheuse dans l'institution comme rattachée à une équipe de soins palliatifs, représentante et porteuse de la question de la mort dans l'institution, est l'ancrage de la relation tranféro-contretransférentielle analysée ici.**

2.2. Présentation du protocole

Ce travail s'inscrit dans une démarche de recherche-action *appliquée* en psychopathologie psychanalytique. Recherche-action en ce qu'il propose de créer des espaces de parole et de réflexion sur la mort dans une institution hospitalière, afin d'en extraire une meilleure connaissance sur les processus psychiques en jeu chez les soignant.es confronté.es à la mort à l'hôpital par l'analyse de l'émergence du discours dans la rencontre entre soignant.es et psychologue-chercheuse. Cette recherche-action propose d'analyser ce qui émane de l'écoute clinique des soignant.es, dans ce qu'ils et elles peuvent en vivre, dans les difficultés rencontrées mais aussi dans ce qui peut en émerger comme pratiques de soin des mourant.es et de leur possible élaboration.

Le protocole se concentre sur la singularité des parcours de soignant.es, sur leur rencontre et leurs pratiques en lien avec la question de la mort au sein de la trame que forme l'histoire professionnelle, à partir de leur place actuelle (en poste dans leur service).

2.2.1. Institution et population :

Cette recherche se construit donc à partir de cette *praxis* avec et auprès des soignant.es, pris.es comme sujets travaillant en groupes institués dans les services hospitaliers qui s'articulent eux-mêmes pour former l'institution hospitalière. Cette dynamique de recherche-action considère en effet les soignant.es comme individus faisant partie d'un groupe institutionnel, lui-même subdivisé en groupes plus petits.

Au sens large, l'*hôpital* est considéré comme formation institutionnelle dans la société, à mission de soin des malades, dans le sens de *cure* et de *care*. Cette recherche s'est ciblée sur une forme de l'institution *hôpital*, qu'est un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), unité institutionnelle politiquement formée qui peut rassembler symboliquement et en termes de fonctionnement plusieurs hôpitaux (deux dans le cas de la population visée par cette recherche-action). Les GHT sont des dispositifs de coordinations entre hôpitaux sur un même territoire, tant au niveau de leurs projets que de leur fonctionnement (Ministère de la santé et de la prévention, 2019). Il s'agit d'une organisation politique de gestion de la santé initiée par la Loi de modernisation de notre système de santé (Touraine, 2016).

Les soignant.es qui forment l'échantillon font partie du personnel de l'un ou l'autre de ces deux hôpitaux, comme sous-groupe institutionnel avec son identité et son fonctionnement propres. Enfin, la plus petite forme de groupe est celle de l'équipe soignante comme professionnel.les travaillant ensemble dans un service donné, dont l'activité est structurée par une spécialité médicale, un *projet de soins*.

Il est à noter que ce groupe-même d'équipe soignante peut encore se composer de différents sous-groupes qui peuvent être changeants, s'appuyer sur des dynamiques institutionnelles mais aussi sur le jeu des investissements affectifs et des identifications dans l'équipe. Se retrouve ainsi la notion d'*équipe* (partie de l'équipe avec laquelle un.e soignant.e donné.e partage un roulement de planning) et de *contre-équipe* (autre partie de l'équipe qui assure une rotation de service complémentaire), chaque partie de l'équipe étant la *contre-équipe* de l'autre et pouvant devenir support de fantasme et de projection. Se retrouve également la notion de binôme, lorsque deux soignant.es partagent des tâches communes ou complémentaires du fait de l'organisation du travail ou par convenance personnelle, au titre d'un investissement affectif qui confère le goût de travailler ensemble.

a) Présentation de l'institution :

Le protocole a été proposé à l'échelle d'un GHT en Île de France, auquel appartient l'hôpital où la psychologue-chercheuse est en poste. Il comprend deux Centres Hospitaliers Intercommunaux (CHI), appelés ici Site * et Site # afin d'anonymiser au possible les deux structures. Cette taxonomie se veut la plus neutre possible et non hiérarchisante entre ces

établissements, au regard de l'histoire institutionnelle du regroupement de ces hôpitaux initialement autonomes qui a pu entraîner tensions et rivalités.

Il s'agit donc de deux institutions singulières et initialement autonomes unies par une gestion commune, dont les fonctionnements s'entremêlent pour former une entité institutionnelle nouvelle et en quelque sorte bicéphale. Le travail de thèse a été pris dans ce processus qui s'est formalisé à l'époque de son commencement, en cours au moment où le projet de recherche s'est construit et lors du recueil des données en 2019.

Dans cette institution qu'est le GHT, la question de la mort est habituellement prise entre défenses et élaboration. En parler est rendu possible principalement par des instances ou équipes pensées pour la traiter, revêtant une fonction phorique qui en circonscrit l'angoisse. Les EMSP du GHT en font partie. Ces équipes et les membres qui les composent, dont la psychologue-chercheuse, y sont comme souvent investies de manière ambivalente : soutien dans des contextes difficiles et en même temps en décalage avec les équipes de soins (Rochas, 2019). Elles deviennent aussi symbole de mort par leur affiliation aux soins palliatifs en tant que mouvement qui reconnaît et accepte sans être trop effracté la question de la mort et des limites de la médecine.

b) Présentation de la population :

Cette recherche concerne les soignant.es du secteur paramédical qui sont en charge de la prise en soin quotidienne de personnes atteintes de maladie grave, évolutive et incurable au sens de la définition des personnes visées par les soins palliatifs tels que décrits par l'OMS et la SFAP. La population ciblée est celle des **Aides-soignant.es (AS) et Infirmier.es Diplômé.es d'Etat (IDE) qui travaillent dans des services de spécialités médicales hors soins palliatifs**.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- être IDE ou AS actuellement en poste dans un ou des services de médecine au sein du GHT ciblé par la recherche.
- avoir déjà participé dans sa vie professionnelle à l'accompagnement d'une personne en fin de vie jusqu'à son décès dans le cadre de son travail.
- se porter volontaire en contactant soit directement la psychologue-chercheuse à la suite d'une campagne de communication institutionnelle, soit indirectement en acceptant la proposition relayée par son ou sa cadre de service.

Dans un souci de validité des données recueillies et dans une perspective d'éthique de la recherche, des critères d'exclusion ont été définis :

- avoir une expérience clinique en poste dans un service dédié aux soins palliatifs (USP, EMSP, réseau de SP).
- être titulaire d'un diplôme de spécialisation en soins palliatifs (ex : DU).
- manquer de maîtrise de la langue française.

- avoir accepté une proposition de participation formulée par l'encadrement mais ne pas souhaiter personnellement participer aux entretiens.
- ne pas souhaiter signer le formulaire de consentement (qui sera explicité plus loin).

2.2.2. Recueil de données :

a) Un tissage dans le lien à l'institution :

Élaborer ensemble le projet

Afin de construire ce projet de recherche qui comprend un temps de recueil de données avec les soignant.es, des partenaires institutionnels spécifiques ont été identifiés dans le GHT. Ces personnes ont été sollicitées selon leur fonction. Il s'agissait :

- de membres de l'équipe de direction au niveau du GHT, en ce qu'elle représente une instance de décision et d'organisation dont la validation et l'adhésion au projet était nécessaires.
- des directions des soins sur les deux sites, en ce qu'elles représentent l'instance hiérarchique la plus haute des professionnel.les du secteur paramédical.
- des responsables de la communication sur les deux sites, afin de diffuser des informations pour le recrutement de participant.es et la restitution de ce travail à l'institution.
- du Centre de Recherche Clinique (CRC) institutionnel qui a pour mission de promouvoir et soutenir les actions de recherche dans le GHT.
- des cadres de services sur l'ensemble du GHT, en tant qu'interface dans le lien avec les soignant.es dont ils et elles sont les référent.es hiérarchiques direct.es.

D'un point de vue chronologique, après explication du projet un accord a été sollicité par mail et obtenu auprès de la direction générale du GHT et de la direction des soins sur chaque site. Cela a donné lieu à la contractualisation d'une convention d'étude en lien avec la Direction de la Recherche et des Etudes Doctorales (DRED) universitaire.

Les cadres des services de l'hôpital ont ensuite été informé.es par leur direction des soins. Cette information comprenait la possibilité d'organiser des réunions de présentation de la recherche dans les services. Elle était associée à un affichage à destination des services de soins (cf Annexe 2A). Dans l'institution où la psychologue-chercheuse est en poste, sa place clinique a permis que cette information soit soutenue par mail direct à l'ensemble des cadres des services. Sur le second site, le CRC a pu jouer cette fonction de relance dans son lien aux services.

L'affiche d'information et d'appel à la participation a été élaborée en lien avec les services de communication et le CRC. Elle a été complétée par un article dans le bulletin qui accompagne la fiche de paie des employé.es sur les deux sites (cf Annexe 2B).

Dans une logique de recherche-action, au-delà de ces collaborations fonctionnelles, la psychologue-chercheuse a gardé tout au long du projet une attitude d'ouverture avec tous les autres partenaires institutionnels qui n'étaient pas directement impliqués. L'idée était de se saisir de la possibilité de créer des espaces de parole et de réflexion sur la mort à l'hôpital en même temps que de favoriser la diffusion de l'information à destination de la population ciblée. Ouverture qui s'est prolongée également dans le milieu universitaire, comme composante tiers de la recherche, partie prenante à distance de l'institution hospitalière. Prolongeant cette dynamique de parole et de réflexion sur la mort comme tabou social, ces partenaires à distance offraient des possibilités en termes de prise de recul sur les données de terrain, favorisant le dégagement nécessaire à l'élaboration d'une pensée pour la psychologue-chercheuse prise dans le fonctionnement institutionnel.

Le Dimension recherche-action des résultats analysera comment différentes relations en lien avec ces institutions hospitalière et universitaire ont pu se créer et permettre d'appréhender les données récoltées sur le terrain au fil du projet. Il clôturera les résultats car la dimension institutionnelle de la recherche englobe les données analysées tant au niveau transversal qu'individuel.

Transmettre :

Dans cette dynamique de recherche-action, un temps de restitution institutionnel a été pensé après le traitement des données, autour de la soutenance de thèse. Le but est de faire un retour aux différentes instances qui s'intéressent au projet, de rendre accessible les résultats aux travailleurs et travailleuses de la population ciblée par le protocole, ayant participé ou non à l'étude. Il s'agit là de ce que Dubost et Lévy envisagent comme un "troisième moment [de la démarche de recherche-action ndrl]" (2016, p. 431), "celui de la transmission, à la communauté des chercheurs et des praticiens, mais aussi à d'autres, moins directement concernés, des acquis de l'expérience. Cette communication doit permettre de transmettre non seulement des résultats (des « leçons » concernant des savoirs intemporels), mais des connaissances dont la signification reste liée aux expériences dans lesquelles elles ont émergé et à la praxis qui en a été le support".

Il est ainsi prévu d'organiser des communications sur chaque site du GHT afin de favoriser la participation de chacun.e, dans un auditorium dédié, soutenue par la diffusion d'une invitation générale à l'échelle du GHT. Cette transmission orale se veut être un temps de présentation et d'échange avec les membres de l'institution qui le souhaitent. Elle sera associée à une information écrite par mail et via le bulletin de paie en collaboration avec le service de communication. Une forme qui rappelle la diffusion de l'information sur l'initiation

du projet, et qui en symbolise quelque chose de la clôture. Pour en laisser trace après-coup, il est prévu de transmettre un exemplaire de la thèse au service de communication afin qu'elle puisse figurer dans les ressources intranet de l'institution.

A un niveau plus individuel, chaque personne participant au protocole a été informée de la possibilité de demander un entretien de restitution. L'idée était d'offrir la possibilité d'approfondir encore la réflexion dans le prolongement de la recherche, mais aussi dans un souci éthique d'accès aux données personnelles et de soutien psychologique au regard des thématiques sensibles abordées.

b) Construction clinique d'une méthode d'entretien pas à pas

Dans la perspective de donner la parole aux soignant.es, il a semblé essentiel de leur proposer des temps où ils et elles pourraient s'exprimer le plus librement possible sur leur expérience professionnelle. Dans cette double perspective de proposer à la fois une grande liberté d'expression et en même temps que ce discours porte sur cette question de la confrontation à la mort au travail, la passation d**'entretiens semi-directifs structurés par une grille thématique** a semblé le plus pertinent. Il s'agit d'items prédéfinis qui structurent l'écoute afin de soutenir ou orienter le discours sur les sujets visés. La passation d'un seul entretien a été pensée initialement.

Cette construction d'un protocole de recueil du discours de soignant.es s'est tissée dans les échanges entre la psychologue-chercheuse et les partenaires sur le terrain, en lien avec la directrice de thèse. Cette dialectique des espaces de réflexion a permis des allers-retours dans l'élaboration du protocole jusqu'à la réalisation de la grille d'écoute. Les items ont été dégagées à la fois de l'expérience clinique de la psychologue et des dimensions de l'accompagnement de fin de vie tel que le définissent les soins palliatifs (OMS, 2020b ; SFAP, s.d.) :

- l'accompagnement de malades déclaré.es en fin de vie par un diagnostic médical
- l'accompagnement de leurs familles
- les relations au sein de l'équipe soignante dans ce contexte.

Il a été pensé d'abord en trois phases distinctes :

- une phase de recueil des données socio-démographiques
- une phase de discours libre sur la thématique générale de la recherche, où les thématiques de la grille peuvent être relancées et soutenues
- une phase semi-structurée qui permet d'aborder les thématiques qui n'auraient pas été spontanément abordées par les participant.es

Cette approche méthodologique, étayée par différentes méthodes d'analyse qualitative du discours, étant construite à partir de la clinique qui lui confère un caractère singulier, tester cette grille d'entretien s'est imposé pour la mettre à l'épreuve de la clinique.

Il peut être coûteux (psychiquement et en termes de disponibilité) pour les professionnel.les de santé en institution de dégager du temps pour participer à une recherche. Ainsi, dans une volonté de ne pas sur-solliciter les soignant.es de l'institution et aussi de garantir un échantillon suffisant au moment du recueil des données, une pré-étude a été organisée en dehors de l'institution, auprès de deux infirmières libérales (IDEL). Elle a servi à préparer la passation effective du protocole sur les sites sans épuiser les ressources du volontariat à l'hôpital, dans l'idée d'affiner la méthode.

Les professionnelles volontaires de la pré-étude étaient âgées de la trentaine et en activité depuis 10 à 15 ans. Elles n'avaient jamais travaillé dans un service de soins palliatifs et n'avaient aucune spécialisation en soins palliatifs. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits mot à mot le plus finement possible. Ils ont été analysés qualitativement de manière clinique, avec une attention portée sur les thématiques relatives aux items et sur les processus psychiques sous-jacents avec des prises de notes à la marge. L'organisation de ces entretiens a aussi été l'occasion de réfléchir au cadre du protocole et à son éthique. Cela a été l'occasion notamment de travailler à un formulaire de consentement qui sera décrit avec la réflexion éthique qui entoure le protocole définitif.

La passation de ces entretiens (un entretien de 97 min et un entretien de 60 min) a montré une production de discours importante et un intérêt des participantes pour les thématiques des items.

Cela a confirmé la pertinence des items choisies, qui ont été affinés. Cela a aussi montré en quoi cet espace d'échange était propice à une élaboration portant sur les pratiques d'accompagnement de la fin de vie en général, mais aussi sur des situations cliniques récentes ou anciennes qui ont jalonné l'expérience professionnelle, laissant parfois une trace traumatique. Les deux IDEL ont aussi exprimé dans les échanges informels qui ont suivi avoir un vécu positif de l'entretien, et en tirer un bénéfice au regard de la mise au travail de ces situations cliniques anciennes.

L'évocation comme véritable mise en récit de situations cliniques dans les différents services au fil de la vie professionnelle a amené l'idée d'amorcer l'entretien par une question portant sur l'histoire professionnelle des sujets. **La première structuration en trois phases de l'entretien a été abandonnée au profit de cette question d'amorce et de l'introduction et le soutien des thématiques au fur et à mesure de la production du discours.** La pré-étude a aussi inspiré des catégories thématiques qui ont été gardées pour l'analyse des données recueillies à l'hôpital.

A également émergé l'idée, suite à l'intérêt dégagé de la pré-étude et dans cette dynamique de recherche-action précédemment décrite, de proposer un second entretien à distance. Son objectif est de prolonger et évaluer en même temps cette élaboration construite lors du premier entretien.

c) Structure définitive du protocole :

La méthode de recueil des données définitive est pensée dans la mouvance de Dubost et Lévy qui voient la recherche-action comme une “suite de moments se succédant dans le temps” (2016, p. 431). Les moments initiaux, fondateurs, sont donc des moments cliniques. À partir de cet ancrage, il s’agit d’une méthodologie en deux temps proposée aux participant.es, entourée en parallèle de moments de réflexion institutionnelle autour de l’organisation du protocole dans l’établissement.

Ces deux temps proposés aux participant.es les invitent à une introspection sur leur expérience professionnelle. Ils consistent en **deux entretiens espacés de quatre à six semaines**, pour permettre un travail d’entre-deux. L’écart entre les deux entretiens a été pensé pour permettre un temps de maturation, d’élaboration suite à la première rencontre, et une reprise de celle-ci dans un intervalle qui ne soit pas trop espacé, l’oubli et les défenses de chacun.e pouvant altérer le travail de pensée amorcé.

Ces entretiens se veulent le plus libres possible, avec une large part dédiée à l’élaboration du discours, afin de favoriser une association libre et de mobiliser le moins possible les défenses psychiques à l’œuvre à l’évocation de sujets relatifs à la fin de vie, particulièrement angoissants.

Le discours ainsi construit est considéré comme adressé à la psychologue-chercheuse rattachée à une équipe de soins palliatifs institutionnelle, ce qui constitue le fondement de la relation de transfert dans le cadre de cette recherche. Ainsi, son analyse se fera par "ce mouvement discontinu, fragmentaire de la découverte psychique [qui] va caractériser les voies de progression de la recherche en psychopathologie, laquelle se dirige par diffraction et dissémination plus que par accumulation et généralisation" (Cyssau, 2004, p. 132).

Les entretiens sont clôturés lorsque le ou la participant.e cesse d’associer après deux relances consécutives. La durée estimée pour chaque entretien est d’**une heure, avec la possibilité de conclure plus tôt si la personne le souhaite ou si l’ensemble des items a été traité**. Une durée maximale est fixée à 1h30 afin d’éviter des effets potentiellement délétères sur les participant.es, un entretien sur des thématiques très sollicitantes comme celui-ci pouvant se montrer coûteux en termes de ressources psychiques. Le premier entretien, plus exploratoire, est anticipé comme pouvant être plus long que le second.

Les entretiens sont suivis d’un temps de prise de note sur un fichier texte spécifique, qui comprend un ordre chronologique des notes relatives aux temps formels et informels de l’organisation du protocole avec les partenaires institutionnels, les échanges formels ou informels, parfois intersticiels qui entourent les entretiens de la demande de participation à la séparation après l’entretien, et des éléments à chaud sur leur contenu d’un point de vue thématique, processuel ou transféro-contretransférentiel.

Au final, **le premier temps du protocole consiste en un entretien individuel semi-structuré, le moins directif possible, qui vise à favoriser une expression subjective du sujet à partir du récit de son histoire en tant que soignant.e. L'objectif est d'explorer les représentations de sa confrontation à la question de la fin de vie et des patient.es accompagné.es jusqu'à leur décès au travers du discours subjectivé que constitue celui de l'histoire professionnelle**.

À partir d'une question initiale sur son histoire en tant que soignant.e, la conduite de l'entretien vise à soutenir l'élaboration du discours et de la pensée dans une dynamique d'association libre. La psychologue-chercheuse peut effectuer des relances afin de soutenir cette élaboration, dans la perspective de favoriser ou d'approfondir les associations d'idées. Les items de la grille d'écoute sont spécifiquement relancés introduits. Leur définition définitive est la suivante :

- la relation et les soins aux patient.es déclaré.es en fin de vie par un médecin, jusqu'au décès et à la sortie du corps dans le service
- la relation à l'entourage et la famille dans ce contexte
- les relations dans l'équipe soignante pluridisciplinaire dans ce contexte.

Cette première rencontre est suivie d'un **deuxième entretien**, proposé comme moment réflexif sur le premier. **Il vise une élaboration dans l'après-coup du travail amorcé lors du premier entretien.** Il s'agit de reprendre ce travail de réflexion ensemble afin de l'approfondir et l'affiner. Là encore, la place du discours des participant.es est prédominante, pour permettre l'élaboration de leur pensée. À partir d'une question d'amorce sur le regard porté sur ce premier entretien, ils et elles sont invité.es à revenir librement sur cette expérience et sur les thématiques qui ont émergées. Le deuxième entretien se veut aussi le plus libre possible. La psychologue-chercheuse peut relancer le discours ou réintroduire des thématiques repérées lors du premier entretien ou émergeant dans le second pour soutenir l'élaboration. Ce deuxième entretien est conclu par deux questions finales, sans ordre particulier, qui interrogent :

- l'intérêt à participer à cette recherche
- le bilan qui en est fait

Tous les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement vocal numérique afin de permettre un traitement des données le plus précis possible.

d) Cadre des entretiens :

À partir de l'approche méthodologique décrite et des réflexions éthiques qui ont accompagné son élaboration, l'espace des entretiens allie des critères d'efficience clinique à des critères éthiques, dans le but de permettre qu'une pensée puisse se développer dans un contexte qui garantisse une certaine sécurité affective. Il s'agissait donc de proposer un lieu agréable et se voulant contenant au sens Bionien du terme (1962). Il fallait que ce lieu soit en retrait de l'activité de soins, dispose d'une installation suffisante pour assurer un confort minimum (soit deux sièges et une surface plane pour disposer le matériel), garantisse une isolation sonore propice à la confidentialité, et permette un temps d'échange d'une heure environ avec un risque d'interruption minimal.

D'autre part, il importait de tenir compte des difficultés et limites liées à l'exercice de ces professionnel.les, du coût psychique et temporel que représente leur travail, afin de favoriser leur participation tout respectant autant que possible leurs besoins. Il s'agissait donc d'être pratique. Dans cette perspective, il est apparu que la recherche se déroulant sur deux sites dans deux villes différentes, il faudrait nécessairement définir des espaces qui répondent à ces critères dans chacun des hôpitaux.

Sur le site où la psychologue-chercheuse est en poste clinique, les entretiens ont eu lieu dans son bureau. Il s'agit d'un espace de travail qui lui est propre, habituellement utilisé comme lieu de travail hors clinique dans les services, ou comme lieu d'accueil des entretiens cliniques avec des patient.es ou des membres de leur entourage dans la confidentialité. Il a aussi pu être utilisé comme espace de travail dans l'élaboration et le déploiement du projet de recherche-action. D'utilisation pratique, c'est un endroit calme, facilement accessible et en dehors des services de soin, peu voire pas connu ni fréquenté par les soignant.es de l'hôpital. Cela permet de limiter d'éventuels biais qui seraient liés à un lieu associé à des souvenirs cliniques communs. L'utilisation de ce bureau était le dispositif le plus pratique tout en étant peu connu des soignant.es dans les services, qui ont plutôt accès à la dimension de suivis cliniques en chambre d'hospitalisation et à la présence de la psychologue en réunions d'équipes ou lors d'échanges informels sur les suivis de patient.es ou le vécu des soignant.es. À distance de l'éventuelle collaboration clinique entre participant.es et psychologue-chercheuse, c'est un lieu tiers en dehors des services où un temps réflexif sur l'expérience clinique du ou de la soignant.e peut se déployer.

Sur le site où la psychologue-chercheuse n'est pas en poste clinique, une réflexion a été menée avec les partenaires institutionnels, c'est-à-dire le CRC, les cadres des services mobilisé.es, et dans certains cas les participant.es-mêmes. Le CRC a proposé une mise à disposition de locaux afin de garantir un lieu tiers et respectueux de l'anonymat des participant.es. Cette proposition a été complétée, en lien avec les cadres de service et/ou les soignant.es, par la possibilité d'occuper des locaux à l'intérieur ou à proximité du service qui correspondent aux critères prédéfinis.

Au niveau de l'entrée en relation avec les participant.es, il a été décidé de conserver le tutoiement lorsqu'il existait déjà dans le cadre d'une relation clinique. Le vouvoiement a été utilisé avec les participant.es avec qui il n'existait aucune antériorité de relation avant la passation.

e) Réflexion éthique sur le protocole :

Les dimensions éthiques de la recherche, et tout particulièrement de la partie passations d'entretiens, a fait l'objet d'une réflexion approfondie en matière d'éthique. Cette réflexion s'ancre dans la clinique : la position de chercheuse étant construite à partir de celle de clinicienne, elle s'appuie en premier lieu sur le code de déontologie de la profession. D'autre part, elle tient compte des spécificités du lien clinique aux participant.es de par les liens institutionnels qui les unissent, voire de la collaboration sur le terrain. C'est une réflexion éthique qui concerne l'ensemble des partenaires institutionnels du projet, avec une attention particulière portée aux soignant.es qui ont participé aux entretiens.

La démarche et la méthode de cette étude visent à répondre à des exigences éthiques en termes de recherche en sciences humaines. Elles s'ancrent dans un principe de bienveillance et de respect de l'autonomie et de la liberté des participant.es.

Le protocole ne relève pas de la loi Jardé en ce qu'il ne s'adresse pas à des personnes vulnérables mais aux professionnel.les qui s'occupent d'elles. Il ne requiert donc pas de demande d'avis à un Comité de Protection des Personnes (CPP) ni à la Commission Nationale de l'Informatique et de Libertés (CNIL). Néanmoins la chercheuse et sa directrice ont tenu à s'assurer de dispositions suffisantes à garantir un cadre éthique à l'ensemble de la recherche.

Pour ce faire, un projet de recherche rédigé a été communiqué à une juriste de l'université Paris-Nanterre afin d'évaluer l'éventuelle nécessité d'une demande d'avis à la CNIL au regard des évolutions législatives contemporaines. Une fiche RGPD a été élaborée et tenue à jour avec l'aide de la DRED[17].

Un dossier a par ailleurs été constitué pour demande d'avis auprès du Comité Ethique de l'Unité de Formation et de Recherche « Sciences Psychologiques et Sciences de l'Éducation » de l'université Paris-Nanterre. Cette démarche n'était pas obligatoire au moment de la constitution du dossier, mais a semblé fondamentale. Trois avis extérieurs et anonymes nous ont été communiqués par le Comité, qui ont permis des ajustements du protocole avant validation définitive (cf Annexe 3).

[17] Direction de la Recherche et des Études Doctorales universitaires

Une éthique du positionnement dans le lien aux soignant.es

La dynamique de recherche-action crée par définition un lien entre activité clinique et activité de recherche. Cela est partie prenante du protocole, mais un risque d'effets délétères sur le terrain pendant et après la participation doit être pensé et prévenu. Cela a demandé un travail de positionnement spécifique de la psychologue-chercheuse au regard de ces deux dimensions intriquées dans son travail pendant le temps des passations qui a duré plusieurs mois, mais aussi par la suite. Ce travail a été étayé par les échanges avec le Comité d'Éthique universitaire.

Dans le lien aux participant.es, il a été précisé lors de la présentation du projet et au début du premier entretien que cette recherche, bien que liée à l'activité clinique de la chercheuse, se fait en parallèle, sur des temps dédiés et différenciés. Il a été explicité que la participation, l'absence de participation ou le retrait serait sans effet sur les interactions cliniques présentes et à venir. La psychologue-chercheuse laisserait à leur discrétion le fait d'évoquer la recherche lors de rencontres cliniques; elle-même n'initierait pas d'échange à ce propos en présence d'autres personnes. Les soignant.es étaient aussi libres du degré de confidentialité de leur participation au niveau institutionnel, et avaient le choix de participer dans ou en dehors de leur temps de travail. Participer en dehors impliquait de consacrer du temps personnel à la participation mais garantissait une meilleure confidentialité. Participer sur le temps de travail se voulait moins coûteux pour les soignant.es, mais nécessitait un accord de leur cadre de service qui rendait leur participation moins confidentielle.

En parallèle, il a été proposé aux cadres de pouvoir dégager les soignant.es de leur temps de service afin de faciliter leur participation. Ce temps se voulant comme un pas de côté sur leur pratique, cela faisait sens qu'il puisse être inclus au temps de travail, mais la décision est restée à la discrétion des cadres afin de ne pas induire d'ingérence dans leur propre travail.

Au niveau de l'organisation des passations, un travail de différenciation symbolique des temps cliniques et de recherche a été élaboré. Ainsi ces temps ont été clairement distingués dans l'emploi du temps de la psychologue-chercheuse. Sa tenue vestimentaire est également distinguée (blouse sur les temps cliniques, tenue civile dans les temps de recherche).

Volontariat et libre participation dans le respect de l'intégrité des personnes

Dans une perspective d'éthique de la recherche, une participation volontaire et libre a paru indispensable tant du point de vue du respect des personnes que de la validité des données recueillies, le volontariat se voulant assurer un engagement dans le protocole propre à en dégager des connaissances tant vis-à-vis des participant.es que des partenaires institutionnels.

En effet, comme le précisent Dubost et Lévy : “Une recherche-action produit des effets non négligeables sur l’organisation où elle est conduite [...], elle dépend forcément de son acceptation par les personnes qui seront le plus directement concernées par ces effets et dont la coopération est indispensable, autrement dit par les membres de l’organisation, quelle que soit leur position hiérarchique” (2016, p. 422). Le volontariat des acteurs et actrices impliqué.es est donc une condition nécessaire à la validité du protocole.

La dimension libre et éclairée du volontariat vise à garantir le respect et l’intégrité des personnes participant. Pour garantir cette liberté, le recrutement a été pensé comme devant être à leur demande via des coordonnées mails et téléphoniques communiquées par les supports écrits et oraux des informations institutionnelles sur le projet. La libre participation est vérifiée systématiquement pour chaque demande.

Bien que cela ne soit pas obligatoire pour ce type de protocole, un formulaire de consentement a été élaboré dès la pré-étude, associé à une notice d’information la plus exhaustive possible sans compromettre la production de données discursives en entretiens. Ce document vise à assurer un consentement suffisamment éclairé des participant.es. Ainsi, la présentation de la recherche (orale et dans son support écrit) explique dans le détail le cadre, les implications de la participation, et la possibilité de s’en retirer jusqu’à la publication des résultats. Ces éléments figurent sur un formulaire de consentement signé avant de débuter le premier entretien de recherche[18] (cf Annexe 4). Il a été distribué pour information dans l’ensemble des services où une présentation orale a été organisée. Il a été systématiquement repris avec les participant.es avant sa signature au début du premier entretien.

Cela est d’autant plus important que le sujet de la recherche, bien que ciblé sur la vie professionnelle, est transversal en ce que chacun.e est concerné.e par la question de la mort et du deuil. Si les entretiens sont focalisés sur la sphère professionnelle, la passation peut faire écho à des problématiques ou souvenirs douloureux qui touchent tant à la sphère professionnelle que personnelle. Aussi, les compétences cliniques de psychologue-chercheuse pourront au besoin être employées pour accueillir d’éventuelles associations sur des dimensions plus personnelles, et apporter un soutien psychologique qui vise à maintenir un équilibre psychodynamique sans pour autant se vouloir psychothérapeutique.

Les retours du Comité d'éthique ont par ailleurs amené à compléter ce dispositif par un possible recours à une orientation vers le soin dans le cas où des participant.es pourraient être trop mis.es à mal par la passation. Il a donc été ajouté au formulaire un rappel des coordonnées des services de médecine du travail sur les deux sites hospitaliers, avec une mention spécifiant que la souffrance au travail est un motif de sollicitation.

[18] Il s’agit d’une deuxième version suite aux améliorations issues de la pré-étude et des retours du CE.

Éthique du traitement des données :

Les enjeux du traitement des données, de leur recueil à leur analyse, visent surtout à garantir l'anonymat de ce que les participant.es ont pu exprimer en entretiens. Pour cela, les entretiens ont été enregistrés et conservés numériquement sur des supports utilisés exclusivement par la psychologue-chercheuse pendant tout le temps du recueil puis du traitement des données. Le matériel d'enregistrement a été formaté après transfert des données sur supports de mémoire informatique. La fiche RGPD prévoit qu'aucune donnée d'enregistrement ne soit conservée après la soutenance de thèse.

Les fichiers informatiques audio et écrits ont été nommés par un code crypté dont le système est connu uniquement de la psychologue-chercheuse. Ce code a ensuite été utilisé dans le choix de l'initiale pour les pseudonymes des participant.es. Les pseudonymes utilisés se voulaient éloignés de l'identité réelle des personnes, et épicènes afin de neutraliser autant que possible le genre des participant.es de prime abord.

Les coordonnées téléphoniques et mails ont été conservées dans un fichier informatique dissocié des données recueillies, stockées sur l'ordinateur de travail de la psychologue-chercheuse. Tout éventuel échange par mail pour organiser les entretiens de recherche ont été copiés sur un fichier spécifique et anonymisé dans le cas où ce matériel pourrait servir comme donnée à analyser, puis systématiquement effacé de la boîte mail. Les formulaires de consentement ont été conservés dans un dossier mis sous clef dans le bureau de la psychologue-chercheuse à l'hôpital.

Dans les retranscriptions d'entretiens, les noms, les lieux et les dates ont été substitués par des indications lettres ou des indications spatiales et temporelles de manière à éviter tout repérage qui permettrait d'identifier le lieu ou l'époque de façon précise.

2.2.3. Traitement des données :

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot avec la plus grande précision possible, sur des fichiers de traitement de texte individualisés par entretien. Des indications de modalités de diction et de comportements qui apparaissent clairement sur l'enregistrement audio, ainsi que les événements extérieurs à l'entretien qui ont pu interférer sont indiqués [entre crochet] après le verbatim concerné. Lorsque la psychologue-chercheuse acquiesce régulièrement, cela est signalé par la mention "[*acquiescements réguliers de l'intervieweur*]".

L'ensemble du traitement des donnés ainsi retranscrites relève d'une lecture clinique, processuelle et dynamique des entretiens. Il porte à la fois sur les dimensions manifestes et latentes, thématiques et processuelles du discours produit lors des entretiens, au regard de la dimension transféro-contretransférentielle qui les contextualise. Il s'agit d'une analyse clinique qui s'appuie sur un référentiel théorique psychanalytique de ces rencontres où "l'appareil psychique étant à la fois l'observé et l'observant supprime la voie analogique" (p.

142) et “le passage méthodologique, que régit l’outil contre-transférentiel, vectorise une spécificité du chercheur en psychanalyse” (p. 143). Cela relève d’une *psychanalyse hors divan* (Anzieu, 1979) avec ses spécificités transférentielles, dans un contexte de recherche.

Ce traitement éminemment clinique s’est fait par allers-retours entre l’étude des dimensions singulières de chaque passation avec une dimension transversale des entretiens d’une même passation, et avec l’ensemble de l’échantillon. Cette analyse a été assistée par informatique via le logiciel Nvivo. Celui-ci offre des outils pertinents pour faciliter l’analyse de données qualitatives que sont les entretiens semi-dirigés, tant dans une perspective d’analyse transversale, qui permet de comparer les passations entre elles, que dans un approfondissement plus fin au cas par cas. Il permet en effet de montrer les différentes thématiques et processus dans la dynamique du discours au sein d’un même entretien, mais aussi dans la comparaison des entretiens entre eux au niveau d’une passation même, par groupe de participant.es, ou à l’échelle de l’échantillon entier.

La présentation des résultats est en quatre niveaux.

Le premier consiste en une **analyse de la dimension institutionnelle**. Au détour d’un récit sur l’histoire du déploiement du protocole, il s’agit de dégager les effets institutionnels de la recherche et les perspectives qui en découlent.

Le second est une **analyse de la participation**. Il s’agit d’appréhender qui sont les soignant.es qui se sont portés volontaires. Une attention est portée sur les modalités de participation pour chaque soignant.e lors du recueil. **L’échantillon** est ensuite présenté pour en extraire les caractéristiques et les analyser. Enfin, chaque participation est présentée par **une vignette clinique** qui reprend les grandes étapes du parcours professionnel au regard de la question de la mort, les différents mouvements des entretiens et de la rencontre, ainsi que les principaux éléments abordés qui sont les prémices de l’analyse transversale des données.

Il s’agit ici de présenter l’ensemble des participant.es de manière singulière et subjective, de transcrire quelque chose de ces rencontres et de la parole qui y a été exprimée. L’idée est aussi de proposer aux lecteurs et lectrices de se construire une représentation de ces personnes afin de contextualiser et de subjectiver l’analyse transversale des données qui suivra, dégageant les grands axes au cœur de leur récit. Aussi, chaque vignette clinique est illustrée par un extrait signifiant du verbatim.

Elles sont présentées dans l’ordre alphabétique des pseudonymes pour favoriser l’anonymat des participant.es en ne reflétant pas l’ordre des passations ou les groupes d’hôpital ou de service. Elles sont extraites par une lecture syntagmatique, c’est-à-dire qui suit “le cheminement, unique et réalisé dans un entretien, d’une pensée qui se manifeste par une succession de mots, de phrases, de séquences” (Bardin, 1977, p. 99), permettant de saisir la singularité de chaque passation de manière holistique.

La rédaction des vignettes s'est opérée dans un premier temps par prise de notes lors d'une analyse cas par cas structurée par une dynamique de codage thématique et processuel qui sera décrite avec la présentation du traitement transversal des données. Ces notes ont ensuite été complétées lors de relectures guidées par les codes Nvivo, ceux-ci étant utilisés comme des masques pour affiner l'analyse clinique. L'ensemble des notes d'analyse a ensuite été structuré de manière à former une continuité cohérente autour des axes saillants qui se dégagent chez chaque sujet. Cet ensemble structuré a enfin été rédigé sous forme de récit, pour restituer quelque chose de sa dimension clinique initiale. Une opération de décontextualisation-recontextualisation (Tesch, 1990) qui cherche à désintriquer le discours à la plus petite unité sémantique ou processuelle possible pour en comprendre l'organisation de la façon la plus complète, et en extraire du sens.

Dans un troisième temps, après avoir en quelque sorte présenter les participant.es de manière à contextualiser les étapes suivantes, une **analyse transversale** permet une mise en parallèle des passations entre elles, dégageant le substrat du discours de chaque participant.e afin de prendre du recul sur les données. Le but est d'avoir une vision d'ensemble des singularités de chaque passation et de pouvoir opérer ensuite une comparaison des passations entre elles, qui ne cherche pas tant à dégager des résultats généralisables à l'ensemble de la population qu'à repérer des processus qui peuvent être éclairant de manière exploratoire quant à la problématique.

L'analyse transversale s'appuie sur une lecture clinique des entretiens. Elle est étayée par une méthodologie de segmentation catégorielle du discours et une analyse de l'énonciation en parallèle (Bardin, 1977), dont le but est un repérage des thématiques et processus sous-jacents dans le même mouvement, ainsi que l'organisation de ces éléments entre eux dans chaque entretien. Coder à la fois les thématiques et les processus permet de repérer les phénomènes inconscients qui sous-tendent ces thématiques dans le discours. Les thématiques et processus ainsi repérés visent à isoler les différentes composantes du discours de la manière la plus fine et la plus exhaustive possible. Il s'agit là aussi d'une opération de décontextualisation-recontextualisation.

L'idée n'est pas d'appliquer une grille prédéfinie, mais de construire un masque catégoriel de manière clinique et inductive. Les codes ainsi créés sont complétés au fur et à mesure de l'analyse des entretiens jusqu'à arriver à une forme définitive, stable et applicable à l'ensemble des entretiens. **La création de la grille d'analyse via ce cheminement, suffisamment exhaustive et applicable à l'ensemble des entretiens, fait partie des résultats**. Les premiers jalons de cette grille sont inspirés des items de la grille d'écoute, des définitions des soins palliatifs, de l'expérience clinique *avec* et *auprès* des soignant.es à l'hôpital, et des notes issues de la passation des entretiens.

Un verbatim est codé à chaque fois qu'il apparaît ou réapparaît séparément du verbatim initial, spontanément ou suite à une relance. Si la même idée ou le même processus se poursuit en étant ponctué par une intervention de l'intervieweur sans que cela semble

modifier son élaboration, alors le verbatim est codé une fois et comprend l'intervention de l'intervieweur.

Ces opérations se font en lien avec la directrice de thèse pour assurer une double lecture et permettre une certaine fidélité et une validité des résultats ainsi obtenus, en ce que les échanges autour du codage amènent une prise de recul sur les données afin de réduire "la marge d'interprétation personnelle et de subjectivité" (Bardin, 1997, p. 67).

Cette première phase de l'analyse transversale a été suivie par une première relecture et correction des verbatims au cas par cas par entretien en utilisant les codes comme des masques avec une unité de filtrage au deuxième sous-code, permettant un affinage et une homogénéisation du codage. Une seconde relecture transversale code par code, et code par entretien grâce aux fonctionnalités Nvivo, permet une dernière phase de vérification et de correction de la validité des verbatims encodés, si besoin en se référant au contexte d'encodage. Après ces différentes phases, le codage est considéré comme finalisé. Cela permet d'exploiter les données par une analyse de la répétition fréquentielle des thèmes de façon comparée en utilisant les variables qui se dégagent du profil de l'échantillon.

Ainsi, **une fois la grille formée et les entretiens codés, cela permet une poursuite de l'analyse transversale** par deux volets complémentaires. Le premier est **un volet quantitatif**, où les caractéristiques qui se dégagent de l'analyse de la participation permettent d'apprécier les variations du discours entre les participant.es. Un **volet qualitatif** reprenant les mêmes méthodes d'analyse assistée par Nvivo vient le compléter pour apprécier plus finement la parole des soignant.es rencontré.es. Ces deux volets se concentreront exclusivement sur la dimension au cœur de la problématisation de cette recherche, à savoir la confrontation à la mort dans leur travail.

Enfin, le dernier niveau de l'analyse des données consiste en **un approfondissement par études de cas**. Elles sont sélectionnées en fonction de leur pertinence par rapport à l'exploration visée par la problématique de la recherche-action, ce qui introduit finalement la question de la dimension transféro-contretransférentielle des rencontres.

Les études de cas retracent chaque passation avec une méthode proche de celle de la construction des vignettes cliniques. Un récit chronologique de chaque passation y relève les spécificités du discours dans une analyse séquentielle. Il s'agit par là de donner la parole aux soignant.es, de les laisser se raconter, faire entrer les lecteurs et lectrices dans l'entretien. Cette analyse est complétée par une mise en tension des problématiques saillantes de façon transversale à la passation.

En conclusion de cette partie sur les résultats, l'analyse des dimensions transféro-contretransférentielles apportera un éclairage complémentaire et subjectivant sur les enjeux de ces rencontres, y compris dans le lien à l'institution.

III. Résultats :

3.1. Dimension institutionnelle :

3.1.1. Une histoire de rencontres entre Hôpital et et Université : émergence et déploiement du projet

Le point de départ de ce projet est le questionnement d'une psychologue clinicienne sur son expérience de terrain et le désir d'approfondir ce questionnement par un travail de recherche, construisant chemin-faisant et en lien avec l'équipe clinique de soins palliatifs et l'institution une posture de psychologue-chercheuse.

À partir de ce point de départ clinique, **un premier lien universitaire s'est tissé** par la prise de contact avec la directrice de thèse et l'élaboration du projet, dans une réflexion clinique sur la psychopathologie du somatique. Ce sont ces liens étroits entre clinique et recherche qui ont orienté la méthode vers une dynamique de recherche-action.

En parallèle, **des échanges informels sur le projet ont émergé avec des soignant.es**, **des cadres de santé et des médecins** avec qui des liens cliniques existaient. Ils ont enrichi la réflexion sur la problématisation et la construction de la méthode.

Le projet s'est formalisé par la mise en lien des deux institutions via la rédaction d'une Convention d'étude, par plusieurs allers-retours entre Direction de l'hôpital et DRED (cf Annexe 5).

Dans un premier temps, seul le site d'exercice de la psychologue-chercheuse était visé par le protocole. Puis suivant le mouvement institutionnel d'union de deux hôpitaux d'un même secteur géographique en GHT, le protocole a été ouvert au second site.

La campagne de communication telle que décrite dans la méthodologie s'est construite. Dans le même mouvement et en lien avec la pré-étude hors site, **le formulaire de consentement** a été élaboré pour structurer quelque chose de la réflexion éthique qui animait le développement du projet, et à la fois comme un outil dans la construction de la participation (cf Annexe 4). Il a ainsi été utilisé dans les réunions de présentations dans les services qui les ont organisées, et laissé sur place pour qu'il puisse être repris et diffusés par les membres des équipes.

Différentes collaborations se sont nouées autour de ce travail de thèse avec des partenaires hospitaliers ou universitaires. À l'hôpital, avec des soignant.es et médecins

s'intéressant au projet qui en demandaient des nouvelles, contribuant ainsi à la réflexion sur son développement.

Des instances institutionnelles aussi, et tout particulièrement le CRC du GHT. Cette instance qui promeut et soutient les activités de recherches institutionnelles s'est saisi de ce projet de par ses missions, et dans une dynamique d'intérêt naissant pour les méthodes de recherches qualitatives qui a continué à se développer par la suite et reste l'objet d'une collaboration à la fin de la thèse. L'équipe étant plutôt familiarisée avec les projets médicaux et paramédicaux, cela a été l'occasion d'inclure et de porter une attention particulière sur la recherche en psychologie clinique. Le CRC étant situé sur le site #, ce lien a aussi été l'occasion de poursuivre mouvement de rapprochement, sur le plan de la recherche, des institutions * et #.

Cette équipe, notamment via les actions de sa coordinatrice, a contribué concrètement au développement du projet au niveau de l'organisation du recueil des données sur # (communication, gestion des locaux, mise à disposition d'espaces de travail et de matériel), par la promotion du projet dans ses activités scientifiques (notamment en proposant 2 communications orales lors de journées institutionnelles sur la recherche), et par l'acquisition de matériel (principalement un dictaphone numérique et un logiciel d'aide à la retranscription).

Hors hôpital, des étudiant.es et des pairs psychologues ont aussi soutenu la réflexion, voire ont souhaité contribuer à sa dynamique par leur intérêt ou dans une perspective de formation à la recherche qualitative. Une ancienne stagiaire et jeune professionnelle psychologue a ainsi travaillé sur les données et à la rédaction d'un article. Une étudiante en médecine a voulu travailler sur le projet par une prise de contact via la Plateforme nationale de recherche sur la fin de vie. Cela a ouvert à un stage de sensibilisation à l'analyse qualitative de données axé sur les thématiques en lien avec la pratique de soins palliatifs à l'hôpital et les parties d'entretiens qui se référaient à la fonction médicale. Ce sont des liens toujours actifs par lesquels une collaboration est susceptible de se poursuivre.

Ces différentes rencontres, dans le lien entre milieux hospitalier et universitaire, ont fortement dynamisé le travail de recherche dans une co-construction progressive. C'est un tissage qui a permis d'inscrire une recherche en sciences humaines dans une logique institutionnelle, et ce faisant de la mettre au travail. Cela va aussi dans le sens d'une meilleure reconnaissance des apports de la psychologie à l'hôpital, et donc en terres médicales.

3.1.2. Des espaces de paroles se créent dans l'institution : Histoire et histoires de la recherche

Par cette histoire du projet de recherche à l'hôpital, et dans la perspective de recherche-action précédemment énoncée, des espaces de parole sur la mort et sur la recherche qualitative en psychologie à l'hôpital se sont créés au fil des rencontres. Cela a permis de faire du lien vers un langage commun sur la mort, pour la penser ensemble.

Dialogues formels ou discussions informelles, construire ce projet de recherche et le mener à bien a permis qu'une parole émerge avec des médecins, cadres et soignant.es de différents services (y compris dans des services où aucun membre de l'équipe n'avait participé), dans la clinique ou lors de formations, et avec les instances institutionnelles de direction, de communication, et de recherche clinique. Il est intéressant d'en quelque sorte zoomer sur des dimensions ou rencontres-clés de cette Histoire.

Concernant les médecins, certain.es ont pris des nouvelles régulièrement de la recherche et ont questionné sa méthode, ont exprimé un soutien verbal et s'en sont fait relai dans leur équipe. Il s'agissait le plus souvent de médecins avec qui un lien clinique existait, qui exerçaient parfois dans les services où il y avait des participant.es, ou qui s'inscrivaient également dans des actions de recherche.

Une médecin intervenant sur les deux sites hospitaliers s'est particulièrement fait relai de cette information, et l'a soutenue auprès d'une soignante de façon ciblée. La participation de cette dernière a entraîné une seconde participation en chaîne dans son service, toutes deux s'étant manifestées suite à une communication institutionnelle du CRC. Cela montre quelque chose **des liens qui s'opèrent dans le déploiement du projet et des espaces de parole que cela génère à différents niveaux de l'institution**.

Concernant les cadres de santé, sur le site * où la psychologue-chercheuse est en poste, la plupart ont fait un relai formel de la communication institutionnelle, c'est-à-dire un affichage sans annonce verbale ou échange associé. Dans certains services, l'information de la recherche n'a pas été relayée du tout. Cela peut être l'effet d'un défaut de communication institutionnelle, d'un manque d'intérêt, ou des mécanismes de défense vis-à-vis de la thématique de la recherche ou plus largement de la recherche en psychologie ou en sciences humaines.

Il a été difficile d'évaluer le degré de diffusion de l'affichage sur le site #. Dans l'un de ces services, la cadre a été particulièrement proactive dans la présentation du projet à son équipe et l'a soutenu. Elle l'a aussi proposé de manière ciblée à certain.es soignant.es qu'elle évaluait en difficulté face à la question de l'accompagnement en fin de vie : c'est une façon de se saisir du dispositif de recherche-action. Son service enregistre finalement la plus grande participation, soit environ la moitié de l'échantillon. Cela montre la place particulière que peuvent avoir les cadres auprès de leurs équipes, pouvant jouer un rôle moteur significatif et

porter des axes de travail. Son intérêt témoigne aussi d'une certaine utilité qu'elle semble avoir repérée pour son équipe.

La difficulté à être en lien avec les autres services en dehors de ce contexte particulier montre qu'il est compliqué de porter le projet à distance, malgré le relai du CRC sur site. Cela se remarque également dans l'absence totale de réunions de présentation de la recherche sur le site #.

Par ailleurs, sur * uniquement six cadres de services ont accepté ou proposé d'organiser des **temps de présentation formelle de la recherche** comme cela était proposé dans les communications institutionnelles. Il s'agissait toujours de cadres avec qui un lien clinique existait. Ces présentations ont eu lieu au moment des transmissions d'équipe, un temps propice pour communiquer des informations et échanger à minima.

Parmi ces six services, trois sont représentés parmi les participant.es. Pour les trois, il s'agit de services où les relations de travail clinique étaient régulières. Dans l'un de ces trois services, deux membres de l'équipe ont exprimé être intéressés mais n'ont pas finalisé leur démarche de participation. Dans un service où un lien clinique à distance existait, mais où aucun membre de l'équipe n'a participé, une personne a également manifesté son intérêt à participer sans concrétiser sa démarche.

Proposer cette recherche a ouvert un espace de parole institutionnel sur la mort. La grande variété dans la façon de s'en saisir montre comment ce thème a mobilisé chaque professionnel.le dans sa capacité et son désir, son angoisse et ses défenses face cette question.

Construire cette dynamique a été très progressif, parfois laborieux. À partir d'échanges internes à l'EMSP, il a fallu contacter les instances singulièrement, chercher les bons interlocuteurs, suivre le fil des échanges avec les personnes rencontrées qui aiguillaient vers des ressources pertinentes. Cela parle des difficultés à construire un projet de recherche dans un CHI où ce type d'activités, bien qu'émergentes depuis quelques années et tout particulièrement dans ce GHT (Jung, Durrmeyer et Gonalons, 2020), restent en marge et relèvent surtout des fonctions médicales et paramédicales.

D'une part, les circuits institutionnels de la recherche étaient moins balisés que dans un CHU où elle est une dimension structurante du fonctionnement institutionnel. Cela était encore plus vrai au début du projet, alors que le regroupement des CHI du était encore naissant. L'unification des deux hôpitaux a potentialisé les possibilités en termes de recherches, car chaque site avait des secteurs de recherche différents et des outils institutionnels complémentaires. L'accès au CRC précédemment évoqué a été d'une grande aide, et c'est en même temps parce que le projet existait qu'il a été repéré par cette équipe. Il s'agit là d'une dynamique interactionnelle.

D'autre part, cela parle de la place de la recherche en sciences humaines, et tout particulièrement en psychologie, ici clinique, dans ces CHI lorsqu'elle existe. L'échelle plus

restreinte de ce type d'institutions, et par là de l'effectif des psychologues à fortiori pratiquant de la recherche, limite la visibilité de ces activités. C'est aussi en cela qu'il a été intéressant de développer ce projet dans cette institution en particulier. Cette dynamique est aussi à mettre en lien avec la question de la psychopathologie du somatique à l'hôpital, et avec elle des psychologues en terres médicales (Peyrat-Apicella et Molinier, 2020).

3.1.3. Des allers-retours entre la recherche et le terrain pour une restitution pas à pas

Initialement une seule restitution a été imaginée après le traitement des données sous forme de communication orale institutionnelle, potentiellement autour de la soutenance de thèse. L'idée était de prévoir un temps de retour global sur l'ensemble des données récoltées, principalement issues des entretiens.

Il a aussi été proposé aux participant.es des entretiens de restitution sur leur passation ou sur la recherche globalement. Aucune demande n'a été faite en ce sens, mais une autre forme de retour aux participant.es a émergé du lien avec elles et eux. Un certain nombre de participant.es demandant à être informé.es des suites de la recherche en fin de deuxième entretien, a émergé l'idée de les tenir informé.es des nouvelles productions scientifiques issues de cette recherche. À partir du recueil de mail de participant.es à leur demande, il a été proposé par la suite de pouvoir laisser son mail pour être tenu.e informé.e. Ça a été le cas pour la majorité. Ce phénomène montre l'évolution de la méthode en lien avec l'expérience de terrain, dans cette dynamique de recherche-action. Il parle peut-être aussi de l'économie psychique des soignant.es en lien avec leur conditions de travail, préférant un mode d'information moins sollicitant en termes de temps et d'énergie. Peut-être moins confrontant qu'un entretien aussi.

Ce type d'échanges n'était pas prévu par l'encadrement éthique du protocole, il a donc fallu penser les modalités de ce lien pour que les principes fondateurs de la démarche soient respectés tout en ayant la souplesse de laisser la méthode évoluer avec la clinique des passations. Ainsi une forme de "newsletter" qui comportait exclusivement une information sur la communication scientifique visée s'est mise en place avec diffusion aux personnes qui en avaient manifesté le souhait en copie cachée pour préserver l'anonymat. Aucune information relative à la participation ne figurait dans les mails.

Les rencontres et la reprise institutionnelle du projet au regard de la dynamique de recherche-action ont finalement amené à ce que ce processus de restitution se fasse au fil de la construction de la réflexion, par différents canaux et à différentes étapes.

Comme dit précédemment, le lien avec le CRC a permis deux temps de communications orales lors d'évènements scientifiques institutionnels. Il s'agissait de Journées de la recherche paramédicale. Pour la psychologue-chercheuse, intervenir lors de

ces événements faisait surtout sens par rapport à la population visée. Mais au niveau institutionnel il est ressorti que cette intégration au programme relevait aussi de l'ambiguïté de la place des psychologues à l'hôpital. Hors champ médical ou paramédical, les psychologues sont souvent considéré.es comme affilié.es à cette dernière catégorie dans une économie de pensée. Il y a aussi des enjeux de pouvoirs et des enjeux symboliques quant à la place des psychologues à l'hôpital qui se sont sans doute exprimés ici.

D'autres types de communications scientifiques se sont construites au fil de l'eau, et notamment pendant la période du recueil des données. Il s'agissait de deux communications orales en congrès et de deux rédactions d'articles. Globalement, ces activités scientifiques ont alimenté la recherche-action dont elles étaient issues.

Un projet de restitution institutionnelle plus générale est toujours d'actualité. Une soutenance en visio-conférence est envisagée pour en favoriser l'accès, ainsi qu'une communication écrite institutionnelle par diffusion mail. Des interventions orales lors d'événements institutionnels sont également envisagées, ainsi qu'une participation à des travaux sur les méthodologies qualitatives. Ce dispositif a été pensé et travaillé en lien avec le CRC qui en portera la communication. Tout cela va dans le sens d'une dynamique qui se poursuit à partir de la recherche-action.

3.2. Analyse de la participation

3.2.1. Recueil des données :

L'étape fondamentale qui a émergé de tout ce parcours a été la rencontre avec des soignant.es de l'institution. Le recueil des données que sont les entretiens constitue un temps fort de la recherche : ça a été le moteur de toute la dynamique institutionnelle décrite, la raison qui poussait à se mettre au travail ensemble sur la question de la mort.

Il s'est déroulé sur 7 mois. Suite aux communications décrites, 16 personnes se sont manifestées dont **13 ont participé aux entretiens**, soit 5 personnes issues du site * (qui ont été les premières à participer) et 8 du site # (qui ont participé dans un second temps, sans nouvelle participation sur *). Toutes les personnes qui ont participé au premier entretien ont également fait le deuxième, complétant ainsi leur participation. Personne ne s'est rétracté après la participation. L'écart de 4 à 6 semaines prévu entre les deux entretiens a toujours été respecté, excepté pour une participante pour qui l'écart est de 8 semaines. Il ressortira qu'il s'agissait d'une erreur dans son organisation menant à un oubli. Bien qu'il soit difficile d'interpréter cela, cet oubli peut être interrogé sous le prisme de possibles manifestations inconscientes.

Concernant les modes de contacts, sur le site * trois se sont manifestées par mail, deux par sollicitations orales lors de rencontres cliniques. Sur le site #, deux se sont manifestées oralement suite à une communication institutionnelle, et six via leur cadre de service après mise en lien par le CRC.

Concernant les lieux de passation, sur * tous les entretiens ont eu lieu dans le bureau de la psychologue-chercheuse. Sur #, ils se sont tous passés dans des locaux mis à disposition par les services. Les locaux mis à disposition par le CRC n'ont pas été utilisés car ils étaient considérés comme trop éloignés des service par les participant.es. Il semble qu'une localisation au plus près était nécessaire pour ces participant.es, d'autant plus que les entretiens ont eu lieu sur leur temps de travail.

Concernant la participation sur ou hors temps de travail, sur le site * trois personnes ont participé en dehors de leur temps de travail et deux sur leur temps de travail. Pour les premières, il s'agissait d'une démarche de participation individuelle, et elles ont exprimé préférer procéder ainsi pour des raisons d'anonymat ou par convenance personnelle. Pour les secondes, la participation s'inscrivait dans une démarche commune. Sur #, toutes les personnes ont participé sur leur temps de travail. À priori aucun.e cadre de service n'a refusé que la participation ait lieu sur le temps de travail, et aucun.e participant.e n'a mentionné avoir souhaité participer sur son temps de travail et avoir essuyé un refus.

Une nette préférence semble ressortir de la participation sur le temps de travail, qui semble cohérente au regard de la démarche de recherche-action. Cela peut aussi s'entendre comme une volonté d'intégrer la participation au travail, peut-être associée au refus de consacrer du temps et de l'énergie pour une activité en lien avec le travail en dehors des horaires prévues. Les personnes ayant participé sur leur temps de travail le faisaient dans un mouvement plus ou moins collectif (allant de 2 à 6 personnes). Aussi le caractère singulier ou groupal de la participation est possiblement un facteur déterminant le choix d'inclure ou non la participation à son temps de travail. Le rapport l'anonymat, plus fluide dans les mouvements de participation collective, est sans doute entré en compte aussi.

Il a en effet fallu **penser la disponibilité à avoir pour favoriser la participation**, c'est-à-dire se rendre accessible par rapport à leur propre disponibilité en termes de temps et d'énergie. Un soignant ayant participé en dehors de son temps de travail en dira d'ailleurs à la fin du deuxième entretien : "J'ai terminé le travail euh… je vais chercher mes enfants [pause] sur le coup de [créneau horaire] donc j'ai, j'ai un peu de temps. Donc c'est pour ça que je suis venu. Tu m'aurais dit : « Faut venir à 20 heures le soir » ou quoi que ce soit [*son aspiré entre les dents*] [*rire*]". Ce verbatim montre quelque chose de la mise en tension entre les dimensions personnelle et professionnelle de la vie du sujet, où le travail risque de déborder et d'empêcher quelque chose qui impacterait la sphère affective, intime, au risque d'être désorganisateur. La phrase reste suspendue au profit d'un humour défensif qui évite d'exprimer trop durement les limites qu'il y a à poser pour préserver cet espace personnel affectif par rapport au travail. L'espace de la recherche est ici inclus à cette tension.

Une certaine flexibilité dans le cadre a donc permis des participations, mais parfois au prix de perturbations de la dynamique d'entretien. Sur * il pouvait s'agir d'appels sur les DECT[19] des participant.es ou de la psychologue-chercheuse, sur # cela s'est ajouté à des tâtonnements dans l'aménagement du cadre lié notamment à la disponibilité des salles à proximité du service. Trouver un lieu adéquat en termes de contenance, de confidentialité, et aussi d'un point de vue pratique, communiquer son utilisation temporaire aux autres usager.es a parfois été laborieux. Cela a pu donner lieu à des interruptions par des patient.es, des membres d'entourages, ou encore de l'équipe soignante. Lors d'une passation, il a fallu changer de bureau en cours d'entretien pour restituer au local son usage premier du fait d'une situation clinique qui s'imposait massivement dans le service. Il est intéressant de relever qu'il s'agissait en l'occurrence d'un décès. Cela montre une certaine difficulté à se poser dans les services pour penser, en marge de l'agir au cœur du soin.

3.2.2. Présentation de l'échantillon :

L'échantillon 13 soignant.es est composé de 7 IDE (6 femmes et 1 homme) et 6 AS (5 femmes et 1 homme). Les deux métiers visés sont donc bien représentés. Tou.tes travaillent de jour à l'exception d'une soignante de nuit, dont la participation s'inscrit dans une démarche individuelle.

Le ratio du sexe ne correspond pas tout à fait à celui de la population générale qui est autour de 90% pour les deux professions, légèrement au-dessus pour les AS et légèrement en-dessous pour les IDE comme vu dans l'Axe III. Bien qu'il soit difficile d'interpréter ce chiffre au regard de la taille de l'échantillon, il aurait été tout à fait possible qu'aucun homme ne participe. Leur présence ne permet pas clairement d'établir si cela est en lien avec une possible surreprésentation des hommes, mais peut être questionné au regard de la faible part d'hommes dans ces métiers.

Sur les 5 participant.es du site *, se dénombrent 1 AS et 4 IDE. Les 8 participant.es du site # représentent 5 AS et 3 IDE. Les participant.es sont issu de 5 services, 3 sur le site * et 2 sur le site #, et représentent 4 spécialités médicales différentes :

- Médecine polyvalente : 6 soignant.es (3 IDE et 3 AS travaillant dans la même équipe)
- Réanimation (sur les deux sites) : 5 soignant.es (3 IDE , 2 AS)[20]
- Pneumologie (1 AS)
- Maladies infectieuses et tropicales (1 IDE)

[19] Dispositif de téléphone portatif interne à l'institution.

[20] Les sites d'origine des deux services représentés sont anonymisés.

L'âge moyen des participant.es est de 33[21] ans, allant de 22 à 54 ans, avec une valeur médiane à 30 ans. Dans l'idée de mieux préserver l'anonymat, ils ont été regroupés en trois classes d'âge qui se dégagent de l'échantillon : les participant.es âgé.es de la vingtaine (classe A, soit 6 personnes), de la trentaine (classe B, 3 personnes), et de quarante ans et plus (classe C, 4 personnes). Il en ressort que près de la moitié de l'échantillon est constitué de jeunes professionnel.les (A).

L'ancienneté moyenne est de 9 ans, allant de 6 mois à 29 ans, avec une valeur médiane à 5 ans. Deux groupes se détachent clairement : les soignant.es avec une expérience inférieure ou égale à 5 ans (7 personnes), et les soignant.es avec plus de 10 ans d'expérience (6). Ces groupes seront désignés ultérieurement par des appellations relatives au degré d'expérience professionnelle, soit le groupe "junior" et le groupe "senior". La proportion des 2 groupes est équivalente.

Concernant **l'ancienneté dans le service actuel**, elle va de 6 mois à 19 ans, avec une moyenne à 5 ans et une médiane à 2,5 ans. Seulement 3 personnes exercent depuis très longtemps dans leur service (entre 14 et 19 ans), alors que le reste de l'échantillon exerce depuis moins de 5 ans. Sept participant.es exercent encore dans leur premier service d'affectation. Ces données sont sans doute liées au fait que la moitié de l'échantillon soit composé de jeunes professionnel.les.

Concernant **le type de parcours professionnel**, 4 groupes se distinguent : les professionnel.les qui exercent leur 1er métier, dont le métier relève d'une évolution professionnelle, d'une conversion professionnelle, ou encore ces deux dimensions réunies. Plus de la moitié (7) de l'échantillon exerce dans sa première voie d'orientation professionnelle, 3 personnes ont effectué une conversion professionnelle, 2 ont évolué dans la hiérarchie des professions soignantes, et 1 combine ces deux dernières dimensions.

Les entretiens ont duré en moyenne 51 min (valeurs médianes identiques), les premiers ayant duré en moyenne 61 min (médiane : 63 min) et les seconds 41 min (médiane : 39 min). Cela correspond aux valeurs attendues, soit des entretiens d'environ une heure, les seconds entretiens étant envisagés comme plus courts que les premiers.

Un tableau récapitulatif de ces données se trouve en Annexe 6. Les dimensions ainsi dégagées ont été utilisées comme variables indépendantes de la "classification des cas" des entretiens sur Nvivo pour l'analyse transversale quantitative des données.

3.2.3. Présentation des soignant.es : vignettes cliniques

L'objectif est ici de présenter cliniquement les participant.es afin de permettre aux lecteurs et lectrices de construire une représentation des ces personnes en tant que sujet, et

[21] Toutes les valeurs sont ici arrondies à l'unité selon les règles classiquement appliquées.

de la dynamique de la rencontre sur les deux entretiens. Ce sont des vignettes cliniques qui n'ont pas vocation à être exhaustives, mais à présenter globalement l'ensemble de l'échantillon.

L'ordre de présentation choisi est l'ordre alphabétique. Il s'agit de montrer quelque chose de la variété des rencontres telles qu'elles se sont présentées au fur et à mesure du recueil des données, tout en préservant un certain anonymat en ne les présentant pas dans l'ordre des passations.

Charlie, aide-soignante : "J'ai connu l'époque où il fallait les bourrer de coton"

Charlie est aide-soignante en réanimation depuis deux ans. C'est la participante la plus expérimentée de la population rencontrée et la deuxième plus âgée. Charlie a beaucoup de choses à dire. Son premier entretien sera le plus long, soit 81 min. Elle prend aussi le temps de réfléchir par des silences qui ponctuent son discours ou le précède. Silences réflexifs, et parfois défensifs où des mécanismes protecteurs semblent se mettre en place face à un contenu angoissant. Le plus souvent, elle se protège par le rire ou l'humour, et aussi par un évitement qui semble à l'œuvre lorsque son discours se suspend et qu'elle associe finalement sur un autre sujet sans être allée au bout de son idée.

Charlie se saisit de l'espace de parole du premier entretien pour élaborer quelque chose de l'ensemble de son parcours professionnel, long et constitué d'expériences dans des services variées. Des expériences de quelques années, et aussi des remplacements dans des services où elle n'est pas restée plus de quelques mois. Elles s'inscrivent dans une évolution temporelle des soins, comment ils sont pensés et pratiqués, et des institutions hospitalières, de leurs services.

À la question d'ouverture sur son histoire professionnelle, elle développe un récit riche et fluide sur ce parcours : "J'ai fait beaucoup de services". Le verbe *faire* est souvent employé dans le jargon soignant pour désigner les expériences ou les tâches professionnelles. Son emploi, ici et dans l'énonciation de ses nombreux services d'exercice au fil de 29 ans de carrière, nous fait entrer d'emblée l'*action* de son travail.

Durant la première moitié de ce long entretien, Charlie n'évoque pas particulièrement de situations cliniques. Elle opère surtout une description et une élaboration de portée générale sur son travail, qu'elle illustre par quelques situations spécifiques tout en restant dans des considérations générales ou en associant sur des fonctionnements institutionnels.

La thématique de la fin de vie est introduite par une question sur le moment où elle l'a rencontré dans sa carrière. Elle répond immédiatement : "la gériatrie", puis sans approfondir le sujet, elle décrit les conditions d'accueil des malades à ce moment-là, dans les années 1990 : "C'était des chambres de trois et il y avait six chambres euh d'une personne. [...] Beaucoup de… difficultés pour l'époque". Elle semble projeter ici l'angoisse de cette confrontation à la

mort sur le cadre institutionnel qui, par ses conditions d'accueil des mourant.es, manquaient alors à contenir suffisamment les malades dans le processus du mourir, et par conséquent la soignante dans son travail.

La question de l'institution est empreinte d'ambivalence chez Charlie. Elle semble en effet revêtir une dimension soutenante en ce que la soignante s'appuie sur le cadre institutionnel pour faire son travail, et comme base d'une véritable identité soignante qui s'est construite au fil de ses expériences en milieu hospitalier. Celui-ci devient néanmoins vite un support projectif de sa souffrance lorsqu'elle est confrontée à des situations débordantes. Cela est encore plus marqué lorsque le cadre institutionnel est insuffisant, par ses moyens ou son organisation, à la soutenir suffisamment dans les situations les plus dures.

Elle énumère par la suite les services dans lesquels elle a été confrontée à la mort, avant de synthétiser : "Le plus non ça a été euh… l'hépato-gastro beaucoup… euh l'oncologie… la gériatrie. Pédiatrie on en a eu à l'époque euh… [longue pause] Mais bon voilà". Il ressort de son récit que c'est en fait en pédiatrie où elle a été confrontée à la mort de patient.es pour la première fois, et non en gériatrie. La représentation de la mort d'enfants, angoissante voire traumatique, semble avoir été refoulée au profit d'une représentation plus supportable : celle de personnes âgées.

La production de son récit et l'élaboration de sa pensée deviennent plus difficiles après l'introduction de la thématique de la fin de vie. Elle ne construit plus de phrases spontanément et répond aux questions et relances par des onomatopées et des acquiescements brefs : "ouais" le plus souvent. Le langage familier dit ici peut-être quelque chose de l'angoisse sous-jacente, repris en miroir contre-transférentiellement. Étayer sa pensée par des reformulations et interprétations permet finalement de relancer sa dynamique d'élaboration sur les pratiques d'accompagnement en fin de vie qu'elle a connu jusqu'à aujourd'hui. Au final le sujet de la fin de vie est abordé dans une alternance d'expression d'angoisse voire d'éléments traumatiques avec des phases descriptives de son travail qui apparaissent de prime abord défensives, mais ouvrent souvent sur des phases d'élaboration sur ses pratiques avec un recul lié à l'expérience.

Elle se situe par rapport à ces pratiques d'accompagnement au fil du temps, prise dans sa représentation d'elle-même comme soignante, une posture faite de positionnement forgés par l'expérience en milieu institutionnel. Elle déplie ainsi une pensée sur son propre travail dans les contextes de fin de vie : "Moi personnellement c'est comme ça que je suis". Elle peut ainsi exprimer avoir toujours parlé d'elle et de sa vie personnelle aux patient.es pour favoriser une relation de confiance car elle "trouve ça difficile de se confier à quelqu'un… où on ne connaît rien de lui", et considère que "si on sait pas s'ouvrir à eux ils pourront pas s'ouvrir non plus à nous". Une forme de réciprocité semble à la base de sa relation aux personnes soignées, surtout dans les cas les plus graves, qui paraît s'inscrire inconsciemment dans des valeurs humanistes. Un engagement personnel dans son travail qui s'appuie sur des valeurs elles-mêmes portées par ses croyances religieuses et sa culture au regard du traitement dû au mourant.es et au mort.es. L'expression "s'ouvrir à" l'autre souligne la dimension

intersubjective de la rencontre, ouverture par laquelle les fonctionnements psychiques se rencontrent, s'entremêlent dans la relation de soin.

Se construit alors une pensée où son discours parfois trébuche, par laquelle elle se situe point par point par rapport aux pratiques instituées à l'hôpital et qui relèvent de son corps de métier, appliquées aux personnes en fin de vie à des fins d'accompagnement spécifique : les soins d'hygiène comme la toilette, le capiluve[22], de confort comme l'installation, le toucher-détente… Elle aime "masser", "détendre", "discuter", "accompagner". Des actes de soins et d'accompagnement qui revêtent une dimension pulsionnelle et une fonction narcissisante, et qui lui confèrent aussi une place particulière dans l'équipe. Ainsi, ses collègues l'appellent "Miss crème" car elle porte tant d'attention à masser les patient.es qu'après leur corps "glissent", ce qui peut compliquer les soins de ses collègues qui le lui reprochent avec humour. S'appuyer sur son groupe de pairs paramédicaux est très important pour Charlie, travailler ensemble et avoir des relations positives avec ses collègues semble lui permettre de tenir face à la difficulté du travail, surtout lorsque le contexte institutionnel se fait moins soutenant.

Elle peut par la suite revenir un peu plus spontanément sur la question de la mort. Elle associe principalement sur des situations cliniques, le plus souvent anciennes, dans une réflexion de portée générale au regard de ses valeurs du soin et de son idéal de travail. L'ancrage dans les principes du *care* et des soins palliatifs est prégnant. Elle fait comme un inventaire de différentes configurations de décès, notamment les situations qui lui sont éprouvantes. L'angoisse affleure, les mécanismes de défense aussi.

La clôture du premier entretien, qu'elle initie et qui est aussi amenée par l'appel téléphonique de sa collègue qui la sollicite dans le service, semble pouvoir ouvrir à un degré plus profond d'élaboration, plus réflexif. A partir d'un questionnement finalement assez projectif sur les possibles (et d'après elle surtout impossibles) applications du concept même de soins palliatifs à l'hôpital, et l'apport à son avis insuffisant de formations théoriques, elle décrit son propre fonctionnement défensif sous le prisme de l'évitement : "C'est vrai que je me suis jamais posé la question. Enfin j'ai jamais été au fond des choses. [...] Pour peut-être m'éviter une petite colère personnelle intérieure". Une colère liée à ce qu'elle perçoit comme une menace d'incongruence entre ses valeurs et ses pratiques, dire pratiquer des soins palliatifs sans le faire vraiment : "Ouais de le dire sans faire. Et puis euh… de ne pouvoir rien faire". Charlie décrit ici son impuissance face aux connaissances théoriques et à l'institution sociétale et hospitalière qui peinent à l'étayer dans sa confrontation à la mort. Une dimension projective de son angoisse face à la mort elle-même s'exprime sans doute aussi.

En début du premier entretien, les élaborations portent plus sur ses expériences dans différents services, et ont une portée générale. En fin d'entretien, elles portent davantage sur

[22] Lavage des cheveux.

son propre style, les pratiques qu'elle a développées au regard de ses valeurs morales et de son idéal au travail.

Lors du deuxième entretien, Charlie est dans un état psychique très différent, marqué par l'épuisement dans un contexte de mouvement social. Elle se saisit de l'entretien pour faire un récit des semaines écoulées depuis le premier, comme pour inscrire son discours dans une forme de continuité. Comme dans un espace thérapeutique peut-être. Mais parler lui est difficile : elle se sent fatiguée par le travail et le climat social ambiant. La plainte institutionnelle est encore plus présente, le discours idéalisé qu'elle peut porter sur les soins moins présent. L'élaboration d'une pensée est plus difficile, et elle s'en excuse d'ailleurs à plusieurs reprises. Il semble que dans le transfert elle ait l'impression de ne pas satisfaire les attentes, peut-être de ne pas être une *suffisamment bonne* participante.

Charlie apparaît aussi déprimée de façon très contingente par une série de décès la semaine précédente. Cet état dit peut-être quelque chose de sa difficulté à être confrontée à la mort malgré l'étayage de son expérience, de son équipe et de ses valeurs. Le mot "difficile" revient souvent dans son discours et semble condenser la souffrance qu'elle peine à mettre en pensée. Cette semaine difficile marquée par une série de décès revêt une dimension traumatique, et dont elle ressort usée, "fatiguée". Sa difficulté à penser se répercute contre-transférentiellement.

Dans cet état de fatigue psychique, elle appuie son discours sur celui d'une autre : le témoignage dans la presse d'une patiente hospitalisée dans en USP. Dans une certaine confusion entre la notion de soins palliatifs et les lieux qui y sont spécifiquement dédiés, Charlie utilise ce témoignage comme prêt-à-penser, transgresse le code implicite de l'entretien en le cherchant sur son smartphone et en lit des passages, plaque ainsi le récit de cette femme dans l'échange. Un discours empreint d'une idéalisation sans doute protectrice tant pour l'autrice que pour Charlie qui s'en saisit, et qui rejoint cet idéal de travail et ses valeurs morales mises en avant par le mouvement des soins palliatifs.

Elle commente très peu ce texte, en dit surtout : "J'ai trouvé ça merveilleux" et déplore qu'il soit "passé inaperçu". Elle abonde dans le sens des éléments auxquels elle s'identifie le plus, coupe les passages peut-être angoissants, comme lorsque l'autrice détaille les déficiences d'organes potentielles contre lesquelles la médecine ne se battra plus chez elle. Ce qui lui parle le plus, ce sont les descriptions très idéalisées, voire poétisées dans une certaine esthétique de l'écriture, des soins, de l'ambiance, du lien avec les soignant.es. Cette façon de se saisir de ce texte sans l'élaborer vraiment semble signer une dynamique de sublimation protectrice, peut-être aussi re-narcissisante, en lien avec la confrontation à la mort. Elle la maintient parallèlement à distance en ce que cela relève du travail en USP, alors qu'elle disait en amont concernant l'un des récents décès dans son service : "La réa normalement c'est un service où on sauve des vies plus que…", sans pouvoir terminer sa phrase.

Elle se saisit aussi de la compassion de l'autrice à l'endroit de son champ professionnel comme soutien face au manque de contenance qu'elle peut éprouver dans les accompagnements de fin de vie : "Maintenant je comprends enfin le rapport des soignants avec les patients, je comprends qu'ils n'en puissent plus". Une forme de reconnaissance de sa souffrance au travail et de sa difficile confrontation à la fin de vie, dans un service qui n'est pas spécialement pensé pour l'accompagner comme c'est le cas pour une USP.

La motivation de Charlie à participer à cette recherche est qu'elle se sent "attirée par les soins palliatifs". Elle y trouve un cadre théorique et pratique en accord avec ses valeurs. Cela semble ouvrir la perspective d'un travail satisfaisant et valorisant pour elle. Quelque chose de son désir semble s'exprimer ici d'aller vers un idéal de pratiques soignantes narcisssisant, du registre de l'Idéal du Moi.

Mais ce désir est ambivalent. Elle exprime avec un humour défensif avoir peur d'être "trop vieille" pour faire ce travail, avant de pouvoir associer plus clairement sur son état de "fatigue". Peut-être est-ce la confrontation régulière à la mort qui l'angoisse, à l'impuissance du laisser-mourir dans un service qui ne se bat pas contre cette échéance ultime. Cet *attrait* peut aussi être considéré comme une forme de fascination, et en même temps une voie possible pour faire quelque chose de cette question de la mort au travail.

Cette réflexion ouvre néanmoins sur une projection possible vers un projet hypothétique : elle relativise cette usure possible en s'appuyant sur le rythme de travail soutenu en réanimation, envisage pouvoir travailler dans un service de soins palliatifs mais "dans une petite structure". Sans doute est-elle ici à la recherche d'une structure institutionnelle à taille humaine, plus contenante, qui l'exposerait moins à l'usure professionnelle. Les USP sont en effet pensées en ce sens.

Ressort également un intérêt à participer à des travaux universitaires sur ce domaine qui l'attire. Elle associe spontanément sur sa participation au travail de Diplôme Universitaire de sa collègue infirmière. Il s'agit peut-être là aussi d'une façon de s'approcher de cet objet d'attraction que sont pour elle les soins palliatifs, et par là de cette mort angoissante à laquelle elle est confrontée, contenue par le cadre d'un travail universitaire porté par d'autres et donc moins coûteux.

Charlie considère sa participation à cette recherche-action comme "une réflexion sur soi-même". Dans un mouvement réflexif, elle analyse : "C'est vrai que souvent quand on parle, y a des idées qui viennent. Et puis euh… des souvenirs. Et euh… de fait de ces souvenirs y a un [...] ressenti, on se dit : « Bah tiens euh… c'est vrai ça je l'ai pas mis en place » [...] le fait de participer [...] à une recherche c'est aussi se… rechercher en soi ce qui euh… ce qu'on a déjà fait, ce qui est possible de faire. Qu'est-ce qu'on n'a pas fait."

S'exprime quelque chose d'un sentiment de culpabilité lié à son impuissance : elle dit avoir des regrets, non pas vis à vis d'actions qu'elle a faites, mais plutôt "sur ce [qu'elle a] pas fait [...], peut-être des choses [qu'elle a] pas vues [...] ou [qu'elle a] vues après". Elle fait un

lien et en élabore quelque chose de son ambivalence vis à vis d'un travail en soins palliatifs : "des fois on a du mal aussi [...] à faire et se protéger en même temps. C'est peut-être ça aussi qui me fait peur dans le fait d'aller en soins palliatifs."

Concernant son vécu des deux entretiens, elle met en avant un sentiment de "sécurité" qui se réfère plutôt à la fonction clinique des psychologues : "on peut parler euh… oui sécurisé." Elle trouve "rassurant d'avoir quelqu'un qui peut euh… comprendre les émotions de chacun et… les aider à… à gérer un peu". Elle semble convoquer la fonction clinique de psychologue pour là encore combler quelque chose de ce qui manque en termes de contenance, de ce qui est attaqué sur un plan affectif par la difficulté du travail notamment face à la mort, jusqu'à l'usure.

La participation de Charlie semble lui avoir permis de tenter d'élaborer une pensée par le récit de son expérience et de son rapport à l'institution hospitalière. Cette voie a mené vers une possible réflexivité qui met en sens ses pratiques dans une mise en tension entre angoisse et Idéal. Le cadre d'une rencontre avec une psychologue, porteuse d'une fonction clinique dans l'institution qui symbolise un possible soutien, peut-être aussi d'un symbole des soins palliatifs affiliés à un Idéal de pratiques, et dans une fonction de recherche qui propose une voie de sublimation par la contribution à un travail scientifique, ont été propices. En fin d'entretien, Charlie se montre très intéressée sur le devenir de ce travail, et demande à en être informée.

Fred, infirmière : "En tant qu'IDE, on est plus à l'aise avec la mort que beaucoup de médecins"

La carrière de Fred s'est déroulée dans le même service de réanimation, dans lequel elle a évolué professionnellement jusqu'à devenir IDE depuis plus de vingt ans. Un métier qu'elle connaissait du fait d'avoir un parent qui le pratiquait, ce qu'elle dit rapidement dans le premier entretien.

Elle se considère comme "une ancienne" dans son service, qualificatif mis en tension avec l'évolution des pratiques qu'elle a observée au fil du temps. Elle constate des améliorations dans la prise en soins, notamment d'un point de vue éthique. Elle décrit une meilleure considération de la subjectivité des patient.es au fil du temps, et a vu par exemple régresser des conduites euthanasiques dont elle a été témoin par le passé, contre lesquelles elle a pu s'opposer d'ailleurs. Elle raconte ainsi avoir refusé de doubler la dose d'un sédatif à la demande d'un médecin qui voulait libérer un lit pour accueillir un patient du SAMU : "On va rien doubler, tu respectes la mort".

Elle déplore néanmoins de voir ses collègues nouvellement diplômé.es moins s'investir pour elle dans l'accompagnement de la fin de vie, surtout les derniers moments, tâche à laquelle elle accorde une grande importance dans sa fonction soignante. Fonction qu'elle exerce aujourd'hui un peu plus à distance du fait d'un aménagement de poste qu'elle a souhaité, et qui rencontrait les besoins du service à l'époque. Plus à distance du terrain, avec

ses jeunes collègues elle se positionne aujourd'hui dans une forme de transmission formelle et informelle de ses pratiques et des valeurs qui les sous-tendent.

Une position dans son équipe qu'elle repère comme un avantage dans le sens où cela lui donne une grande autonomie dans son travail et une grande liberté dans ses échanges avec les médecins. Une relation de "confiance" qui s'est installée au fil du temps car elle "fait le taff" : "J'ai des bons rapports avec les médecins, [...] j'ai plus mes preuves à faire, donc euh, je suis libre d'exprimer ce que j'ai envie d'exprimer avec eux".

Elle évoque une relation avec les médecins marquée par une grande ambivalence, avec une reconnaissance partagée des compétences qu'elle décrit, et en même temps "beaucoup de conflits". Elle semble en effet avoir une place particulière dans la dynamique groupale de l'équipe pluridisciplinaire du fait de son ancienneté et d'un ancrage fort dans ses valeurs morales, qu'elle met en avant. Elle raconte qu'un médecin un jour lui a dit : "Moi [...] j'ai voulu te garder parce que toi tu me dis non".

Elle décrit en effet exprimer ouvertement son point de vue, et solliciter l'échange avec les collègues dont le positionnement diverge du sien, que ce soit dans un rapport interindividuel ou groupal. Un positionnement par lequel ses affects s'expriment, notamment du côté de la révolte. Mais ses aptitudes réflexives montrent en même temps qu'elle initie par là de véritables mouvements de liaison par la parole dans son équipe. Une fonction qui concourt à la réflexion collective sur les situations cliniques, notamment d'un point de vue éthique. Elle décrit en effet une première partie de sa carrière focalisée sur le versant technique de son travail, puis l'émergence de questionnements éthiques, notamment sur la douleur : "le gros sujet" pour elle dans ce service de soins intensifs sur des personnes dans un état critique. Sur la proportion des soins aussi. Elle dit avoir besoin de mettre du sens sur les soins qu'elle prodigue et dans son travail.

Elle décrit s'investir fortement d'un point de vue affectif dans la prise en soins des patient.es. Elle utilise beaucoup les adjectifs possessifs "mes", "ma", "mon" pour en parler, ce qui signe une forme d'appropriation dans la relation. Une dynamique ambivalente qui tend paradoxalement à les désubjectiver en même temps qu'à défendre leur subjectivité dans leur état, leurs besoins, leur volonté. Des éléments directement exprimés par les malades, ou qu'elle évalue en s'appuyant sur ses connaissances médicales et paramédicales et sur son expérience. Des mécanismes d'identification et de projection semblent aussi soutenir cette dynamique. Ils se construisent au fil du temps lors des soins longs et réguliers chez ces personnes en état grave, qui restent souvent longtemps.

Elle semble ainsi porter une fonction phorique dans la relance réflexive groupale, qui passe par une position héroïque pouvant devenir sacrificielle lorsqu'elle se dresse seule contre l'avis médical ou groupal. Cela est tout particulièrement le cas lorsqu'il s'agit de la proportion des soins, en réunion de LAT par exemple. Elle a souvent cette fonction de proposer la limitation ou l'arrêt de traitements. Une dynamique qui peut la mettre dans une fonction de

bouc-émissaire, porteuse d'une dimension mortifère en ce que les limitations de soins intensifs peuvent signer une évolution rapide vers un décès en réanimation : elle a déjà entendu des collègues parler d'elle en l'appelant l'"exterminateur". Une symbolique violente qui la met en colère, et parle du difficile rapport à la mort dans les services de réanimation.

Mais dans son besoin de mettre du sens sur ses soins, elle a aussi pu décrire dans son discours des situations cliniques où l'engagement thérapeutique lui semblait insuffisant, la limitation décidée trop rapidement. Cela témoigne aussi d'une certaine ambivalence, peut-être marquée par une maîtrise protectrice dans le besoin de comprendre et de penser les soins qui lui sont prescrits, et qui sont pris d'ailleurs dans ce rapport ambivalent aux médecins.

Son discours est ponctué de récits cliniques qui montrent la construction de sa pratique au fil du temps, et aussi comme elle a pu être exposée à des situations difficiles voire traumatiques, notamment du fait de la confrontation à la mort. Dès son entrée dans le service d'ailleurs, elle explique que "la première chose [qu'elle] voi[t], c'est dans une chambre un corps." Les situations complexes qu'elle évoque sont souvent très explicites, elle décrit les symptômes, les tensions relationnelles, les affects des familles… Quelque chose de très actuel semble encore à l'œuvre dans cette énonciation au présent.

Une forme d'usure semble s'être installée, qui s'exprime par cette grande sensibilité aux situations qui heurtent ses valeurs morales et qui la mettent en colère. Un affect qui par la voie de la sublimation devient révolte, et l'amène à se positionner de façon protectrice envers les malades. Cela relève à la fois d'une position héroïque et maternante.

Sa fonction soignante semble avoir une dimension identitaire dans cette construction étayée sur ses valeurs, et le rôle particulier qu'elle lui confère dans son service. Cela paraît à la fois l'exposer à une dynamique d'épuisement et lui permettre de tenir face à une certaine dureté du travail, notamment dans la confrontation à la mort de personnes gravement atteintes. Dureté qui se retrouve dans la révolte exprimée de façon réactionnelle, comme en miroir de celle des situations auxquelles elle est exposée depuis le trauma initial de ses premiers pas dans le service près de 20 ans auparavant. Elle s'en protège par un recours à l'agir, en paroles et en actes techniques, favorisé et adapté dans l'univers de ce service. Mais il entraîne une usure physique et psychique au fil des années, tout juste limitée par des aménagements de postes qui opèrent une forme de pare-excitation et permettent de la contenir suffisamment pour continuer son travail. Cela est protecteur, elle dit se sentir "très apaisée" par rapport à y a quelques années où… [elle] étai[t] plutôt très énervée contre tout". Il s'agissait peut-être implicitement de ne pas se déprimer.

Son expérience de terrain revêt une dimension protectrice par la place particulière qu'elle lui confère dans son équipe. Mais elle l'expose en même temps à l'usure et au trauma. Cette double valence de l'expérience professionnelle, soutient et limite à la fois ses capacités d'élaboration dans les entretiens de recherche. Elle fait d'ailleurs partie des soignant.es qui se sont le moins saisis de cet espace de l'entre-deux entretiens, s'étant surtout demandée "ce

que [j]'allais pouvoir en faire [de son discours ndlr]". Une réflexion qui relève plus d'une identification à position de chercheuse que d'une élaboration dans l'après-coup.

Le deuxième entretien est néanmoins saisi dans un prolongement du discours déployé lors du premier, marqué par la mise en récit de ses pratiques appuyées sur ses valeurs morales. Elle reprend comme le fil de son élaboration à ce propos, et entre dans la dynamique d'entretien par le récit d'une situation clinique qui fait écho à ce qui s'est dit lors du premier entretien : "Et aussi ça m'a fait marrer, parce que je me souviens t'avoir dit euh : « des gens qui partent pas tout seuls , etc », et juste après l'entretien, je remonte et [...] y avait une dame qui était en train de partir [rire léger]. Toute seule !" Son sentiment de révolte empreint d'usure s'exprime aussi dans la continuité du premier entretien : "Ça m'a saoulée", et semble la protéger d'affects plus dépressifs quand elle explique avec de nombreuses pauses à quel point elle trouve cette situation "triste".

La dynamique des deux entretiens est marquée par l'existence d'un lien clinique préalable, qui amène une certaine familiarité par le tutoiement et le registre de langue employée par toutes deux. Cela amène la référence à des situations cliniques communes, travaillées ensemble par le passé, pour lesquelles une forme d'élaboration semble reprendre dans l'après-coup. C'est aussi un lien qui favorise une expression directe de ses affects comme elle le fait avec son équipe et avec ses partenaires à l'hôpital, qui se prolonge dans les entretiens de recherche. Des affects qui peuvent s'exprimer avec massivité et qui peuvent sidérer contre-transférentiellement : la dernière question du deuxième entretien sur la motivation à participer a été tout à fait oubliée.

Bien que Fred exprime ressentir peu d'apport de sa participation aux entretiens de recherche, ils semblent avoir été un terrain d'expression saisi dans sa dynamique professionnelle, dans un équilibre mouvant entre épuisement et investissement. Elle déplie d'ailleurs lors du deuxième entretien un projet qui lui tient à cœur dans son service : la création de consultations pluridisciplinaires post-réanimation pour les patient.es qui sortent du service. Aborder ce projet semble relever de la pulsion de vie dans ce temps consacré à la question de la mort dans son travail.

Elle fait le bilan suivant de sa participation : "Le sujet est de toute façon super intéressant". Un intérêt en ce qu'un sujet tabou qu'elle porte particulièrement dans son équipe est abordé directement par le projet de recherche. Ce projet paraît ici soutenir institutionnellement son propre positionnement professionnel vis-à-vis de la mort au travail. S'affiliant plutôt avec la position de chercheuse que de participante, elle se montre intéressée pour avoir des informations sur le projet et ses résultats, souhaite être tenue informée des publications. Cet intérêt s'est poursuivi lors d'échanges informels ultérieurs à sa participation, au gré des rencontres dans d'autres cadres institutionnels.

Gwen, infirmière : "Moi je m'en sors parce que je m'intéresse à plein de choses"

Gwen est la participante la plus âgée de la population. Elle travaille depuis 19 ans en tant qu'infirmière, il s'agit d'une deuxième partie de sa vie professionnelle. Elle avait passé le concours d'IFSI[23] après son bac pour savoir "comment ça se passe", mais sa priorité à l'époque était de se concentrer sur sa vie personnelle. Elle a alors suivi une formation courte et a travaillé plusieurs années dans un autre domaine, bien que sa vocation d'infirmière était "quelque chose qui était quand même présent".

Les entretiens ont lieu dans le bureau de la psychologue-chercheuse, pendant son temps de travail. Cela la retarde : il y a eu un décès dans son service avant le premier entretien. Un contexte qui plonge d'emblée dans la vie du service dans lequel elle a toujours exercé, où les décès sont fréquents : la réanimation. C'est un service et une spécialité qu'elle investit particulièrement : "la réa, c'est vraiment mon cœur de métier".

Elle est depuis quelque temps sur un poste aménagé qui l'amène à être plus à distance du terrain, au profit d'un travail sur "les protocoles", "la formation", "l'accueil des nouveaux"... Cela lui permet d'être à une place de transmission de son expérience et de ses réflexions, et aussi de s'impliquer dans des travaux de recherche.

Elle se saisit du premier entretien pour exprimer sa frustration au décours d'une réflexion éthique sur la proportion des soins en réanimation. Elle parle de ces patient.es "sur lesquels on s'acharne", raconte des exemples issus de son expérience clinique.

Elle prend le temps de réfléchir, cherche ses mots en s'interrogeant à voix haute ("Comment dire ?"), pose beaucoup de questions rhétoriques, y répond par "je ne sais pas", "j'en suis pas sûre", formule des hypothèses qu'elle conclut par "je pense", "je suppose", "je crois", "je trouve". Son discours traduit une volonté de bien faire, mise en tension avec une culpabilité liée à l'écart entre ce qui relève d'un idéal de soins et les difficultés qu'elle rencontre. Elle pose d'ailleurs ce mot de "culpabilité" en fin d'entretien, lorsqu'elle évoque les situations de décès de patient.es jeunes.

Elle considère comme positif de s'être lancée dans cette carrière dans un second temps de sa vie d'adulte car elle "trouve que on est plus mature au niveau de la prise en charge du patient", tout spécialement dans des situations aussi difficiles que les fins de vie et les décès. Surtout dans un contexte politique et institutionnel qui complique le travail. Elle cite en exemple les salaires, "la T2A qui monte". Elle a en tête les ratios de personnel, dans son service ils sont plus importants qu'ailleurs, mais les évolutions du rapport à l'activité font que "nos soins sont de moins bonne qualité, parce qu'on n'a pas le temps". Ce sont les espaces de pensée qui sont pour elle le plus impactés : elle considère avoir "moins de temps [...] pour se poser, se mettre de côté, réfléchir…" Une situation usante voire déprimante ("On n'a pas

[23] Institut de Formation en Soins Infirmiers.

envie, on n'a plus le temps") qui entraîne un sentiment de culpabilité lié à la représentation d'un travail insatisfaisant, et aussi de la colère. "C'est grave".

La dimension de son travail qui la satisfait le plus actuellement, c'est son implication dans des travaux de recherche en lien avec une société savante de référence. Cela est possible et soutenu en réanimation où le haut niveau de technicité perpétuellement actualisé par le développement des connaissances médicales oblige à être en "constante évolution". Mais c'est aussi un temps difficile à préserver et qui déborde sur sa vie personnelle, alimentant une dynamique d'épuisement.

Cet intérêt semble revêtir une fonction défensive par une intellectualisation qui protège des affects mobilisés au travail et de l'usure qui s'installe, relevant peut-être aussi d'une dimension sublimatoire. Mais plus encore il semble s'agir là d'un véritable moteur pulsionnel qui permet de poursuivre le travail malgré les difficultés. Un moteur mû par une pulsion de savoir et dont les effets sont narcissisants. Ce mode de fonctionnement paraît finalement assez ancien. Elle explique en effet avoir "fait pas mal de, bah de DU à côté pour [s]e former" et avoir "quasiment fait tous les groupes de travail". La motivation qu'elle met en avant est la suivante : "J'adore euh évoluer en fait, j'ai besoin de ça !"

Dans cette rencontre, Gwen évoque assez rapidement des éléments de sa vie personnelle, pour n'y revenir que dans le dernier tiers du premier entretien. Dans un abord très défendu, pris dans une identification aux familles de patient.es, elle évoque les proches qu'elle a perdu au regard de son âge par rapport à ses plus jeunes collègues : "C'est sûr que... quand vous approchez de 55-60, en général vous connaissez plus de décès que quand vous en avez 18". Elle mentionne les défunts dont le décès respecte une représentation collective de l'ordre générationnel, qu'elle explique avec l'avancée dans l'âge, "les tontons, les tatas". Le choix de ces mots montre une discrète régression à l'évocation de ces parents perdus.

Ce discours ouvre sur un moment réflexif où elle peut parler plus frontalement de cette difficile confrontation à la mort qui la renvoie à l'idée de sa propre mort et au souvenir des personnes perdues. Cette expérience de vie fait qu'"on en parle plus librement". Comme Fred, elle se situe comme une "ancienne" par rapport à ses collègues, dans une perspective où les acquis de l'expérience et l'évolution des pratiques créent un écart.

Un rapport ambivalent à ses collègues, dans une mise en tension entre sa place d'infirmière expérimentée à un poste plus en recul qui travaille à structurer les pratiques de l'équipe, et l'appartenance à son corps de métier où le soutien entre pairs est essentiel. Elle repère bien les effets débordants de certaines situations difficiles qu'elle risque de "ramener à la maison" si elle ne prend pas le temps de les "évacuer" en équipe. Des espaces d'échanges le plus souvent informels, qui semblent revêtir une véritable fonction alpha bionienne des éprouvés bruts restés en suspens. Mais qui sont difficiles à dégager avec le rythme du travail.

De loin en proche, elle évoque avec une certaine pudeur une perte personnelle plus traumatique : un deuil périnatal. Sans aller plus loin dans la dimension intime de ce souvenir,

elle associe sur son identification aux patientes qui vivent une situation identique : “Parce que je l’ai vécu”. Son discours trébuche un peu plus : “Quand j’ai une maman euh… ic-, en réanimation, quand vous avez des mamans qui perdent donc leurs enfants, ça arrive assez souve-, enfin ça arrive, ça arrive quand même fréquemment”. L’emploi du verbe avoir témoigne d’une forme d'appropriation de ces patientes auxquelles elle s’identifie pour avoir vécu une expérience similaire. Le pronom personnel “je” bifurquant vers le “vous” permet une mise à distance protectrice.

Cette identification semble à la fois l’exposer à une réactivation d’affects de deuil potentiellement traumatiques et en même temps soutenir ses pratiques d’accompagnement dans ces situations si sensibles, qu’elle met en perspective avec celles de ses collègues :

“Mes collègues : « Oui mais elle pleure pas, [...] oui mais elle en aura d’autres euh » et elles parlent comme ça. Et c’est surtout des trucs qu’on veut pas entendre. [...] Je me dis euh, voilà moi je... on n’a pas envie de parler. -Fin, on peut avoir envie, voilà y a des gens qui vont pleurer qui vont parler, mais on peut aussi avoir, ne pas avoir envie, de de parler, d’échanger là-dessus, enfin, de le garder pour soi. C’est pas forcément euh… qu’on est en déni du, du décès, ou, ou… Y a un moment [...] où on doit laisser euh l’intimité aux gens”.

S’intrique une pensée relative aux pratiques protocolisées de collègues et sa dynamique de réflexion éthique dans ce travail si particulier : “Tout de suite faut faire un livre de bord[24], il faut... Bah non, on n’a pas forcément envie de ça, enfin. Faut laisser le choix au patient.”

De manière générale, l’identification aux familles et aux patient.es paraît structurer son approche du soin. Elle semble assez à l’aise avec ces malades et ces familles qui lui “renvoient des choses”, notamment lorsqu’il s'agit de mort ou de perte, même si cela peut être douloureux. Cela renvoie aussi à un positionnement professionnel au regard de son expérience personnelle : “Je pense que pour bien accompagner, faut être au clair aussi euh, avec la mort pour soi.”

Elle conclut le premier entretien à partir d’un propos sur sa représentation de l’accompagnement en fin de vie : “Ça reste très personnel”. Une phrase à entendre ici à la fois comme approche professionnelle subjective, mais aussi par rapport à la singularité des situations cliniques. En lien avec cela, elle émet le souhait d’être plus formée pour mieux s’adapter aux variabilités des situations rencontrées. Ce discours signe une certaine ambivalence dans une forme de recherche de normativité par rapport à la dimension singulière de ce travail qu’elle met en avant. Cela montre sans doute des défenses à l'œuvre qui contribuent à la protéger malgré ses capacités réflexives évidentes.

[24] Outil de recueil des soins pratiqués pendant le séjour en réanimation, dans un contexte où la personne hospitalisée peut être endormie ou avoir un état de conscience altéré, afin qu’elle puisse connaître l’histoire de sa prise en soins et en construire des représentations dans l’après-coup.

Le second entretien un mois plus tard est marqué d'emblée par une forte identification à la fonction de chercheuse au regard de sa propre expérience. À partir d'une interrogation sur la méthode au regard de la densité des échanges lors du premier entretien, elle associe sur ses propres travaux et projets. Des activités qui, par la prise de recul qu'ils permettent, semblent rendre possible une mise en pensée de sa souffrance au travail, notamment son épuisement professionnel. "Avancer intellectuellement" semble être une voie qui lui permet de tenir face à l'usure. D'autant plus qu'elle est sur un poste qui le permet, ce qui montre une certaine adaptation du service à ce que vit cette professionnelle et à ce qu'elle peut apporter au groupe.

Son investissement singulier dans son équipe semble relever d'une certaine position masochique en ce qu'il lui demande beaucoup d'énergie et déborde sur sa vie personnelle. Il la confronte aussi au manque de reconnaissance institutionnelle : "C'est quand même pour le service, parce que j'y passe beaucoup de temps personnel. Pour le service. Mais j'ai besoin de ça, moi pour avancer". Cela semble s'intégrer à une dynamique d'épuisement où elle déploie son énergie en plus de ses heures de service pour supporter ces dernières. Cette dynamique de fonctionnement génère néanmoins un certain bénéfice lié à une position héroïque voir sacrificielle.

Sa participation est mue par cette dynamique pulsionnelle. En tant que soignante "sensibilisée" aux enjeux de "la fin de vie à l'hôpital", elle souhaite aider, être utile en ce que "la recherche fait avancer les pratiques". Elle se défend d'un intérêt personnel à participer à la recherche bien que cela semble s'inscrire dans son économie libidinale. Se retrouve aussi cette dimension d'uniformisation des pratiques, dans l'idée de s'appuyer sur la recherche pour travailler à des "protocoles" et sortir du "chacun fait un petit peu à sa sauce".

À la fin, reviennent en condensé toutes les grandes thématiques qu'elle a abordé au fil des deux entretiens. La question des conditions de travail sur fond de colère et de culpabilité est toujours très présente, notamment au regard des problématiques particulièrement sollicitantes autour du soin et de la réflexion éthique en fin de vie, le manque d'étayage institutionnel à défaut de moyens suffisants, de formations adaptées.

La fin de l'entretien évolue vers un échange comme entre pairs chercheuses qui se soutiennent, à propos de thématiques sur la fin de vie. Se rejoue peut-être quelque chose de ce soutien entre collègues dans les services hospitaliers qui permet de faire face ensemble à la confrontation à la mort. Se rencontrent sans doute aussi dans la dynamique transféro-contretransférentielle des mouvements défensifs de rationalisation et de sublimation pour faire face à ces expériences professionnelles au potentiel traumatogène qui entrent en résonance. Sa toute dernière phrase est un encouragement assez confraternel pour la suite de la recherche : "Et bon courage !".

Handy, aide-soignante : "J'ai l'impression que plus j'en parle, moins je le vis mal"

Âgée d'une vingtaine d'années, cette aide-soignante travaille depuis 2 ans en médecine polyvalente. Il s'agit de son premier poste. Handy fait partie d'une deuxième vague de participation à la recherche dans ce service. Elle se saisit rapidement de l'espace de parole proposé par le premier entretien de recherche, semble assez à l'aise, peut s'exprimer longuement dans un mouvement introspectif où elle se raconte au travers de son histoire professionnelle. Elle peut se référer régulièrement à ses "émotions" qu'elle exprime "sans les restreindre ni les cacher" et met en avant son "huma[nité]" comme fondement de sa personnalité. Elle lie ainsi les dimensions personnelle et professionnelle de sa vie de façon assez poreuse. Elle évoque des membres de son entourage dans les entretiens de recherche, des personnes avec qui elle parle parfois de son travail. Elle propose des liens avec son rapport à la mort et sa culture (étant d'origine étrangère et arrivée en France pendant l'enfance).

Les premières années de sa vie d'adulte sont marquées par l'exploration de différents champs professionnels dans le milieu entrepreneurial et artistique, dont elle analyse que le point commun a toujours été la place centrale de la relation. Elle s'est orientée dans un second temps vers le métier d'aide-soignante, inspirée par une proche de la génération de ses parents qui exerçait ce métier. Elle a souhaité devenir aide-soignante avant d'envisager une éventuelle évolution vers le métier d'infirmière pour en quelque sorte tester sa capacité à être confrontée au milieu hospitalier "parce que clairement c'est pas donné à tout le monde de travailler à l'hôpital", d'autant plus dans la conjoncture institutionnelle et sociétale actuelle souligne-t-elle.

L'exercice de son métier s'inscrit dans ses valeurs personnelles humanistes, le *care* est au cœur de sa motivation. Son discours donne une place importante à l'expression de représentations sur son travail et sur son appartenance à son corps de métier. La question de l'ancrage semble essentielle et structurante : dans sa culture, dans ses valeurs, dans son groupe de pairs, dans son entourage personnel.

Il y a quelque chose d'exceptionnel pour elle dans ce à quoi son travail l'expose, notamment concernant la mort dont elle a accès aux "coulisses", "derrière la scène" dit-elle en filant une métaphore qui relève de l'artistique, du spectacle, peut-être dans une mise à distance défensive. Cette confrontation "glauque" l'angoisse en effet beaucoup, elle l'a "esquivé[e]" autant que possible pendant sa formation, jusqu'à son arrivée dans son service actuel où "là ça a été l'hécatombe".

Il en est de même pour la confrontation aux cadavres, dont elle parle largement dans son discours. Elle explique ainsi avoir eu besoin d'appréhender le contact au cadavre de loin en proche, à partir d'un évitement défensif vers un possible toucher qui est passé par l'observation d'une toilette mortuaire faite par des collègues. Elles ne comprenaient pas le sens de sa démarche. Elle parle des cadavres avec un abord très sensoriel, décrit le "toucher" particulier, les "rigidités cadavériques", l'effort physique nécessaire pour mobiliser un corps mort. "C'est dur de prendre à bras le corps un cadavre en fait" dit-elle. Le contact rapproché pendant le soin mortuaire semble dégager une forme d'inquiétante étrangeté.

Une confrontation à la mort dans un corps à corps qui semble prise dans un mouvement pulsionnel avec une dimension scopique et œdipienne en ce qu'elle a un accès

insolite à un objet tabou : le cadavre. Cela semble aussi narcissisant en ce que c'est exceptionnel. Mais c'est aussi angoissant : angoisse archaïque par l'identification aux personnes mourantes et aux corps morts, angoisse de castration dans son accès insolite au cadavre. Elle semble se protéger par une élaboration de sa pratique empreinte de sublimation qui vise à la faire passer d'une jouissance sur le mode du Moi idéal à une médiatisation par le travail qui en structure le rapport et la fait tendre vers un Idéal du Moi en tant que professionnelle.

Cette confrontation à la mort, source d'ambivalence, est aussi difficile du fait qu'elle investisse les patient.es dans la relation soignante-soigné.e ainsi que l'entourage. Cela semble sous-tendu par des mouvements identificatoires à la fois à l'endroit des malades et de leur famille, qui mobilise des affects massifs, débordant, dont elle va parler avec ses collègues et aussi son entourage personnel pour essayer de les intégrer. Cela s'exprime de manière très directe dans son discours, pouvant dire par exemple d'un patient dont elle apprend la mort soudaine : "Il était décédé. Ça m'a tuée !".

Son investissement des patient.es l'expose fréquemment à des affects de deuil suite à un décès, pouvant revêtir une dimension traumatique toujours actuelle dans l'énonciation qu'elle en fait. Des membres de son entourage semblent se positionner en tiers lorsqu'elle leur parle de ces affects, médiatisent une séparation par un rappel du cadre qui fait fonction de Loi et imposent une limite : "C'était ni ton grand-père et c'est ton **travail** en fait".

Mais il ressort de son discours que ces affects sont en fait étroitement liés à un traumatisme personnel concernant la mort, et plus particulièrement au cadavre. Dans la deuxième moitié du premier entretien, parlant de l'angoisse que mobilise en elle le fait d'aller en chambre mortuaire pour brancarder des corps défunts, elle associe sur les identifications que cela suscite au niveau des membres de sa famille.

Une association qui la mène à raconter avoir vu le seul corps mort d'un membre de sa famille auquel elle a été confronté, un aïeul dans son pays d'origine. Elle explique comment un rite spécifique qui intervient à la fin du processus de décomposition du corps l'a exposée à l'image du cadavre très dégradé, dont la putréfaction n'avait pas fini son œuvre, ce qui a dû différer la fin du rite. Elle décrit cette situation bizarre dont l'"image" est "restée" inscrite dans sa psyché, indigeste, d'autant plus que la situation laisse penser à des enjeux relationnels qui la dépassent entre les membres de sa famille, et qui relèvent aussi d'une dimension œdipienne dans l'accès au corps de cet aïeul. Les traces traumatiques de ce souvenir personnel par l'en-trop d'excitation semblent intervenir dans son rapport actuel à la mort et aux cadavres, amener une répétition à défaut de pouvoir être élaborée. En ce sens, il est intéressant qu'un récit sur ce discours personnel, en lien avec son expérience professionnelle de confrontation à la mort, ait pu se construire dans le cadre des entretiens de recherche.

Les affects massifs mobilisés par son travail, et tout particulièrement la confrontation à la mort en ce qu'elle mobilise d'angoisse et de perte, semblent redirigés par voie de

projection vers une plainte institutionnelle qui ponctue son discours. Elle exprime en effet beaucoup de colère à l'endroit de la politique de santé et des institutions hospitalières en général, parfois de l'institution où elle travaille en particulier. Une entité institutionnelle qui semble manquer de contenance pour la soutenir suffisamment dans les confrontations éprouvantes auxquelles l'expose son travail, notamment la question de la mort.

Elle se réfère au mouvement social de 2019, déplore un manque de moyens matériels et humains, de formation sur l'accompagnement en fin de vie, de réflexion sur la gestion de la mort à l'hôpital. Ce manque de contenance semble interférer dans cette quête d'Idéal du Moi de soignante, et entraîner un sentiment de culpabilité lorsqu'elle a l'impression de ne pas faire son travail comme elle le voudrait. Elle fait le récit de nombreuses situations cliniques qui génèrent de la souffrance par ce sentiment de culpabilité, disant par exemple sur le mode de la revendication : "Moi mon but c'est juste que le monsieur quand je le tourne il hurle pas dans mes bras quoi"

La fonction hiérarchique institutionnelle prend la forme d'un mauvais groupe externe sur lequel est projetée la souffrance au travail de son bon groupe de pairs (les paramédicaux, qui engagent leur effort pour prendre soin des malades malgré un contexte défavorable). Car en effet la place du groupe est importante concernant son travail, bien qu'il soit investi de façon ambivalente. Elle décrit en effet un véritable étayage sur le groupe de pairs, des mouvements organisateurs d'entraide notamment face à l'institution qui peut être vécue comme persécutrice. Et en même temps elle décrit un positionnement singulier dans son équipe qui semble la mettre à part. Elle porte une forme de fonction phorique dans cette verbalisation empreinte de revendication de ses affects et de ses valeurs morales. Elle en devient "Handy-la-trop-grande-gueule", on lui reproche d'être "jeune" et pas assez réfléchie par manque d'expérience.

Une dynamique usante : malgré son jeune âge et le récent début de sa carrière d'aide-soignante, son discours témoigne de signes d'épuisement professionnel. Cela relève en partie d'un positionnement héroïque et sacrificiel : à "trop tirer sur la corde", elle "abîme [sa] santé pour aller aider les gens". De manière défensive, elle forme le projet encore très abstrait de changer de service, dans un mouvement de fuite en avant.

Dans les entretiens de recherche, elle semble solliciter la relation par des interpellations directes dans lesquelles elle invite au partage d'affects et de représentations. Concernant une situation clinique, elle questionne par exemple de façon rhétorique : "C'est triste hein ?", explique concernant une autre : " Je sais pas si vous visualisez de devoir dire à une personne : « Aujourd'hui je vous lave pas les cheveux. J'ai pas le temps. »". Une forme d'investissement transférentiel qui s'inscrit dans sa démarche de participation à la recherche : "Quand je rencontre quelqu'un [pause] comme je vous rencontre là vous, je vais être dans la franchise". Cela témoigne peut-être d'une difficulté à se réguler dans la relation, ou encore de sa grande capacité à mettre en commun dans la rencontre.

Elle se montre par ailleurs sensible à l'écoute particulière de psychologue-chercheuse, qu'elle commente : "Quel résumé. Magnifique. [...] vous avez tout bien saisi". Une forme de séduction dans la rencontre invite à une proximité relationnelle, où elle semble chercher à valoriser la fonction de chercheuse en même temps qu'elle tire un bénéfice à participer. Elle dit apprécier pouvoir déplier ses idées sans contrainte de résultat, ce dont elle a rarement l'opportunité dans son travail.

Elle met en avant les effets de cette écoute dans le deuxième entretien, portant d'emblée un regard réflexif sur l'entre-deux entretiens. Elle relativise un peu plus l'expression de sa souffrance au travail, met en avant une position héroïque dans une acception narcissisante : "On fait ce qu'on peut et pis…c'est toujours mieux que rien faire", se disant en rentrant chez elle que par son travail elle a "fait un truc bien", une "B.A." comme "quelqu'un qui donnerait euh… de l'argent à un sdf dans la rue".

Elle exprime que le fait d'avoir "verbalisé" et "réfléchi" sur les difficultés qu'elle rencontrait dans sa confrontation à la mort lui permet de "voir moins négativement" la question du décès dans des services non dédiés aux soins palliatifs. Cela témoigne d'une dynamique d'élaboration de pensée concernant ses représentations de la confrontation à la mort dans son travail depuis le premier entretien, et aussi un relatif apaisement de la tension qui y est lié. Un véritable effet thérapeutique de la parole a pu se déployer dans un cadre qui n'est pas celui de la thérapie. Elle aborde aussi une situation clinique actuelle de fin de vie dans son service qui, elle trouve, s'est mieux passée en ce qu'elle correspondait plus à sa représentation de soins palliatifs. Cela va dans le sens d'un effet d'étayage des pratiques professionnelles de la participation. La reprise dans l'après-coup permet sans doute d'en alimenter la dynamique.

De sa plainte institutionnelle, il reste surtout la dimension sociétale, dans le rapport tabou à la mort qu'elle analyse notamment par comparaison à sa culture d'origine. La dimension défensive apparaît comme secondaire par rapport à une dynamique d'élaboration qui vise à donner un sens à la dureté de son travail.

Un autre effet intéressant de sa participation se trouve dans une mobilisation pulsionnelle, sans doute sous-tendue par une dynamique de sublimation, qui l'a poussée à lire sur la mort entre les deux entretiens. Elle explique en effet que quelques jours avant le deuxième entretien, elle a eu envie de relire un roman qui parle de la mort : *Les thanatonautes* (Werber, 1994 ; cf Annexe 7B). Une activité qu'elle avait mis de côté au début de sa vie d'adulte, quand elle a accédé à l'autonomie. Il s'agit d'une fiction qui alimente une élaboration spirituelle qui elle-même semble rendre plus supportable la confrontation à ce qu'il y a d'effroyable dans la mort, ce rapport au cadavre étrangement inquiétant, et son identification aux personnes en fin de vie. Elle dit aussi avoir eu envie de relire un poème de Baudelaire étudié pendant sa scolarité : *La charogne* (1857 ; cf Annexe 7C), qui décrit un animal en décomposition et parle de finitude avec une esthétique poétique propre à l'auteur. Ce

mouvement pulsionnel est intéressant au regard de sa problématique personnelle vis-à-vis des cadavres, en lien d'ailleurs avec leur traitement par sa culture.

Les références à ces œuvres soutiennent son élaboration sur la mort en même temps que la dimension pulsionnelle affleure dans son discours, par exemple quand elle décrit ce mouvement de poussée inconsciente de façon triviale et transgressive au regard du contexte : "Ça m'a pris comme une envie de pisser", puis elle rit et s'excuse. La dimension pulsionnelle affleure régulièrement lors du deuxième entretien, sur une motion orale par exemple lorsqu'elle demande à fumer sur sa cigarette électronique, ce qui revêt aussi un caractère transgressif dans un local fermé.

Elle fait un bilan positif de sa participation : "Pour moi c'était vraiment bénéfique ce… cet entretien. Je le… vois vraiment différemment le soin pal' et tout, ça me… ça me fait moins peur, y a moins ce côté un peu euh… Ouais un peu glauque de… de la fin de vie euh… C'est… ouais c'est bien". Elle tire des effets bénéfiques du fait qu'"on m'a juste demandé mon ressenti. En validant en fait, mon ressenti. Donc du coup, comme je me sens validée dans mon ressenti [...] si ça peut aider tant mieux". Elle souhaiterait pouvoir étendre ce bénéfice à son équipe : "Je pense que vraiment vous devriez le faire [avec d'autres ndlr] ou même en groupe ! Je pense que ça peut être intéressant […] une fois par an ou une fois tous les… trois ans, j'en sais rien, de venir et… de laisser les soignants s'exprimer en fait [pause] euh… là-dessus."

Sa participation initialement motivée par cette tendance à vouloir aider propre à sa représentation de sa fonction soignante, l'espace de la recherche semble avoir été pris dans sa dynamique de liaison pulsionnelle face à la déliaison de la mort qui abrase. Dans son équilibre mouvant entre défenses et élaboration, il a soutenu sa tendance à élaborer comme mouvement qui relève de la pulsion de vie. Un effet positif sans doute très temporaire, dont elle souligne qu'il pourrait être nourri par la réitération de propositions d'espaces de parole, notamment à un niveau groupal.

Kim, aide-soignante : "Je suis plus dans les actes que dans les paroles"

Kim est parmi les plus jeunes à avoir participé. Ses entretiens sont les plus courts, avec 36 min pour l'entretien 1 et 29 pour l'entretien 2. Elle y évoque son expérience, travaillant en tant qu'aide-soignante depuis environ 3 ans, en poste en Médecine Polyvalente depuis près d'un an suite à un premier poste en rééducation spécialisée. Son discours est marqué par de nombreux récits cliniques racontés au discours direct, qui plongent dans la situation avec elle. Ce sont des souvenirs de situations qui l'ont mises en difficulté, surtout en ce qui concerne la confrontation à la mort. Les entretiens de recherche sont saisis comme un espace pour dire quelque chose des affects mobilisés par son travail. Son discours témoigne aussi des mécanismes de défense qui opèrent pour la protéger de situations potentiellement traumatiques, face auxquelles elle se sent démunie.

Son entrée dans la profession s'inscrit dans une tradition familiale du métier d'aide-soignant.e. Une identification à ces ascendant.es l'a amenée dans ce choix de carrière de façon intuitive sans élaborer spécifiquement sa vocation, ce qui fait penser à une forme de transmission, peut-être en partie transgénérationnelle. Il est intéressant de noter que ses choix de postes opèrent comme une tentative d'individuation dans sa famille : elle a souhaité travailler dans des institutions où aucun membre de sa famille n'avait travaillé pour ne plus être "la fille d'Untel", comme ça a pu être le cas lors de ses stages, pendant sa formation. Un mouvement tempéré : elle reste néanmoins sur le même secteur géographique.

Dans cette mouvance de se détacher d'une famille à laquelle l'identification massive tend vers le collage, elle raconte un choix de partenaire de vie en dehors de la répétition familiale, qui ne travaille pas dans le soin. Une altérité à la fois organisatrice et désorganisatrice en ce que les échanges permettent de tiercéiser le rapport au travail, mais l'amènent aussi à se sentir incomprise, parfois culpabilisée même par des retours qui mettent en exergue les problématiques éthiques auxquelles elle est confrontée : "Ah ouais, à l'hôpital, vous… vous travaillez comme ça, c'est pas cool…" Kim aussi souligne le manque de moyens techniques et humains qui la mettent en position de se sentir maltraitante, de ne pas bien faire son travail.

Son métier est donc pris dans sa construction identitaire. La question de l'appartenance à son corps de métier est importante dans son discours, elle y appartient comme à une famille.

Il est intéressant de noter qu'elle a peu pensé la question de la mort dans son orientation professionnelle. Lorsqu'elle s'y est trouvée confrontée, elle s'est tournée vers sa famille et vers ses collègues plus expérimenté.es pour trouver des ressources. Elle rapporte un discours similaire de chaque côté : "Tu verras sur le terrain, tu t'y habitueras, tu sauras comment faire après". Une promotion de l'apprentissage par l'expérience, mais aussi une transmission du dénuement face à cet impensé de la confrontation à la mort : "Eux-mêmes en fait ils les ont pas eues donc euh [des informations aidantes ndlr], ils retransmettent. Ce qu'on leur a dit".

À l'école aussi : "On nous apprend pas à gérer ça hein". L'emploi du verbe *gérer* comprend ici une dimension d'agir protecteur. Ce défaut de transmission l'a laissé démunie face à cette question de la mort : "Je me dis : « Bah mince alors, qui peut savoir ? »" Elle est dubitative, dans un mouvement de liaison qui relève de la pulsion de vie : "C'est ce qu'on me répète depuis longtemps, mais j'y crois pas". Mais elle remarque dans le deuxième entretien adopter aujourd'hui cette même posture avec les professionnel.les nouvellement diplômé.es, dans quelque chose qui relève plutôt de la déliaison : "Et moi aussi je me retrouve maintenant à redire la même chose en fait !"

Elle se situe ainsi dans ces générations de soignant.es et de sa famille, répète quelque chose de cet impensable qui n'a pu être élaboré par les générations qui la précèdent, dans ce double ancrage très fort à la fois à sa famille et à son corps de métier. Cela entraîne un

investissement particulier de son travail qui passe par celui de sa représentation d'appartenance au son corps de métier, s'inscrivant elle-même dans son appartenance familiale, son affiliation.

Kim situe d'abord sa première confrontation à la mort au travail dans son service actuel, où les situations de fin de vie sont fréquentes. Mais son discours montrera qu'elle est en fait antérieure.

Elle évoque d'abord des situations de décès inattendus qui revêtent une dimension traumatique. Puis parlera finalement d'une confrontation à un corps très dégradé retrouvé au domicile, dans le cadre d'une expérience de stage. Un refoulement semble avoir opéré. Kim décrit aussi finalement deux décès survenus dans sa précédente institution, un service de moyen séjour où les personnes restent plusieurs mois.

Elle dit que le premier de ces deux décès a été brutal dans la rapidité et le caractère soudain de sa survenue, suite à une embolie pulmonaire. Elle raconte ensuite que cet événement soudain a amené l'équipe à mettre en place un système d'intervention d'urgence dans une pièce commune de l'institution, pour éviter que cela ne survienne à nouveau. Mais c'est à cet endroit que le second décès auquel elle a été confrontée est survenu, suite à une fausse route entraînant une suffocation. Le matériel n'a pas pu être utilisé par défaut d'adaptation aux locaux, et la réanimation entreprise, à laquelle elle a participé, n'a pas permis de l'empêcher. Angoisse et colère s'expriment au fil de son récit. Un caractère de répétition opère, qui semble en majorer la dimension traumatique. Peut-être un sentiment de culpabilité et d'impuissance aussi, lié à l'échec de la réanimation. Il est intéressant de noter que la réponse technique de l'institution au premier décès était inadaptée : il semble s'agir là d'un agir défensif insuffisamment élaboré, qui a rendu la réponse inopérante à la problématique des décès soudains. L'institution est décrite comme insuffisante à étayer les soins de réanimation, et ensuite la gestion des corps, car les décès y sont peu fréquents et cela n'est pas pensé institutionnellement.

Au-delà du caractère soudain de ces décès, la question de la relation a contribué à rendre la situation douloureuse, du fait des suivis longs qui amènent un investissement affectif des patient.es au fil de la relation de soins : "Même si on dit qu'on va pas s'attacher, on s'attache". Des affects mobilisés par la relation auxquels elle ne s'est pas sentie sensibilisée par sa formation, qui lui a apporté peu d'étayage en ce qui concerne l'élaboration de cette intersubjectivité : "C'est ce qu'on nous dit en fait en formation, [...] : « Quand vous arrivez au travail, euh… Voilà, on s'attache pas, c'est votre travail, vous devez, euh… quand même garder une distance etc ». C'est compliqué, on rentre déjà dans leur intimité, automatiquement ils rentrent aussi dans la nôtre."

Il s'agit aussi de cette place particulière où les soignant.es constituent un étayage pour les personnes en rééducation spécialisée, apprenant à vivre avec un handicap moteur. Ces décès ont opéré comme de véritables pertes, et ont mobilisé des affects de deuil.

Il semble que la nature traumatique de ces décès, surtout celui décrit en salle à manger, ait influencé son changement de service, du fait d'une désillusion pluridimensionnelle à l'endroit de l'institution, qui comprenait cette *gestion* des décès insuffisamment contenante. Mais son arrivée dans ce nouveau service qu'est la médecine polyvalente a marqué l'entrée dans un autre rapport à la mort : plus fréquent, mais aussi plus pensé du fait d'une dimension palliative qui peut être verbalisée dans certaines situations, et dans le cadre de relations de soins plus courtes : "Ça fait bizarre au début", dit-elle dans un rire défensif.

Les contextes de décès les plus éprouvants pour elle restent lorsqu'une relation étroite s'est tissée avec le ou la patiente. Ou bien lorsque les décès surviennent en série. La question de la répétition est au premier plan. Dans le premier contexte, la massivité des affects de deuil semble la déborder. Dans le second, il s'agit plutôt d'un excès d'angoisse dans un effet d'accumulation. Dans les deux cas, ce débordement peut devenir une véritable effraction qui revêt un caractère traumatique. Situation dont elle se protège, principalement par l'évitement et dans l'agir : "On essaye de penser à autre chose", "on fait ce qu'on a à faire". Le *on* groupal semble contribuer à contenir ses affects. Elle décrit aussi quelque chose qui relève plus du refoulement : "J'ai une capacité énorme à oublier". Elle en perçoit la dimension défensive avec ses avantages et ses inconvénients : "Je sais pas si c'est bon, mais euh, ça a bien fonctionné en tous cas".

Dans les entretiens de recherche, elle exprime surtout une lassitude et de la colère, du fait de se sentir insuffisamment soutenue face aux situations difficiles, notamment par l'institution. Quelque chose semble aussi se répéter à cet endroit, l'institution paraît attendue à une fonction de contenance qui lorsqu'elle fait défaut devient support projectif de la souffrance au travail.

Bien que parmi les deux plus jeunes de l'échantillon, Kim montre déjà des signes d'épuisement professionnel. Lors du premier entretien, elle décrit les effets des éléments restés suspendus pendant la journée de travail qui lui reviennent en rentrant chez elle, quand son "cerveau" se "débloque" : "Je me pose sur le canapé et je fais : « Oh, la journée mon Dieu ! »", et elle rit. Elle ressent le besoin de "décompresser".

Dans le deuxième entretien, elle parle longuement d'une collègue en situation d'épuisement professionnel qui n'en "[pouvait] plus" du fait de ses conditions de travail et de la confrontations aux situations difficiles, notamment de fin de vie. Elle a demandé un suivi psychiatrique car "y a eu pétage de plombs". Termes qu'elle utilise pour elle-même en parlant de son départ dans sa précédente institution. Une identification à sa collègue épuisée semble sous-tendre son discours, comme quelque chose dont elle sentirait inconsciemment la menace.

La question de l'identification est d'ailleurs très présente dans ses récits sur les situations cliniques, à la fois aux malades et aux familles, aux familles spécialement autour du décès. Dans ce fonctionnement un peu *familial* de l'abord de son métier, son discours montre une intrication entre ses représentations de soignante et la relation aux patient.es Sans

espaces ni outils d'élaboration possible, cela peut être en effet usant par les affects massifs mobilisés.

Son discours laisse transparaître néanmoins un ancrage dans les soins palliatifs, dans l'importance qu'elle attache au confort en fin de vie, la sensibilité aux situations d'obstination déraisonnable qui la révoltent. Mais cela semble insuffisamment élaboré pour être mobilisé de façon conscientisée.

L'entrée dans le deuxième entretien est plus défensive. Les affects sont mis à distance au profit d'un sens plus opératoire de sa participation : "Peut-être que ça pourra faire un peu changer les choses". Cela relève aussi d'une fonction soignante héroïque, aider, se rendre utile.

Elle exprime par ailleurs, sans doute avec une dimension d'évitement défensif, ne pas voir l'intérêt à une formation sur la fin de vie car elle ne peut pas se représenter ce qui pourrait y être dit, tant les discours qui lui ont été transmis à ce sujet étaient peu étayant : "Je pense c'est une panne d'idée générale, et personne ne sait comment… l'aborder, comment commencer". Cela questionne aussi, dans la mesure où d'autres collègues de son équipe, ou dans son rapport d'âge, ont pu faire part d'une pensée plus élaborée et mieux intégrée dans leur vie professionnelle de cette confrontation à la mort. Il semble y avoir ici quelque chose d'inopérant dans la transmission, peut-être du fait de la déliaison qu'entraîne la confrontation à la mort et des mécanismes de défense individuels et groupaux que cela mobilise. Elle dit d'ailleurs de façon paradoxale "esquive[r] en général ce genre de discussions". Peut-être aussi par défaut d'espaces pour penser la confrontation à la mort en équipe, de façon groupale.

Quelques affects dépressifs affleurent à l'évocation de ce dénuement par manque de contenance par les pairs et par l'institution. Mais il s'agit beaucoup d'impuissance, qui entraîne un échec du mode défensif opératoire, devenant ensuite colère projetée sur les institutions et les fonctions hiérarchiques ou formatrices qui font défaut, comme une voie de ré-énergisation. S'exprime aussi quelque chose d'une menace d'effondrement face à la mort, par le risque d'épuisement.

La mise en mots dans l'espace des entretiens de recherche, en ce qu'elle invite à l'introspection, semble néanmoins permettre une mise au travail de ces éléments latents, permet une forme de liaison par le discours, et aussi la mobilisation de quelque chose qui relève d'un Idéal du Moi soignant, ce qui n'est pas anodin au vu de son histoire professionnelle.

Dans cette ambivalence entre défense et désir d'élaboration face à cette confrontation éprouvante à la mort, elle exprime néanmoins en fin d'entretien une demande d'aide concrète par de la formation, qui revêtirait aussi une dimension protectrice dans l'agir du *que faire* en réponse à l'impuissance et la culpabilité auxquelles ces situations l'exposent.

Quelque chose de l'actuel émerge à la fin de l'entretien, comme une ultime mise au travail qui parle de sa fonction de soignante face à la mort, avec le filtre de l'agir défensif : "J'ai une dame qui est décédée ce matin aussi, donc faut que… je l'emmène après [en chambre mortuaire ndlr]". Il semble s'agir ici d'une dynamique qui tend à sortir de l'entretien et retourner à l'activité de service, de faire une jonction entre les deux dans une porosité entre les deux espaces qui fait penser à la description du travail de trépas par De M'Uzan, décrivant que la personne mourante tend à emporter quelque chose du vivant avec elle.

Kim exprime en fin d'entretien souhaiter tendre vers de plus grandes capacités à parler de la mort en situation professionnelle. Elle semble vouloir emporter avec elle les capacités d'élaboration mobilisées en entretiens de recherche. C'est une démarche qu'elle appréhendait, et qu'elle à faite avec le soutien de sa cadre de service qui l'y a encouragée, trouvant cela pertinent pour elle. Sans doute a-t-elle perçu les difficultés de la soignante. Kim trouve positif d'avoir finalement trouvé nos échanges "pas si durs". Mais cela reste encore très sensible : "on verra" conclut-elle, demandant néanmoins spontanément à pouvoir lire la thèse "si un jour elle est terminée".

Lou, infirmière : "Moi ça ne me choque pas de verser une petite larme"

Lou est infirmière depuis deux ans et demi. Sa participation à la recherche est une initiative personnelle suite à une communication institutionnelle. Elle souhaite y faire part de son expérience en tant que jeune infirmière qui a toujours travaillé dans le même service : la réanimation où elle occupe un poste de nuit. Elle semble être dans une phase de sa vie professionnelle où elle constate avoir acquis des connaissances et des compétences au fil de l'expérience de terrain, notamment dans l'accompagnement des fins de vie face auquel elle était particulièrement démunie en sortant de sa formation initiale.

Elle évoque en effet les injonctions reçues durant ses trois ans d'IFSI à "ne pas montrer" ses "émotions" aux malades ou à leur entourage au regard d'une "barrière soignant/soigné" à maintenir dans la relation d'accompagnement "pour protéger le soignant et pour que la prise en charge se déroule bien". Des consignes empreintes de maîtrise et de distance défensive qui ne font pas sens pour elle, qu'elle trouve "un peu bateau" et qui ne l'"aide pas vraiment", dit-elle dans un rire défensif. Elle les critique : "Mais ça c'est bien sur le papier, après, dans le quotidien, la barrière soignant/soigné on l'a dans beaucoup de situations mais parfois les patients qu'on connait très très bien c'est difficile d'avoir une distance."

Cette injonction semble entraîner de la culpabilité quand la relation et l'investissement affectif qui la sous-tend se développe au fil du temps et de la prise en soins. Elle "pense qu'on en parle pas assez [...] à l'école". Si le vécu des malades y est abordé, elle se sent très "désarmé[e]" et dit ne "pas savoir comment réagir" face aux variations concrètes des situations cliniques : "Si la famille est là, si elle est pas là, en fonction des souhaits de la famille,

des patients, des fois on a rien, on ne sait pas…" Elle décrit ici un manque d'étayage par la formation initiale, mais cela semble aussi relever d'un besoin de maîtrise défensive par laquelle elle aurait des consignes précises lui permettant de faire face à toutes les situations sans trop d'angoisse.

Développer largement ce sujet lors du deuxième entretien l'amène à formuler un positionnement professionnel : "Je pense que en fonction de nos autres expériences de travail, nos expériences personnelles, ça touche aussi beaucoup et ça fait adapter tout ça."

La question de la relation et de ce que cela mobilise comme affects est centrale dans son discours. Une relation qui s'appuie à la fois sur les connaissances théoriques et pratiques acquises en matière d'accompagnement relationnel, mais aussi sur des mouvements identificatoires. Elle paraît s'identifier aux malades, surtout les plus jeunes, qui lui ressemblent un peu finalement et pour lesquels "on essaye de tout donner", c'est-à-dire que l'équipe engage des soins intensifs lourds en vue d'une guérison.

Dans les situations de fin de vie, cela l'amène à être particulièrement attentive au vécu des patient.es, nourrit sa réflexion éthique. Elle dit par exemple : "La réanimation, c'est dur, c'est lourd pour les patients, c'est galère, c'est traumatisant", et considère de fait la fin de vie en réanimation comme "souhaitable pour personne". Une culpabilité émerge, liée à la souffrance des malades et au traitement du corps en soins intensifs, "violents" et "traumatiques". Il en ressort l'expression d'éléments traumatiques chez elle, sous-tendus en partie par ces mécanismes identificatoires. Elle se sent parfois "perdue" ou a du mal à "compr[endre]" ce qui se passe autour d'elle, elle semble sidérée.

Sa première confrontation à la mort dans son travail a d'ailleurs une valence traumatique. Elle raconte :

"Je me souviens, toujours, toute ma vie je pense. La première fois que j'ai été confrontée à la mort, je me souviendrai toujours, j'ai une image en tête, comme si j'avais fait une photo de l'instant présent. Je pense que dans ma tête j'étais un peu figée, peut-être un peu choquée de voir la fin, comme ça, d'un coup, chez une dame qu'on côtoyait, avec qui on parlait 5 minutes avant. Je pense que ça a été vraiment choquant [...] j'ai cette image là, de la dame qui avait les soignants autour et son regard 5 minutes avant sur moi, à la porte, qui la regardais. Je me souviens de ça et puis boum, elle n'est plus là. J'ai cette image."

Une confrontation vécue comme soudaine marquée par l'interjection "boum", qui laisse une trace non digérée sous forme d'image, une réminiscence traumatique. Le regard de la patiente sur elle avant de mourir, son regard sur le cadavre juste après le trépas semble entraîner une confusion entre la vie et la mort, qui la happe dans une frontière troublée. Elle décrit sa sidération, "figée", transitoirement en état de choc. Son discours-même est marqué par de nombreuses répétitions.

Et elle s'identifie beaucoup aussi à l'entourage, surtout les familles. Elle décrit finement les liens qui se tissent au fil du temps, des rencontres, des échanges. Des familles qui

lui permettent parfois de connaître des patient.es qui ne peuvent plus parler, du fait de sédations par exemple. Elle ressent la lourdeur de ces situations “pesantes” lorsque les médecins annoncent de mauvaises nouvelles. Après le décès, elle partage leur peine : il lui paraît alors naturel de “verser une petite larme” avec la famille et de les prendre dans ses “bras”. La culpabilité liée à l’injonction à ne pas *éprouver* au nom de la distance professionnelle rend pudique l’expression des affects de deuil qui sont pourtant inévitables du fait de la relation. Affects qui s’expriment aussi, notamment sur un mode dépressif, lors de la dernière séparation avec la famille qui quitte le service après le décès : “Quand ils s’en vont, il y a aussi le patient qui s’en va. [...] On essaye de pas être effondré devant eux, mais quand ils partent, ça fait un vide d’un coup. Le patient est parti, la famille est partie, voilà, ils sont tous partis”. Il y a à tenir devant la famille, et quelque chose qui se relâche à son départ. Cela est ambivalent et montre comment les injonctions à se contenir de façon rigide ont pu être intériorisées malgré son discours manifeste en faveur d’une expression des affects.

S’identifier semble être un vrai moteur pour avancer dans la relation de soins, avec une acuité singulière dans les situations de fin de vie. Elle réfléchit ainsi lors du deuxième entretien : “On adapte au final la prise en charge aussi en fonction de ce que l’on aimerait peut-être”, pour soi-même “ou pour sa famille”. S'identifier à la famille qui va perdre un proche et en même temps projeter ses proches virtuellement à la place des mourant.es semble servir de repères dans ces situations complexes qu’elle découvre au fil de sa carrière.

Lou décrit finalement assez peu les tâches de son travail. Elle se concentre sur l’évocation de contextes cliniques de portée générale en fin de vie, où elle réfléchit aux dynamiques relationnelles et à ses pratiques et modes de fonctionnement, met au travail ses représentations de son travail. Du point de vue de la clinique, elle aborde surtout des problématiques actuelles, détaille peu de situations singulières. Elle élabore assez facilement les difficultés qu’elle rencontre et se montre très sensible aux circonstances qui entourent le décès, notamment l’âge des patient.es et le caractère attendu ou soudain d’un décès.

En lien avec ces deux dimensions, la question de l’obstination déraisonnable est importante, notamment concernant les personnes âgées pour qui l’espoir de guérison est mince et le risque de séquelle important. Le risque de décéder dans l’inconfort de soins très lourds ou de survivre au prix d’une grabatisation irréversible est une grande préoccupation. Le fait de pouvoir communiquer avec les patient.es aussi, s’assurer de leurs volontés, les connaître pour avoir une “approche personnalisée” et améliorer autant que possible leur quotidien. Cela semble structurant, relève peut-être aussi d’une maîtrise protectrice.

Les deux entretiens témoignent par ailleurs de l’importance de l’identification et du soutien entre collègues pour “s’appuyer sur les autres et voir après ce que l’on aimerait faire”. Elle explique : “Il faut le vivre et copier les collègues un peu”, puis elle rit. C’est une articulation de la construction d’un positionnement professionnel à partir de l’identification au regard de de ce qui lui semblerait bien pour ses proches. Cela semble reposer sur des mécanismes en partie inconscients ou pré-conscients. La relation entre pairs l’étaye : “Quand ça arrive, oui

c'est beaucoup d'observation en fait et d'appui sur le binôme infirmier/aide-soignant". Une relation faite du *travailler ensemble*, et aussi de récits : "Observer les autres, regarder comment ils font, [...] comment ils faisaient au moment où moi je ne savais pas. Les observer, écouter les histoires justement quand on se raconte". L'emploi du "on" est intéressant en ce qu'il ramène le sujet à son expérience professionnelle. Une dimension identitaire émerge : les expériences professionnelles font les soignant.es, et les raconter c'est se raconter en tant que professionnel.les.

Ce même pronom revêt des fonctions différentes au fil de son discours. Le plus souvent, il vient remplacer le "je". Lou semble étayer sa pensée sur le groupe, cela permet peut-être une mise à distance défensive dans son récit, mais montre aussi l'importance de la dynamique groupale. Avancer "tout le temps ensemble" permet de faire corps face à ces expériences de terrain lourdes, qui peuvent traumatiser.

De par sa démarche volontaire, Lou paraît s'investir et investir la rencontre des entretiens de recherche. Elle se montre particulièrement introspective et y déploie sa pensée. Le deuxième entretien est ainsi marqué par un effet d'élaboration important dans l'entre-deux, surtout juste après le premier et avant le deuxième. Elle raconte : "J'ai beaucoup réfléchi surtout sur le trajet retour sur tout ce qu'on a dit." Elle exprime être "satisfaite" d'avoir pu apporter son regard sur cette problématique dans son travail. Il paraît important pour elle de se montrer contributive dans ce projet. Dans une dynamique où elle semble vouloir être la plus exhaustive possible, elle explique : "Après il y a des petites choses où je me suis dit: « J'aurais dû dire ça »".

Quelques défenses émergent aussi. Ainsi le second entretien a été différé du fait qu'elle ait oublié le deuxième RDV. Après une relance par mail, il aura lieu à deux mois d'écart avec le premier. Elle exprime aussi avoir oublié des éléments qu'elle aurait voulu y aborder, sans doute du fait d'un refoulement ou par conséquence d'un potentiel acte manqué que pourrait constituer cet oubli.

Ce deuxième temps est saisi surtout comme une reprise et un approfondissement des thématiques abordées dans le premier entretien. Sa participation semble s'inscrire dans une dynamique d'élaboration de ses pratiques et de sa confrontation à la mort à partir de ses enseignements scolaires, et au regard de ses deux ans et demi d'expérience pendant lesquels elle s'est appuyée sur ses collègues pour avancer. Elle paraît se mettre au travail sur les affects mobilisés par les relations et leur perte, dans un service où la gravité de l'état des malades entraîne des décès fréquents. L'espace de la recherche-action avec une psychologue référente des soins palliatifs dans l'institution est peut-être saisi dans cette continuité de l'étayage institutionnel.

Participer à la recherche l'a "fait réfléchir à ce sujet", elle trouve cela "enrichissant". Elle semble l'intégrer à une dynamique d'accroissement professionnel, de valeur formative, et plus encore de construction de son identité de soignante. À la fin du deuxième entretien, elle se montre intéressée pour en avoir des nouvelles, lire d'éventuels écrits. Dans l'interstice

qui suit l'entretien, elle imagine que sa participation pourrait contribuer à lancer des discussions dans son service. Une façon de se séparer et d'emmener quelque chose de cette expérience avec elle, et aussi d'intégrer cette expérience à son histoire professionnelle.

Manu, infirmier : "J'ai du mal à prendre confiance en moi"

Manu est un infirmier nouvellement diplômé. Il fait partie de la première série dans son service à participer à la recherche, et il est le seul dans l'échantillon dont la durée des entretiens est assez égale, autour de 50 min.

Il travaille depuis moins de six mois en médecine polyvalente, c'est sa première expérience professionnelle sur un poste fixe. Auparavant il a travaillé comme aide-soignant vacataire pendant ses études en soins infirmiers. Ce qui a motivé ce choix de service, c'est sa recherche d'une technicité qu'il n'a pas pu expérimenter pendant sa formation sur le terrain, beaucoup de ses stages ayant eu lieu en "maisons de retraite". Des institutions où les soins pratiqués relèvent surtout de "manipulations", des "soins de confort" qui ne sont pas pour lui à proprement parler des "soins infirmiers" comme actes techniques propres à son corps de métier. Il exprime dans son discours se sentir insuffisamment formé aux pratiques spécifiques de son métier, et sans doute par là insuffisamment contenu pour exercer son travail. Le choix du premier service d'exercice paraît faire fonction de prolongement de la formation initiale. Celui-ci accueille une population variée de personnes âgées "de 20 ans à 100 ans" qui lui permet de "[s]'enrichir et de découvrir".

Manu associe spontanément sur une situation clinique qui a eu lieu le matin-même : "On a eu une réa". Une situation qui va profondément marquer le premier entretien tant au niveau de son discours que des événements qui l'entourent et en ont même perturbé la dynamique. Manu préfère en effet réaliser l'entretien près de son service car il ne souhaite pas s'en éloigner trop longtemps au vu de l'activité intense ce jour-là. L'entretien commence en retard car il est occupé par cette situation : un patient âgé de plus de 90 ans a été retrouvé "inanimé" par une aide-soignante, situation qui a donné lieu à un massage cardiaque jusqu'à ce qu'un médecin de la réanimation dépêché sur place décide d'arrêter et de prononcer le décès. Dans l'interstice qui précède l'entretien, il échange avec une collègue dans le même rapport d'âge que lui, qui s'avérera être Tann avec qui un entretien est prévu aussi ce jour-là. Elle lui dit : "Tu as massé ? La chance !" À trois reprises elle ouvrira la porte de la pièce, et la quatrième fois nous demandera si elle peut la récupérer pour accueillir la famille du défunt, ce qui amènera un changement de lieu pour un bureau de travail inoccupé mais moins propice à une situation d'entretien. Cette situation de décès pour ainsi dire *in vivo* déborde sur le cadre de la recherche et lui donne en même temps de la matière en ce qu'elle peut y être reprise dans le discours de Manu.

Après avoir brièvement présenté son parcours, il associe rapidement sur cette "réa" qui le fait entrer dans la dynamique d'entretien, et amorce le début de son discours où

s'agencent mouvances pulsionnelles, angoisses et défenses. Il décrit avec ambivalence la jouissance de la toute-puissance dans l'agir du massage cardiaque. Le verbe *faire* revient beaucoup. Bien que "la réa s'est avéré négative" en ce que le patient est décédé, cette expérience le satisfait en ce que "ça bouge" et que "c'est ce [qu'il] recherchai[t]". Il dit que "c'est bien", "c'est nickel". L'emploi répété du pronom "ça" peut aisément faire associer à la deuxième topique freudienne d'un point de vue contre-transférentiel.

L'adresser dans l'entretien semble lui faire prendre conscience de ce qu'il dit, il se reprend avec plus d'ambivalence dans un mouvement où émerge une culpabilité. Il précise que ce qui lui plaît c'est "l'adrénaline", qui semble désigner ici une excitation paroxystique. Il déplore néanmoins que ces efforts dans l'agir, au corps à corps dans le massage cardiaque, n'aient pas permis de sauver cet homme pourtant très âgé de la mort. Un agir qui s'arrête par prescription médicale du médecin spécialiste : le réanimateur.

Cette situation clinique saisie dans l'actuel met en tension la toute-puissance dans l'acte de masser et l'impuissance à ramener cet homme à la vie. Un agir indépendant de critères médicaux qui auraient pu orienter vers une approche palliative : le *cure* l'emporte dans un mouvement pulsionnel. La pensée est ramenée le réanimateur qui fait fonction de tiers qui sépare les corps en mettant fin au massage. Intervention qui entraîne une certaine frustration chez Manu : il s'est senti "obligé de s'arrêter là" parce que "c'est pas nous qui prenons la décision mais…". Cette phrase qui se suspend semble marquer ici un refoulement ou un évitement. Par l'arrêt de la réanimation, ce médecin extérieur au service paraît opérer une forme de castration symbolique qui met fin à la situation de jouissance.

Manu s'appuie finalement sur ses pairs pour en dire quelque chose : "Comme on disait avec les collègues, c'est difficile de se dire, bon bah, on arrête là quoi, enfin…". Faire corps avec l'équipe paramédicale semble ici lui permettre de mieux assumer cette frustration et la jouissance sous-tendue par l'acte de réanimer, que sa collègue a d'ailleurs mis en exergue dans leur bref échange avant l'entretien.

À ce moment-là, soutenir sa pensée dans l'entretien de recherche lui permet de s'approprier son discours et de formuler une pensée avec moins d'angoisse ou de culpabilité, de la poser en trois temps : "C'est difficile. Ouais. Je trouve." Il lui devient un peu plus possible de rationaliser cette situation clinique en évoquant l'âge avancé du patient qui met du sens sur son décès, mais il conclut en reformulant cette problématique de castration empreinte de culpabilité : "Moi je trouve que c'est toujours difficile de... dire on arrête".

Ce que Manu trouve difficile, c'est de "prendre la décision… de laisser mourir quelqu'un en fait". La question de la jouissance semble se retourner de l'actif au passif et entraîner une culpabilité qui légitime la toute-puissance de façon rétroactive : la faute est située du côté de l'arrêt du massage cardiaque. Une position qui contraste avec la douloureuse impuissance face à la mort malgré l'agir. C'est ici la mort qui semble opérer comme une castration dans l'agir soignant.

Sa fonction d'infirmier apparaît comme un bon compromis : permettant une jouissance par "l'adrénaline" des actes, elle le protège de la responsabilité médicale qui impliquerait une trop grande culpabilité, déjà très présente dans son discours. C'est un rapport ambivalent au médecin entre désir et angoisse. Son statut d'infirmier et les limites qu'il pose le protègent en même temps qu'elles le frustrent. Il tranche : "Infirmier c'est très bien comme ça." Cela lui donne un peu de pouvoir, mais pas trop.

Son rapport aux médecins va de le sens de cette protection par les responsabilités qui leurs incombent. Par exemple, Manu trouve que le fait que les médecins "appellent la famille quand euh… il y a un décès" est un "avantage". L'hésitation dans son discours montre l'angoisse que suscite ces situations pour lui, et comme la fonction du médecin lui permet d'éviter de trop s'y confronter. Il met cela en perspective avec ses expériences de stage dans une autre institution, où "c'était à nous, les [...] infirmiers surtout, d'appeler la famille pour annoncer le décès". Une situation relevant d'un glissement de tâche puisque l'annonce d'un décès relève légalement de la fonction médicale, et qui a exposé ce professionnel en devenir à une angoisse débordante sans pouvoir s'en protéger par l'évitement que lui permet la fonction choisie d'infirmier.

C'est à partir de la situation clinique saisie dans l'actuel qu'il va pouvoir associer sur son rapport à la mort dans son travail. Son discours s'appuie beaucoup sur la mise en récit de situations singulières, des histoires cliniques par lesquelles l'élaboration d'une pensée peut se faire avec moins d'angoisse.

Car en deçà de la question de la castration mise en avant par son discours, il décrit des angoisses moins secondarisées, archaïques de mort et de néantisation lorsqu'il pense à la mort où s'y trouve confronté au travail. Un vécu de "peur" qui fait qu'il "n'aime pas" travailler auprès de personnes en fin de vie. Il aborde très superficiellement que cela est en lien avec des problématiques de santé personnelles : situation qui a motivé son choix de carrière, mais qui laisse des traces traumatiques ("Le travail... dans les hôpitaux m'a toujours un peu... fasciné au début"). Des mouvements identificatoires aux mourant.es semblent mobiliser ces angoisses archaïques.

À cet abord, son discours se fait plus hésitant, des lapsus peuvent apparaître, des rires et des exclamations aussi. La tension se décharge sur un mode maniaque. L'expression de mécanismes de défense est très riche, principalement dans le sens de la dénégation et de l'évitement.

Il se saisit néanmoins du premier entretien de recherche comme tentative d'élaboration, si ce n'est de ses affects trop menaçants, du moins d'une possible pratique de l'accompagnement des personnes en fin de vie et des corps défunts. Il réfléchit beaucoup, son discours est ponctué de "je pense", de "peut-être" aussi, qui marquent les questionnements au travail. S'ancrer dans les valeurs du soin palliatif en termes de soins de confort, auxquelles il semble acculturé, paraît offrir une voie possible dans la mise en sens de son travail auprès des personnes qui vont mourir. Peut-être cela passe-t-il par une forme de sublimation qui

maintiendrait un équilibre entre faire son travail et tenir son angoisse en respect. S'appuyer sur le groupe de pairs, la fonction médicale, mais aussi les protocoles et les cadres de pratiques le protègent également.

Ce mouvement de liaison se prolonge et s'accentue lors du deuxième entretien. Il entre dans l'entretien facilement, comme reprenant le fil de l'élaboration des questions existentielles qui l'angoissent, malgré les six semaines d'écart entre les deux entretiens. Sa représentation de son métier de soignant ("on est là pour entretenir la vie") le protège contre cette angoisse, qu'il arrive à élaborer un peu mieux mais qui le déborde rapidement. Bien que son discours témoigne toujours de beaucoup d'angoisse et de culpabilité, du même style défensif et d'un recours à des cadres de travail qui opèrent comme des contenants, il peut aller plus loin dans l'élaboration de son angoisse liée à l'idée-même de "finitude" et d'inconnu après la mort, de néant : "On verra plus la lumière quoi". Mais il touche tout de même à la limite et se sent pris de vertige, l'angoisse fait symptôme puis les défenses se remobilisent : "On est là, on est bien, il fait beau. On va rester comme ça j'pense [en riant]."

La deuxième partie de l'entretien laisse ré-émerger un peu plus d'éléments pulsionnels, qui prédominent sur l'angoisse. Il parle de projets, d'envies dans ses pratiques. Un mouvement de pulsion de vie se remobilise face à la déliaison de la mort. Peut-être que l'élaboration partielle de son angoisse permet aussi de libérer une énergie un peu plus mesurée que dans la situation d'excitation débordante de réanimation lors du premier entretien.

La participation de Manu a été largement soutenue par la cadre de son service. Sans cela, son angoisse ne l'aurait sans doute pas permis. Il semble se saisir de cette occasion comme un moyen de pouvoir accéder au discours d'autres soignant.es en faisant l'économie du dialogue : "L'expérience et le ressenti de chacun… J'pense que c'est bien à découvrir aussi". Il témoigne aussi d'une compréhension assez fine de la problématique de recherche : "C'est intéressant aussi puisque nous on est pas étiqueté «soins palliatifs »".

Au regard de la massivité de son angoisse et de la résonance avec des éléments traumatiques personnels qui font partie de sa construction psychique, la participation semble avoir libéré partiellement un potentiel d'élaboration. Structurer sa pensée semble en atténuer l'angoisse en partie, et aussi offrir un terrain favorable à l'expression de ses mécanismes de défense qui contribuent à le protéger au quotidien.

Il inscrit cette participation dans une dynamique de progression personnelle en ce début de carrière. Les entretiens s'inscrivent dans une dynamique personnelle de réflexion et de développement de ses compétences professionnelles, contre l'angoisse, et au-delà de la question technique sur le mode de l'agir et de la jouissance.

Nell, aide-soignante : "Ça fait partie de notre travail"

La participation de Nell s'inscrit dans un intérêt marqué pour les soins palliatifs, dans la continuité d'une carrière de près de 15 ans en réanimation et après avoir travaillé quelques années en service de médecine et en oncologie. Elle vient d'ailleurs de commencer une formation : un DU de soins palliatifs. Avoir un D.U. de soins palliatifs étant un critère d'exclusion, il a été décidé de l'inclure dans l'échantillon dans la mesure où la formation avait commencé il y a peu, Nell n'ayant pas son diplôme et le processus formatif étant encore débutant.

S'inscrire dans une formation diplômante n'est pas anodin après 18 ans de carrière pour cette aide-soignante dont l'accès à un métier de vocation qu'est le soin s'est fait en deux temps. Se destinant à être infirmière (ce qui semble s'être répercuté contre-transférentiellement : je me la suis longtemps représentée comme telle), échouer aux concours d'entrée en IFSI à été une épreuve. Elle a ensuite travaillé dans une autre voie pendant deux ans avant de retenter le concours d'IFAS[25]. Un choix qu'elle ne "[s]'explique pas" et qui semble traduire une angoisse liée à la représentation imaginaire d'un nouvel échec comme atteinte narcissique. Sa reprise d'étude en DU, rare chez les aides-soignant.es, revêt peut-être une dimension réparatrice, ou relève d'une remobilisation pulsionnelle sur le registre de l'Idéal du Moi.

Dans son parcours professionnel, elle s'intéresse d'emblée aux maladies graves, voulant travailler après sa formation initiale en "radiothérapie[26]". Aujourd'hui, elle aimerait exercer dans un service de soins palliatifs mais il n'y en a pas dans son institution, qu'elle investit particulièrement. Ce projet est par ailleurs marqué d'une certaine ambivalence du fait de son attachement à son service actuel, où elle reconnaît des conditions de travail meilleures que dans les services d'autres spécialités.

Son discours est ponctué par des mises en tension entre des projets qui relèvent d'un idéal et la frustration de conditions de travail limitantes. Cela l'amène à penser qu'un service hospitalier est un endroit qui ne pourra jamais être adapté à l'accompagnement "optimal" d'une fin de vie, même si dans son équipe "on essaye d'être… d'être au mieux". Pour elle proposer des LISP est illusoire : "Des lits dédiés, c'est pas des soins palliatifs". Il lui semble que les moyens déployés sont insuffisants et incomparables avec une USP : "On n'a pas plus de personnel", ce qui ne permet pas de prendre le temps nécessaire à un soin de confort adapté aux besoins des malades.

Il semble s'agir ici d'une dynamique de mise en tension entre désir et frustration du registre de la castration, qui opère comme un véritable moteur dans une quête d'Idéal du Moi soignant vers les meilleurs soins possibles, un travail satisfaisant.

[25] Institut de Formation d'Aides-Soignants.

[26] Traitement loco-régional qui consiste à irradier des cellules cancéreuses pour les détruire (INCA, s.d.).

Sa représentation d'un travail *suffisamment bon* semble s'appuyer sur un certain nombre de représentations idéalisées qui s'ancrent dans la philosophie du care et dans les valeurs mises en avant par le mouvement des soins palliatifs. Mais elle s'inscrit aussi dans la relation aux patient.es et à leur entourage, sous-tendue par un mouvement d'identification-projection. Nell à la particularité de s'identifier éminemment aux malades, là où la plupart des soignant.es rencontré.es s'identifient de façon privilégiée aux familles. C'est aussi cela qui lui permet d'adapter ses soins. Un mouvement sur la base du sensoriel : elle se représente ce que cela fait d'être "intubé dans un lit", dans une "chambre sans fenêtre", porte une grande importance au confort, aux besoins en termes d'hygiène corporelle...

Lorsqu'elle s'identifie aux familles, cela semble aussi sous-tendre sa dynamique d'accompagnement. La dimension sensorielle est également au premier plan, dans un service où la technicité des soins peut-être particulièrement excitante à ce niveau-là. Aussi elle a en tête la vision des nombreux "fils" autour du corps, du "tube dans la bouche", veille à éteindre "les alarmes" et "enleve[r] les sons" car il y "a un certain nombre de bruits aussi dans une chambre de réanimation". Là encore attentive au confort et voulant accompagner les familles le mieux possible, lorsqu'il y a un décès dans le service elle veille à disposer des chaises, leur laisser du temps pour se recueillir.

La dimension groupale de l'équipe, surtout paramédicale, est très importante pour faire ce travail, elle a besoin de ce lien dans une certaine proximité. En réanimation, elle apprécie notamment faire les soins avec un binôme infirmier alors que dans un précédent service "on était côte à côte euh… dans les couloirs, mais jamais ensemble avec les patients".

Ses relations avec ses pairs paramédicaux semblent assez isomorphiques, les collègues paraissent étayants en en tant que support identificatoire en miroir, du registre du même. Par leur fonction identique, elle explique qu'elles font "toutes la même chose". L'emploi du féminin ici désigne peut-être une équipe entièrement féminine, mais peut aussi signer ce rapport au même. Un mode relationnel qui permet des rapports d'une grande proximité, presque du registre du collage, opérant un véritable soutien : "On sait qu'on n'est pas tout seul", "y a de l'entraide".

Le deuxième entretien est considérablement plus court : 36 min alors que le premier durait plus d'une heure. À partir d'un bilan positif du premier entretien, elle reprend et approfondit les thématiques qui s'y sont dégagées spontanément. Elle dit de cette expérience : "J'avais jamais fait la rétrospective de [...] mon parcours, spécialement à moi, aussi, par rapport à… à tout ce qui était euh… soins palliatifs et tout ça." Elle a trouvé l'exercice intéressant au regard de son "projet" de s'orienter vers une pratique de soins palliatifs en ce que cela lui a permis de s'"interroge[r]", de prendre du "recul" en "discutant".

Elle associe aussi sur ce qu'elle identifie comme un manque de ressources pour les soignant.es en termes de soutien psychologique. En effet, avant très récemment il n'y avait pas de psychologue dans son service, et le poste qui vient d'être créé est à temps partiel. Elle décrit : "On rencontre pas les… euh… les psychologues euh… 'fin on fait pas le point sur euh…

les patients qu'on a eu etc donc du coup : ça passe". "Ça passe" par une reprise du travail dans la continuité de la journée ponctuée de tâches, "dans l'action". Elle précise : "Ou sinon la réflexion on l'a avec nos collègues. Mais euh… sur l'instant." Une parole semble pouvoir être mise en partage entre pairs, mais seulement dans l'actuel, les termes "ça passe" désignant une forme de liquidation défensive sans transformation des affects. Elle semble se saisir ici de la fonction clinique de psychologue-chercheuse dans la rencontre comme étayage pour élaborer les situations cliniques difficiles auxquelles elle est confrontée.

Comme le premier, ce deuxième entretien s'inscrit dans la continuité de son intérêt pour le champ des soins palliatifs, et tout particulièrement dans la dynamique de sa formation qui s'est poursuivie dans cet intervalle d'un mois qui est passé pour elle très vite. Elle se saisit de cet espace pour prolonger sa réflexion sur son mémoire de DU, dont elle débat régulièrement avec ses collègues. Cet exercice universitaire est particulièrement sollicitant, sans doute parce que c'est la première fois qu'elle y est confrontée, mais peut-être aussi cela résonne-t-il avec le vécu douloureux de sa formation après son baccalauréat technologique dans le domaine sanitaire et social. Elle exprime avoir des difficultés à fixer sa réflexion sur un sujet donné, et surtout à sélectionner une situation clinique qui étayerait sa réflexion au regard de sa grande expérience professionnelle. Quelque chose se joue peut-être aussi dans l'investissement transférentiel de la rencontre, où la rédaction de son miroir entrerait dans un rapport spéculaire à celle d'une thèse.

Sa réflexion l'amène à revenir sur son désir de travailler autrement par les soins palliatifs Quelque chose de l'ordre de l'idéal s'exprime encore. Elle se remémore par exemple l'organisation du mariage d'une personne en fin de vie en réanimation : c'est vers ce type d'accompagnement qu'elle voudrait tendre, "faire d'autres choses que euh… que des nurses et une toilette" alors que dans son service actuel "on sait très bien qu'on est limité".

La question des moyens matériels et humains revient. Elle cite en exemple l'impossibilité de proposer des douches aux patient.es de son service, là où les USP sont équipées pour le faire. Elle met aussi en avant la priorisation de la technique curative dans son service : "Une personne qui aurait besoin d'un shampooing, mais on va se dire : « Bon bah on le fera demain parce qu'aujourd'hui c'est pas poss- » 'fin c'est pas [bas]… ça va pas être la priorité". Elle parle aussi du rapport aux horaires de soins plus souple en USP, une somme de détails organisationnels qui fondent une autre approche du soin. Son discours parle de frustration au regard des limites de sa pratique actuelle, qui n'est pas conforme à son idéal de soins. Se retrouve la tension entre désir et frustration, sur le registre de la castration dans une quête vers l'Idéal du Moi.

Au fil de son discours, elle analyse le fonctionnement groupal de son équipe face à la mort. Elle décrit une vocation commune fondée sur le care comme dimension organisatrice, cela semble soutenant. Ce fonctionnement repose sur des liens étroits, notamment avec "les anciennes" dont elle fait partie en ce qu'elles ont une histoire commune, qui permet de se remémorer les patient.es et d'avoir "plus de choses à se dire". Vivre ensemble les histoires

cliniques fait lien, les raconter aussi. Cela semble aussi participer à une forme de deuil groupal des patient.es pris en soins jusqu'à leur mort, qui relève d'un processus de deuil au travail, que repérait déjà Bacqué sous forme de remémoration (1992).

Cela amène pour elle un "sens de l'équipe" différent, surtout dans un service aussi particulier que la réanimation. Passer "des bons moments ensemble" et "pouvoir rigoler" aide à tenir face à "des situations très graves", sur des plages de travail longues de 12h. Ces situations créent des liens et peuvent faire de ses collègues de véritables amies. Une proximité sur le registre du "même" reste très présente : "On voit la même chose", "on fera la même chose". Un mouvement d'identification-projection sur fond d'investissement affectif en partie narcissique tisse des liens étroits et permet de faire corps.

Sa motivation à participer s'inscrit dans son investissement du champ des soins palliatifs : participer à cette recherche-action menée par une psychologue représentant ce courant fait sens pour elle. Cela s'inscrit aussi dans une mobilisation intellectuelle liée à sa formation actuelle et aux exercices formels qui y sont liés, comme la lecture de documents, la participation à des manifestations scientifiques et l'élaboration des pratiques professionnelles. Elle s'est d'ailleurs inscrite pour participer à la recherche après une communication institutionnelle sur le projet, encouragée en amont par une médecin de son service qui connaît son intérêt pour ce domaine. Une participation prise dans cette phase maturative de sa vie professionnelle, qui revêt une dimension narcissisante aussi.

À la fin de l'entretien, elle témoigne d'un grand intérêt à avoir participé et semble vouloir en prolonger les effets, demandant notamment si d'autres entretiens auront lieu et sollicitant un retour sur les écrits qui découleront de la recherche pour "avoir une suite". Elle pose des questions sur le protocole, cherche à en comprendre la méthode et la problématisation qui le sous-tendent dans un mouvement identificatoire à la position de chercheuse. Le cadre des entretiens de recherche semble pris dans ce processus maturatif comme espace d'étayage, propice à l'élaboration en cours de ses pratiques professionnelles tournées vers un projet de soins palliatifs.

Oliv, infirmière : "J'aimerais être le plus utile possible"

Oliv est infirmière depuis 5 ans et a toujours exercé dans le service de Maladies Infectieuses et Tropicales où elle est en poste. Sa participation s'inscrit dans un lien clinique avec l'EMSP de l'hôpital et dans l'intérêt qu'elle porte à adapter la prise en soins des personnes en fin de vie et l'accompagnement de leur entourage.

Le premier entretien semble saisi comme un espace où elle élabore un discours sur ses pratiques et ses valeurs, s'inscrivant dans une réflexion éthique sur l'accompagnement de la fin de vie, dans une dynamique introspective autour de son évolution professionnelle et personnelle depuis qu'elle travaille, maintenant qu'elle est "bien ancrée dans [son] service".

Elle se pose progressivement dans la dynamique de l'entretien, semble de plus en plus à l'aise. Voulant être la plus précise possible, elle a tendance à s'interrompre et se reprendre. Son discours laisse une large place à l'évocation de situations cliniques de fin de vie, le plus souvent au discours direct par lequel elle met en scène et se met en scène dans la narration.

Ces récits sont également pris dans une volonté d'être la plus précise possible, y compris lorsqu'elle aborde les aspects théoriques et techniques des prises en soins. Un discours où elle met aussi au travail la question de son positionnement professionnel et de sa représentation de son travail, dans l'idée de tendre vers un idéal d'accompagnement juste d'un point de vue éthique, sans erreur d'un point de vue technique.

La question de la souffrance est au premier plan : des personnes mourantes, de leur entourage aussi, la sienne propre parfois face à ces situations. Une souffrance pour ainsi dire en miroir à celle des personnes dont elle s'occupe, sous-tendue par des processus identificatoires.

Elle revient sur sa toute première situation d'accompagnement en fin de vie, en stage, dans laquelle elle s'est particulièrement investie. Les affects mobilisés alors sont toujours très actuels, elle "y pense" encore "de temps en temps", surtout lorsqu'une patiente ressemble un peu à cette première patiente dont elle a été soignante "référente", sa "première relation de confiance". Cette femme présentait une maladie neuro-évolutive à un stade très avancé. Son mari était extrêmement présent, "ils étaient un couple fusionnel" insiste-elle. Bien qu'une communication verbale réciproque ait disparu du fait des troubles cognitifs, Oliv avait bien remarqué que le toucher du mari faisait réagir la patiente d'une façon particulière, qu'à son contact "elle se détendait". Elle se souvient comment un échange avec un infirmier de l'EMSP lui avait ouvert une nouvelle voie en termes de représentation de son travail. Il lui avait proposé de faire participer le mari aux soins, à la fois pour apaiser la patiente et dans une perspective de soutien du mari.

Cette situation semble l'avoir amenée à adopter son premier positionnement professionnel singulier. Mais cela s'est fait sur un mode sacrificiel, dans la mesure où de nombreux membres de l'équipe le désapprouvaient. Elle explique s'être "fait réprimander plusieurs fois à cause de ça" et que "des soignants [lui] en voulaient".

Le décès de cette patiente a été vécu comme brutal dans le sens où la dégradation de son état s'est soudainement accélérée et où Oliv ne s'occupait plus d'elle car elle avait "changé de chambre" et donc de soignant.e référente du fait du découpage sectoriel du service. Une logique institutionnelle qui désubjective le soin, rendant les professionnel.les interchangeable indépendamment de la relation. Apprendre le décès dans l'après-coup, par l'absence de la patiente, a fait l'effet d'une séparation traumatique qui se rappelle encore aujourd'hui à sa mémoire : "J'y étais attachée, et ben le fait de l'apprendre brutalement comme ça, c'est vrai que ça m'a fait du mal".

Elle raconte aussi que ce mari qui l'avait tant touchée par son dévouement est revenu apporter des chocolats et "une grande lettre de remerciements" à l'équipe. Un temps qui a permis une forme de séparation plus structurée, et qui a été l'occasion pour que ses affects puisse s'exprimer par la voie de l'identification : "Le voir pleurer, être tellement démuni, c'est vrai que ça aussi ça m'avait vraiment…", et son élaboration reste suspendue.

Elle associe plus loin sur un souvenir personnel : le décès de sa grand-mère. Une confusion intervient : "La patiente et ma grand-mère se sont un peu suivies. Enfin j'ai eu ma grand-mère et le décès après, j-, c'était l'inverse. Et euh, ça s'est suivi…" Le verbe *avoir* signe un degré équivalent d'appropriation de ces évènements. La dynamique de l'entretien lui permet de réaliser qu'elle a inversé les deux événements, et de réaménager ses souvenirs étroitement liés entre eux. Elle utilise un terme de soins infirmiers inspiré de la psychologie pour élaborer le mécanisme de projection à l'œuvre : "En fait cette dame-là, je pense que j'ai fait un transfert dessus".

Cette expérience l'a amené à "[se] blind[er]", à "essay[er] vraiment de [s]e faire une carapace pour éviter vraiment de prendre des émotions pour [s]oi". S'entend ici une dynamique de lutte contre les affects mobilisés par les jeux identificatoires. Bien que l'ensemble de son discours témoigne de son investissement affectif de son travail et des personnes dont elle s'occupe, elle se perçoit comme très à distance de manière défensive : "Je pleurais, même pas, je pleure quasiment plus pour les décès, ça me… ça me touche beaucoup moins qu'avant". Une distance qui lui permet de ne plus être débordée par ses affects, mais qui se fait au prix d'altérer la représentation qu'elle a d'elle-même, de l'éloigner d'une représentation idéale : elle se trouve trop "froide" et projette "que les gens [la] trouvent froide".

La question de la première fois semble importante pour elle, car elle revient aussi largement sur son premier accompagnement d'une situation de fin de vie en poste, en tant que professionnelle diplômée. L'évocation de ces deux situations cliniques couvrent plus de 20% de son discours lors du premier entretien. Il s'agit d'une femme "en oxa-48", infectée par une bactérie multi-résistante qui entraîne des mesures d'isolement et d'hygiène très strictes. Une "infection nosocomiale" d'une escarre précise-t-elle, ce qui pose la question de la culpabilité. Il s'agit pour Oliv d'une situation d'"acharnement" chez une dame dont la plaie infectée s'est étendue de "la fesse, la hanche, et euh, jusqu'au genou. Même on desc- et à un moment on descendait même sur le- sur le... le tibia". Son discours scandé marque le caractère débordant de l'angoisse archaïque mobilisée par ce stimuli. Une situation qui nécessitait des soins particulièrement techniques et douloureux, et qui l'a mise aussi en position d'être passivement maltraitante en ce qu'elle a dû assister un chirurgien qui "est allé la charcuter [pause] sans anesthésie". La massivité de l'angoisse par l'étendue d'une plaie qui laisse à voir l'intérieur du corps, étrangement inquiétante en ce que la plaie "coulait énormément" avec des "sécrétions vertes", associée à la culpabilité de concourir à la douleur semblent faire trauma.

Ces deux premières fois qui marquent son entrée dans la pratique de l'accompagnement en fin de vie , revêtent donc un caractère traumatique qu'elle tente de mettre au travail dans l'entretien de recherche. Dans le premier cas, il s'agit d'une séparation brutale dans un contexte où elle s'identifiait à la fois à la patiente et au mari lui renvoyant la représentation d'un couple idéalisé, et projetait sa problématique de deuil personnel alors actuel. Dans le deuxième cas, c'est la massivité de la dégradation corporelle qui mobilise des angoisses archaïques débordantes et de la culpabilité. C'est donc à partir de ces situations qu'Oliv à eu à composer avec l'accompagnement de la fin de vie dans son travail.

La participation semble avoir permis de remobiliser des éléments traumatiques par la mise en récit des situations cliniques. Un défaut d'espaces de parole suffisants à l'époque n'a sans doute pas permis de vivre pleinement ses deuils dans ces premières confrontations à la mort, qui réactivaient par ailleurs des affects de deuil liés à des pertes personnelles.

Il semble que son rapport au savoir et à la technique agissent comme protection face à l'angoisse et aux affects douloureux en général, et tout particulièrement dans les situations de perte et de trauma auxquelles peut exposer la fin de vie. Cela paraît relever d'un fonctionnement défensif du côté de la maîtrise et de la rationalisation. Mais une dynamique pulsionnelle paraît aussi à l'œuvre, dans une démarche narcissisante de quête d'un Idéal du Moi pour être une bonne soignante, la meilleure possible. C'est une dynamique très porteuse qui l'amène à réfléchir, notamment en termes de positionnement éthique.

C'est sans doute pour cela que la question de l'obstination déraisonnable, qu'elle appelle "acharnement", prend une place singulière dans son discours. Ces situations la révoltent et entraînent aussi une culpabilité liée à l'appartenance au groupe qui fait souffrir : l'équipe soignante. Une problématique prise dans une certaine ambivalente entre recours à l'agir et culpabilité, dans cette dynamique de mise en tension entre technique et éthique dans ses pratiques. Cette ambivalence s'exprime par exemple lorsqu'elle réfléchit à des situations de *mensonge éthique* pour obtenir le consentement de patient.es qui refusent un acte technique, elle prend l'exemple d'une prise de sang. C'est une attitude paradoxale par rapport aux valeurs qu'elle met en avant, et qui parle sans doute d'un rapport de toute-puissance dans la relation soignant.e-soigné.e, relève peut-être aussi d'un sadisme mal élaboré. Cela pose par ailleurs la question du rapport à la demande médicale et d'une forme de soumission à la prescription indépendamment de sa propre réflexion éthique, au nom d'une pulsion de savoir sur ce qu'il se passe dans le corps des malades, et qu'elle partage.

Médecins dont elle témoigne également d'un rapport ambivalent. Objets de sa lutte contre l'obstination déraisonnable dont elle se sent souvent incomprise, elle se les représente néanmoins avant tout comme des soutiens, avec qui il est possible de se concerter de façon pluridisciplinaire dans son service. Elle a aussi un rapport ambivalent à l'équipe comme groupe : bien que par ses positionnements marqués elle puisse se mettre dans une position héroïque qui relève du masochique voire du sacrificiel, c'est néanmoins sur le groupe qu'elle s'appuie pour contenir ses affects douloureux.

Depuis 5 ans, elle constate par ailleurs une évolution positive du traitement des situations de fin de vie qui va dans le sens de son idéal, et notamment par le travail en lien avec des EMSP. Par son engagement contre l'obstination déraisonnable, Oliv semble chercher inconsciemment comment ne pas *faire* dans un métier où l'agir est central. Les situations de fin de vie paraissent opérer comme moteur dans la prise de position soignante, contribuant à la construction de sa pratique au regard de cet Idéal du Moi de soignante. Une dynamique soutenue par cette fonction de tiers incarnée par l'EMSP : tiers qui médiatise le dialogue entre médecins et équipe paramédicale, mais aussi le rapport aux malades par une relance de la réflexivité sur les pratiques.

Elle fait de cette équipe une description assez juste mais très théorique, presque un peu plaquée, qui associe valeurs et pratiques courantes en soins palliatifs : "Quand on voit l'équipe mobile arriver [...] on se doute que ça, que ça va être : soit une gestion de la douleur, parce que ça arrive beaucoup, soit pour mettre en place une, une petite euh… Hypnovel-morphine euh, le petit cocktail pour… Pour les soulager, pour les rassurer. Mais sinon souvent c'est « pas réa », et donc là pas c'est forcément soins palliatifs. Ils peuvent sortir quand même du service. Et même en soins palliatifs [...] ils peuvent sortir du service sans, sans décéder à l'hôpital." Des dimensions auxquelles elle adhère, en accord avec ses valeurs du soins plutôt du côté du care. La collaboration avec l'EMSP semble soutenir sa réflexion éthique. Investir la relation avec l'EMSP œuvre peut-être comme réparation de la culpabilité ressentie lorsqu'elle se sent maltraitante ou abandonnique avec les malades.

Chez Oliv la dimension pulsionnelle dans le rapport au savoir et la question des limites dans un agir qui peut être protecteur au cœur de son travail, dans une quête vers un Idéal du Moi, semblent relever d'une problématique de castration à l'œuvre dans son rapport à son travail, qui s'exprime de manière singulière dans les situations de fin de vie. Dans cette dynamique, elle finit le premier entretien en s'assurant de la pertinence de son propos par rapport à la problématique de la recherche par cette phrase qui illustre sa présentation : "J'aimerais être le plus utile possible en fait". Il semble que la participation à la recherche soit prise dans cette quête d'Idéal du Moi par laquelle elle cherche ici à être la meilleure participante possible.

Le deuxième entretien montre des effets d'élaboration importants dans l'entre-deux concernant son positionnement professionnel au regard des situations de fin de vie : le premier entretien l'a "fait beaucoup réfléchir" et a "[brassé]" et fait "remonter [...] des souvenirs ou même des expériences"".

Elle associe d'emblée sur une situation qui s'est passée entre les deux entretiens, un contexte d'"acharnement" où elle s'est à nouveau sentie maltraitante par des actes techniques douloureux qu'elle a fait sous prescription médicale. La fonction médicale est prise comme porteuse de la responsabilité de l'acharnement : "En fait je me suis rendu compte que c'est vraiment les… les médecins, certains médecins veulent vraiment pas euh… vraiment pas euh… arrêter de s'acharner en fait."

Cela tient à la place de ces professionnel.les dans l'équipe et à leur rapport à l'acte technique (prescrire) par rapport à l'équipe paramédicale qui les applique : "Parce que c'est nous qui faisons en fait, c'est pas eux." Mais cela semble aussi relever d'une fonction phorique de la faute de maltraitance par une projection qui la protège de la culpabilité ressentie. Une dynamique qui fait l'économie d'une élaboration plus approfondie sur sa propre place dans la dynamique de maltraitance, celle du *faire*.

Elle évoque par exemple le fait d'avoir pratiqué un prélèvement particulièrement douloureux pour des hémocultures. De manière paradoxale, elle se retrouve à espérer échouer son acte technique pour arrêter ce qu'elle identifie comme un geste disproportionné : "Je m'étais dit que de toute manière je la forçais une fois, si j'avais pas je… je… j'arrêtais". Et de manière ambivalente, la réussite du geste technique semble narcissisante : "Bah j'ai… pas eu de chance, je l'ai eue", puis elle rit.

Néanmoins cette question de la culpabilité peut être approfondie lors de ce second entretien. Elle reprend en effet le fil de ses pensées sur le fait d'"être trop froide", d'être plus à distance dans les relations de façon défensive, et par là de "déshumanise[r]" les malades. Il s'en dégage une "image négative d'elle-même" du fait qu'elle a "l'impression de trop [s]e protéger".

Émerge dans l'entre-deux une élaboration réflexive sur son mode de relation aux malades et familles dans les situations de fin de vie, ainsi que sur son mode défensif : "Je me trouve vraiment très froide [...], très distante. [pause] Pas… pas humaine, pas chaleureuse dans ces situations-là". Un envahissement par la culpabilité semble-t-il, qui donne lieu à un mouvement réactionnel qui s'étaye sur l'élaboration de ses pratiques : "Mais en fait non, en réfléchissant non, j- j'essaie de quand même d'adapter les mots qui… qu'il faut. Euh… j'essaye aussi de… donc du coup de ne pas prendre les émotions des… des personnes que je peux avoir en face de moi ou au téléphone, et… de répondre au maximum à leurs attentes donc en fait, je me dis que je suis pas-si froide que ça. Je me protège moi". Elle met par là au travail sa "posture", qu'elle considère finalement comme "professionnelle et attentive". Elle conclut : "Finalement je… je suis pas… je je me trouve [...] plus si froide que ça. Avec une carapace certes, mais euh… a- a- suffisamment euh… attentive[...] pour me dire que finalement je suis pas si froide que ça".

Ses défenses semblent masquer une angoisse de perte et des affects dépressifs qui affleurent lorsqu'elle associe sur des situations personnelles sur un mode réel ou imaginaire. Le ton est plus bas, l'énonciation hésitante. Elle est protégée aussi par sa fonction soignante, qui semble agir comme pare-excitation malgré les mécanismes identificatoires : "Mais je l'ai quand même pas vécu de la même façon parce que j'étais professionnelle. En fait, d'être professionnelle ça [pause] ça… ça change quand même un peu".

Son vécu du premier entretien est ambivalent du fait d'avoir activé cette problématique de culpabilité, elle exprime s'être sentie frustrée de "faire un monologue". La reprise lors du second entretien a permis d'en poursuivre une élaboration. La passation en

deux temps a peut-être permis de retravailler des affects difficiles restés en suspens suite à leur remobilisation en premier entretien.

Ce deuxième entretien montre aussi une identification à la chercheuse. Elle est ainsi attentive aux techniques employées lors du premier : “Tu m’écoutais, tu reformulais des fois”, associe sur son expérience de son mémoire de fin d’études. Il s’agit peut-être là d’une voie pour traiter sa frustration, peut-être d’évacuer une colère culpabilisante à l’endroit de la psychologue-chercheuse comme partenaire institutionnelle.

Sa participation semble s’inscrire dans ce positionnement héroïque voire sacrificiel, voulant “mettre [sa] pierre à l’édifice”, “aider au maximum”, être le plus contributive possible. Cela est peut-être lié aussi à sa relation avec l’EMSP, mentionnée à plusieurs reprises. Elle semble chercher à être une bonne participante comme elle cherche à être une bonne soignante, dans une perspective d’Idéal du moi soignant. À la fin du deuxième entretien elle semble être satisfaite de sa contribution : “J’ai parlé de beaucoup de choses différentes, donc finalement j’ai peut-être, j’ai dû être euh…”, ayant du mal à finir sa phrase. En même temps, le fil de ses associations lui permet d’accéder à une appropriation de sa participation en dehors de ce rapport altruiste sans trop d’angoisse ou de culpabilité : “Je me suis dit que ça pourrait peut-être m’aider”.

Pat, aide-soignant : “C’est plutôt une compagne. Elle est présente dans mon travail.”

Pat participe très tôt dans la mise en place du recueil des données. Sa démarche repose sur son intérêt pour les travaux universitaires et sur l’existence d’un lien clinique par lequel il avait connaissance du projet. Ce lien favorise les échanges, permet sans doute d’aller plus loin dans les relances car on se connaît. Ses entretiens sont parmi les plus longs (70 et 55 min). Pour les deux, il se rend dans le bureau juste après son service mais en tenue civile, avant de partir.

Pat se définit lui-même comme “un ambulancier qui est passé par la case aide-soignant pour devenir infirmier”. Il décrit ce parcours "atypique" : après une première orientation insatisfaisante dans un autre domaine, il se forme pour être secouriste bénévole, sur les conseils de sa compagne, infirmière de profession. Immédiatement "passionné", il décide de se lancer dans une carrière de soignant. Inséré dans une vie d'adulte autonome, il veut optimiser au maximum son parcours de formation initiale, passer par un cursus d'évolution professionnelle avec des possibilités de passerelles et de financements.

Il décrit ce parcours gradué de nombreuses étapes. La question de l’obtention de diplômes ou de qualifications est centrale. Il met régulièrement en avant ces différents niveaux et les fonctions qui y sont rattachées, nomme précisément l’intitulé des métiers et corrige les erreurs de reformulation. Cela parle aussi d’un certain rapport à la maîtrise qui s’exprime transférentiellement.

Il inscrit ce parcours dans une appartenance à un territoire : celui où il a grandi. Il cite les noms des communes, des routes, des différents hôpitaux. Il investit particulièrement l'hôpital où il travaille : institution de référence dans sa commune, c'est l'hôpital de proximité. Il raconte : "Je sais que je veux faire ma carrière à [*] ça fait bizarre mais j'ai toujours vécu à [ville voisine], je me suis toujours levé en voyant l'hôpital à côté [...] je me suis fait soigner quand j'étais petit, etc… Maintenant j'y travaille […] ça me fait s-ourire [souriant]".

L'inscription de son parcours professionnel très jalonné dans cet hôpital depuis plusieurs années est étayante. Se sentir soutenu par son institution dans ce chemin-là est valorisant : "J'y travaille, et maintenant c'est eux qui me lancent aussi et, le pied à l'étrier pour devenir infirmier. [inspiration brève] Bah je me dis j'aimerais continuer à [*] et grimper les échelons, [...] pour continuer, voir où ça me mènera". Repère depuis l'enfance, l'institution semble être investie comme contenant structurant dans lequel il peut grandir.

Pat se pose rapidement et facilement dans la dynamique d'entretien. Dans un débit de parole assez délié, parfois haché, avec des moments de ralentissements où chaque mot se détache, il semble vouloir nommer précisément tant les éléments factuels que ce qu'il identifie de son propre fonctionnement, de façon assez introspective. Une dynamique qui paraît prise dans son désir d'apporter une contribution utile tant à ce travail de thèse en soi qu'à la psychologue-chercheuse comme collègue et pair institutionnel. Et en même temps cela semble relever d'une tendance à la maîtrise comme trait. Ce mode de fonctionnement l'amène à être très actif dans la dynamique des entretiens.

Aujourd'hui aide-soignant depuis 5 ans en pneumologie, son arrivée dans ce service est liée à une rencontre : la cadre du service, qu'il a particulièrement investie ("J'ai signé pour un service, [pause] mais avec une cadre [...] j'avais besoin de, de quelqu'un pour [pause] m'épauler, pour me diriger"). Mais son intérêt se porte surtout sur des services d'urgences au regard de son parcours : "Je viens de l'urgence".

La thématique de la mort est amenée par une question : il répond l'avoir rencontrée très tôt dans son parcours, lorsqu'il travaillait dans une société d'ambulances. Il associe sur deux situations cliniques particulièrement traumatiques, en contexte d'urgence, il y consacre 20 minutes de l'entretien soit près de 30% de la rencontre.

La première l'a marqué par les conditions de vie très précaires de la personne à secourir, qui avaient parasité la prise de décision de son supérieur. La seconde par l'état du corps au moment de la réanimation, en lien avec une erreur de diagnostic. La question de la culpabilité est sous-jacente, bien que projetée sur les personnes en position de prendre les décisions qu'il a exécutées.

Dans les premières années de son parcours de soignant, la question de la mort se présentait dans des situations brutales, dans lesquelles il posait des actes pour l'éviter. Dans son service actuel, elle s'inscrit plutôt dans des contextes de maladies évolutives, notamment les cancers pulmonaires. Il les connaît bien maintenant et les identifie rapidement en fonction

des diagnostics et de l'état des malades. Il constate avec une certaine angoisse qui perturbe le cours de son énonciation, et au regard de son expérience dans ce service : "On ne voit pas les, les patients atteints de [...] cancer qui s'en sortent".

De fait, il considère la mort comme "une compagne" dont il faut tenir compte de la présence, composer avec. Une forme de résignation face aux limites de la technique soignante s'opère, pour lui dont l'histoire professionnelle s'enracine dans les interventions d'urgence. Il considère la mort de manière générale comme un phénomène "normal" qu'il faut "accepte[r]" en tant que soignant car "la mort est présente p-artout quoi qu'on fasse".

Cela lui permet de mettre en place des accompagnements assez balisés. Il le formule pour la première fois dans cet entretien de recherche : "Je vais essayer de trouver des mots [pause] parce que je ne me suis jamais posé la question. Qu'est-ce que je fais ? [plus bas] [pause] Bah pour moi accompagner c'est, c'est être présent auprès du patient. Parce qu'il sait [pause] lui [pause] comme moi, qu'il va mourir. De… tout faire pour que... ses derniers instants soi-…" Son discours s'interrompt pour aller vers une motion plus défensive : "Enfin ses derniers instants, on parle en termes de jours, 'fin c'est des fois en semaines." Il reprend, expliquant son attention particulière qui passe par des actes techniques et une disponibilité relationnelle : "Essayer de voir pour qu'il s-oit bien installé, qu'il ait pas de douleur, même être présent s'il y a besoin de parler, ou, le moindre euh… petite chose". Ces pratiques s'ancrent dans un référentiel de soins palliatifs.

Ces situations néanmoins peuvent générer un sentiment d'impuissance lié à l'irrémédiable progression de la maladie : "On voit p-as les gens s'en sortir, avec euh [pause] un cancer pulmonaire. En plus, quand y a des métastases c'est même pire [ton descendant]". L'évoquer semble le déprimer. Il paraît lui aussi tendre vers un idéal de soins des personnes en fin de vie ancré dans des valeurs palliatives et sa fonction soignante ("On est là plus pour… du soin de confort."), mis en tension avec une certaine angoisse qui rend ces situations "difficile[s]". Cela peut mobiliser des mécanismes de défense, le plus souvent du côté de la maîtrise et de la rationalisation.

De façon générale, il se décrit comme assez à l'aise pour travailler dans ce type de contexte. Les situations où il va être plus touché et déstabilisé vont être celles de patients avec qui existe un investissement affectif particulier. Il évoque deux situations : celle d'un patient suivi longtemps et beaucoup aidé du fait de glissements de tâches, dont il a appris le décès fortuitement, alors qu'il se projetait vers une continuité de l'accompagnement. La soudaineté du décès et de son information semblent avoir concouru à rendre ce deuil plus douloureux, d'autant plus qu'il n'y a eu aucun espace pour évoquer la perte de ce patient.

La seconde porte sur un patient particulièrement investi, qu'il a suivi plusieurs mois dans son service actuel. Un homme avec qui il avait une relation positive et agréable, discutant et plaisantant régulièrement. Il a été difficile pour lui de voir son état se dégrader, perdre ce contact relationnel du fait de symptômes neurologiques. Il ressort par ailleurs de son récit que

l'investissement affectif repose ici sur un jeu d'identification-projection lié à son histoire personnelle et familiale.

La relation est essentielle dans son travail. Il aime entretenir un climat convivial avec les patient.es et créer des formes d'alliance vis-à-vis des décisions médicales ou même du désir des membres de leur entourage à leur endroit lorsqu'il repère des contradictions. Il se dit alors "protecteur" et pose un cadre rigide, centré sur la volonté de la personne malade : "Je les remets toujours à leur place. Je fais : « [négation par bruits de langue] Non, [pause] c'est monsieur. Si vous continuez, je vous mets dehors »". Il se décrit ainsi "possessif" et insiste d'ailleurs sur l'adjectif possessif avec humour : "C'est **mon** patient", adoptant une position héroïque.

Lorsqu'il se sent en difficulté dans les situations de fin de vie, il apprécie de pouvoir s'appuyer sur son équipe pluridisciplinaire : ses pairs, les médecins, mais aussi l'EMSP institutionnelle. Il se montre actif pour participer ou initier des temps d'échanges formels ou informels, se fait parfois relais à ses pairs des échanges avec les médecins et l'EMSP, prenant une place particulière dans son équipe. Un rapport néanmoins ambivalent : les désaccords avec ces figures décisionnaires de la prise en soins amènent souvent une opposition où il s'allie à son groupe de pairs : un "nous" qui recouvre "infirmiers, et aides-soignants".

Le premier entretien arrivant à sa fin, il revient sur son parcours et ses projets professionnels. Ayant eu un accord de financement par l'hôpital, il attend en effet la réponse à ses candidatures dans différents IFSI. Une situation qui le renvoie à l'étape de son parcours la plus récente : sa difficile admission par validation des acquis en IFAS, qu'il raconte avec une certaine colère dans la mesure où il avait eu du mal à faire valoir ses droits.

En conclusion, il se montre assez satisfait de sa contribution : "Je crois qu'on a un peu fait le tour [...] sur… ma façon d'être… vis-à-vis des patients [pause] pour s- [pause] pour le décès". Une façon de témoigner de sa volonté de bien faire, d'être à la fois contributif et authentique dans ce qu'il a à partager. Dans l'interstice devant la porte, il demande s'il y a beaucoup de participant.es et propose d'"encourager" ses collègues à participer.

Le deuxième entretien a lieu un peu moins d'un mois et demi plus tard. À la première question sur le regard qu'il porte sur le premier entretien, il présente un abord assez défensif, comme si cela remettait en question ses représentations et leur potentielle évolution : "Y a pas d'im-pact, le fait d'en avoir parlé, [...] je t'ai dit exactement comment je ressentais les choses, comment je voyais les choses [...] c'est pas parce que je t'en ai parlé que ça a changé pour moi". Il l'associe à une dimension plus personnelle de son rapport à la mort et à la perte, constitutive de ses représentations sur le sujet : le deuil de son père. Il ne développe pas plus son récit dans un premier temps.

Il revisite ensuite spontanément son parcours professionnel, avec des termes parfois identiques au premier lorsqu'il mentionne son ancrage dans les spécialités d'urgences, la relation avec sa cadre de service par exemple. Son discours apparaît plus fluide, peut-être par

effet d'habituation à la situation d'entretien de recherche, ou bien d'élaboration dans l'histoire de ce récit constitutif de son identité professionnelle, qu'il avait sans doute déjà raconté par le passé. Il ne semble pas se rappeler avoir déjà parlé de ces éléments.

Cela introduit son annonce de validation en IFSI. Il est fier d'avoir été admis dans plusieurs écoles, trouve cela valorisant pour son "égo" au regard de son "parcours atypique". Cette réussite semble revêtir une dimension narcissisante et intégrer plus largement l'économie libidinale autour de son histoire professionnelle.

Il évoque spontanément sa motivation à participer : aider, au regard de notre lien clinique. Cela semble s'inscrire dans une forme de continuité avec son propre investissement du travail et de l'évolution professionnelle, notamment via la formation et les diplômes. Contribuer à un travail de thèse fait sens pour lui dans le lien transférentiel. Il dit aussi qu'il "[s]'ouvre un peu plus" ces dernières années, ce qui rend possible un échange sur ce qu'il vit au travail, surtout concernant un sujet aussi sensible. Cet élément semble s'adresser à la fonction clinique de psychologue-chercheuse.

Un discours sur la mort du père émerge dans un second temps de l'entretien, après une reprise du récit sur la représentation de la mort qu'il considère aujourd'hui comme un événement "possible" pour les patient.es dont il s'occupe au travail, mais aussi "en général", y compris pour lui-même et ses proches. Il cite notamment sa femme et ses enfants : "Ça me touche pas, ça me fait pas mal, j'ai pas peur en permanence. Je sais que c'est possible". Un rapport singulier à la mort, marqué par des mécanismes projectifs, qu'il attribue à la perte de son père au tout début de sa vie d'adulte, "pendant [ses] épreuves du bac".

Il fait le récit de l'épisode aigu, inattendu, qui a conduit son père à être hospitalisé dans un état critique sans espoir d'amélioration. Il raconte la limitation des traitements qui a mené au décès, mettant en avant un rôle actif qui semble pris dans un mouvement œdipien où il s'allie à sa mère pour provoquer fantasmatiquement la mort du père : "C'est **moi** qui ai dit à ma mère : « Faut le débrancher là »".

Cet épisode a pertubé le passage de ses examens puis ses premières années d'études, souffrant d'un "psoriasis" dont il sous-entend dans un sourire une possible causalité psychogène. Il explique d'ailleurs avoir rencontré un psychologue à cette occasion : "Je déteste ça !". Cela peut être rattaché dans un mouvement d'ambivalence transférentielle à son discours défendu en début d'entretien, où il centre son intérêt à participer sur l'aide que cela représente pour l'autre sans reconnaître de potentiels effets d'élaboration pour soi. C'est une dynamique valorisante en ce qu'elle relève d'une fonction héroïque par l'aide, dans la continuité des fonctions soignantes et des relations entre collègues, pour lui qui investit particulièrement son institution. Une démarche qui résonne aussi avec son propre rapport au diplôme, à la formation, à la progression professionnelle à laquelle il concourt pour la psychologue-chercheuse en participant.

Les entretiens semblent lui avoir permis de déplier cette histoire professionnelle, chargée de libido et revêtant peut-être une fonction sublimatoire, signant peut-être aussi un parcours de résilience au regard de la perte traumatique de son père comme ayant débouché sur un véritable deuil pathologique sur un mode psychosomatique. En parallèle, il a mis au travail quelque chose de son histoire personnelle justement. Faire des liens entre les deux au-delà de son identité professionnelle, inscrite dans sa région et une institution chargée symboliquement, semble encore très sensible.

Le deuxième entretien se conclut par un dernier échange sur ses projets professionnels où s'exprime une forme d'expansion libidinale où quelque chose d'une répétition traumatique liée à la mort de son père semble se jouer : passer des DU, devenir infirmier anesthésiste pour travailler en interventions d'urgence, peut-être devenir cadre, pourquoi pas "dans la direction".

Tann, infirmière : "Je suis de coupure"

Tann est parmi les plus jeunes à participer, et dans les premières de son service. Le premier entretien a lieu dans un bureau médical attenant. La salle initialement prévue n'est pas disponible : elle est utilisée pour accueillir une famille endeuillée suite au décès d'un patient peu de temps avant la rencontre.

"Je suis de coupure" : c'est le premier élément sur son travail que Tann énonce. Un terme qui désigne des horaires de travail un peu décalés dans son équipe, et une place de support dans les tâches des autres qui lui évite d'être référente d'un secteur de patient.es. Un poste de support où l'action est au premier plan pour "gérer ce que les collègues ne peuvent pas gérer, ce que les urgences nous apportent, ce que les médecins demandent". C'est assez valorisant au regard de sa fonction de soignante ("On est un peu aux petits soins de tout le monde") tout en la tenant à une distance protectrice du terrain ("On répond à toutes les demandes en fait, sans être vraiment présent"). Un fonctionnement défensif sous le prisme de l'évitement et de l'agir.

Elle dit apprécier surtout le côté "assez polyvalent et varié", "formateur" de son travail. Parfois, elle accepte des remplacements dans d'autres services pour dépanner et varier son expérience. Cela lui va bien, car cette jeune infirmière qui depuis deux ans occupe son premier poste en Médecine polyvalente dit ne pas vouloir trop s'impliquer dans l'accompagnement des patient.es avec une certaine réflexivité : "Ça me convient dans le sens où [...] je préfère être dans le rush [...] j'aime bien être dans le... "vite fait bien fait" : on fait son travail et après on délègue. Parce que j'ai pas forcément envie de, d'être dans une continuité de soins et dans une prise en charge, euh, qui dure, euh. J'ai pas envie de m'in-, de m'investir". Ce positionnement semble agir comme formation réactionnelle par rapport à des expériences douloureuses dans son parcours de formation : il lui a été "reproché" d'être "trop dans l'attachement" dans "tous [ses] bilans de stages".

Le sujet de sa confrontation à la mort est amené par une question, elle ne l'aborde pas spontanément. Elle dénombre tout de suite trois situations pour lesquelles elle se considère "dans l'implication et dans le suivi", puis précise : "On en a vu euh, plusieurs, ici. Mais il y en a trois qui m'ont plus marquée". Elle en raconte deux. Ce qui l'a marqué dans la première, c'est d'avoir accompagné, avec une collègue et la famille, le patient dans ses tout derniers instants, au moment du trépas. De la seconde, elle raconte avoir été touchée par la famille au point de "dérog[er] un peu les règles" du service en autorisant la visite des petits-enfants pourtant interdite par la cadre et les médecins.

Elle associe ensuite sur les spécificités de son poste, qui en fait n'excluent pas qu'une relation s'établisse avec les malades et leur entourage. Elle raconte d'ailleurs avoir accueilli la famille du patient décédé ce matin-là, celui-là même pour lequel elle félicitait son collègue Manu d'avoir fait un massage cardiaque, qu'elle a installée dans la salle (initialement dédiée aux familles) où les entretiens de recherche étaient prévus.

Dans des allers-retours entre réflexion de portée générale et exemples cliniques, elle élabore une pensée sur l'accompagnement des fins de vie dans son service et sur les représentations qu'elle en a au regard de ses pratiques : les différents contextes de décès selon l'âge ou le caractère attendu de la mort, les enjeux des traitements de confort au regard de la fragilité des personnes en fin de vie, la relation avec les familles qui l'émeuvent toujours beaucoup… Elle évoque aussi des difficultés qu'elle repère dans le fonctionnement du service : les informations qui se perdent, les médecins qui sont "très limités" au "niveau relationnel", une organisation ou des moyens pas toujours adaptés aux besoins : "On fait comme on peut".

Elle semble s'identifier tout particulièrement aux familles face à ce fonctionnement carencé qui manque de contenance lorsque la mort fait effraction dans la vie du service : "Je pense qu'ils doivent se sentir euh pas du tout compris". Elle associe sur un souvenir très personnel : "Je comprends parce que je l'ai vécu", puis repart sur ses souvenirs cliniques de décès, dans son fonctionnement défensif par rapport à la mort au travail : "Si ça peut ne pas arriver avec moi, ça m'arrange [...] je suis très… un peu trop dans l'empathie".

Elle fera plusieurs allusions à ce souvenir personnel au fil de l'entretien, concernant des contextes où elle sent qu'elle "transfert", sans l'expliciter dans un premier temps. Notamment dans son ancien projet professionnel, la cardiologie, qu'elle dit avoir abandonné parce que "c'était malsain", elle avait l'impression de "tout mélanger" et de "s'enterrer bêtement". Un récit émerge finalement à la fin de l'entretien, alors qu'elle reparle de la situation où elle a fait venir les petits-enfants d'un patient en fin de vie car il avait l'âge de son grand-père, et qu'elle imaginait sa petite soeur à la place de ces enfants interdits de visite pour des raisons de cadre institutionnel. Elle reparle de cet interdit de "faire du transfert" porté par sa cadre de service et intériorisé comme dimension surmoïque, par les conseils de sa mère aussi sur un versant plus personnel. La mise en parallèle de ces deux femmes semble parler de leur fonction pour elle.

Une rupture opère alors dans son discours, elle pleure et s'en excuse : "J'ai perdu mon papa il n'y a pas longtemps". Cela active contre-transférentiellement un positionnement clinique. Elle raconte par bribes la crise cardiaque, un soir au domicile familial où elle vit toujours. Ses connaissances d'infirmière semblent agir comme un filtre protecteur quand elle analyse : "Aucun antécédent, rien, donc euh c'est arrivé brutalement. Y a y a eu zéro signe". Cette situation l'a mise à une place particulière par cette compréhension qu'elle avait de ce qui se passait. C'est principalement elle qui a opéré le massage cardiaque en attendant les secours. C'est aussi elle qui a annoncé le décès à sa mère, par défaut d'adaptation du discours médical d'après elle : "Ma mère elle a rien compris de ce que le médecin lui a dit à ce moment-là. Moi j'étais infirmière donc je savais".

Ce savoir d'infirmière et la technique qui en découle semble revêtir ici une dimension phallique où se rejoue quelque chose de sa conflictualité œdipienne : il lui donne accès au corps du père et au savoir sur ce corps en excluant sa mère. Cela semble ajouter au trauma généré par la mort brutale du père sous ses yeux. La mort malgré le massage cardiaque agit peut-être ici comme castration dans le réel.

Une répétition paraît à l'œuvre dans les projets qui ont suivi : faire un stage professionnalisant en cardiologie, et aujourd'hui vouloir travailler dans un service d'"urgences pures", dans le "rush". C'est peut-être cela qui se joue dans son bref échange avec Manu avant son entretien. Elle élabore ce lien partiellement dans l'entretien : "C'est pour ça que, quand j'irai aux urgences, j'espère que [déglutit] quand je vais masser etc, ce sera pour… Voilà, pour faire repartir euh un patient, et après s'il doit décéder ailleurs euh, ou être transféré, ça sera pas de, sous ma coupe". Un positionnement empreint d'angoisse et de culpabilité où l'agir est au premier plan se dessine, dans une intrication de mouvements défensifs et pulsionnels. Le trauma tend à se répéter.

Elle associe finalement sur le soutien entre collègues qui se racontent ce type d'événements traumatiques personnels. Elle sait qui est endeuillé.e dans son service, et de quel membre de sa famille. Elle ne pense pas que sa cadre soit au courant de la mort de son père, il s'agit-là d'un soutien entre pairs, quelque chose qui relève d'un jeu de miroir : "On se regarde et on se dit euh : « On sait »".

Le premier entretien se conclut par une réflexion sur l'accompagnement des fins de vie pour lequel elle se sent insuffisamment formée, et par là insuffisamment étayée et contenue. Elle identifie que ses pratiques reposent surtout sur son propre fonctionnement subjectif, l'exprime en s'étayant sur son groupe de pairs : "On s'est formées un peu toutes seules dans nos vies perso". Elle a une représentation ambivalente mais suffisamment bonne de leur travail ensemble dans ces contextes : "On n'est pas bon mais on est correct humainement".

Le deuxième entretien a lieu un mois plus tard, dans un secrétariat pour éviter d'éventuelles interruptions comme ce fût le cas précédemment. Son organisation est assez

compliquée, et la cadre de service qui coordonne habituellement les entretiens ne semble pas au courant de la rencontre, sans que cela ne soit problématique.

Tann commence d'emblée par dire qu'elle a parlé de leur participation au premier entretien avec deux collègues qui ont également participé. Une demande de discrétion faisant partie du cadre de la recherche, cela s'intègre peut-être à la dynamique transgressive dont elle a témoigné lors du premier entretien dans certains récits cliniques, dans son rapport à l'interdit du "transfert" aussi, qui font peut-être écho à la dimension œdipienne dans laquelle l'entrée dans la vie professionnelle a été prise. Elle semble s'en rendre compte : "On est resté dans le flou, on s'est dit qu'on se disait pas euh, ce qui s'était dit quand même". Elle explique que "tous les trois" ont vécu avec étonnement cette rencontre comme "très intense" et "psychologiquement [...] dans l'émotion".

Elle dit avoir beaucoup repensé à cet entretien dans l'entre-deux, dans la perspective de pouvoir mettre cette expérience à profit : "Depuis que l'on s'est entretenu, j'ai essayé de... de m- de me positionner avec un petit peu plus de recul."

Elle associe sur un contexte où son service a accompagné un certain nombre de fins de vie, plus que d'habitude. Elle explique avoir en quelque sorte *profité* d'une situation qui lui semblait moins difficile que les autres pour s'investir dans un accompagnement, tant avec la patiente qu'avec la famille : "Si je le fais pas maintenant, je le ferai jamais".

Elle trouve que ce qui est plus facile pour elle dans cette situation, c'est qu'il s'agit d'une patiente âgée, dont la petite-fille est infirmière dans un autre service de l'institution. Elle pouvait échanger avec ce membre de la famille dans ce rapport particulier de pairs institutionnels qui facilite l'entrée en relation, et aussi avec un langage plus technique. Une identification s'opère peut-être ici aussi, à cette place de famille qui perd un proche.

C'est une expérience satisfaisante pour elle, qui alimente une dynamique de construction de ses pratiques professionnelles notamment au regard de ses difficultés à se positionner dans une juste distance : "J'étais quand même euh satisfaite, parce que j'ai réussi à [...] m'occuper de cette dame et à euh... à prendre en en compte la famille et en charge la famille. Et même à parler, à faire même une annonce, parce que bon c'est arrivé un weekend et notre euh nos médecins n'étaient pas là. Et en fait, j'ai pas été euh... j- j'ai pas été prise d'émotions [...] comme j'aurais pu l'être pour les autres". L'énonciation de ce discours émerge non sans angoisse.

Elle raconte aussi s'être saisie de l'entre-deux entretiens pour solliciter une formation institutionnelle sur les soins palliatifs lors de son évaluation annuelle. Cette démarche montre que la participation à la recherche-action s'inscrit et nourrit en même temps son évolution professionnelle au regard du caractère si sensible de cette partie de son travail. Il s'agit peut-être aussi d'une tentative d'élaborer le trauma par la structure que peut apporter un cadre théorique à des pratiques. C'est aussi une démarche groupale, puisqu'elle s'y est inscrite avec une collègue participante : s'appuyer l'une sur l'autre donne de l'élan.

D’autres récits cliniques plus anciens affleurent dans la continuité de sa réflexion sur les pratiques d’accompagnement en fin de vie, les différents contextes rencontrés. Son discours se présente comme moins défendu et particulièrement réflexif : “Je suis un peu comme ça en plus. Dès que j’ai [...] un déclic, je... je me lance”. Elle élabore comment elle s’est saisi de ce protocole de recherche-action : “Au-delà du fait qu’à la base, cet entretien c’est pour vous, 'fin c’est pour votre thèse, bah je pense que ça m’a apporté pour moi du coup”. Cela parle aussi de sa motivation à participer et de son investissement transférentiel.

Derrière la dimension manifeste de participer pour aider la psychologue-chercheuse au titre de notre appartenance commune à l'institution (“Puisque après tout euh on est dans un hôpital, il faut qu’on arrive à s’aider les uns les autres”), cette visée de développement des pratiques professionnelles était préconscient, et soutenu là aussi par des mouvements identificatoires.

Elle décrit la représentation qu’elle en avait en amont : “Je m’étais dit peut-être que, je vais exprimer plein de choses [pause] et qu’après euh, elle [la psychologue-chercheuse ndlr] va le reformuler, avec des thématiques, et, c’est ces thématiques-là qu’il faudra que je reprenne quand moi j’y penserai”. Elle témoigne aussi d’une certaine posture d’observation, déstabilisante contre-transférentiellement : “J’ai remarqué. [...] C’est quelque chose de... que je pensais et [...] que vous avez fait, donc par exemple quand j’exprimais plein de choses [...] parfois vou- vous disiez euh : « Oui, donc j’entends par là que, il faut être là-dedans, ou ne pas être là-dedans ». Et du coup, ça c’est des thématiques que, ça fait des titres de chapitres en fait”. Cette analyse passe par le prisme de sa subjectivité, voyant des recommandations dans ce qui relevait plutôt de reformulations ou d’interprétations. Il semble que cette place de psychologue spécialisée en soins palliatifs l’ait amené à intégrer la rencontre dans un rapport de référence surmoïque tiercéisante, comme avec sa cadre ou sa mère.

À la fin de l’entretien, elle pose un certain nombre de questions sur cette recherche, sa méthode, les soignant.es rencontré.es. Elle cherche à comprendre. Cela semble faire partie de cette dynamique dont elle se saisit par la recherche-action. Elle demande aussi si ce qu’elle a dit correspond aux attentes du protocole, si “ça a été constructif”. Elle y revient plusieurs fois, semble avoir besoin d’être rassurée à ce niveau-là.

Participer à ce projet paraît avoir été particulièrement dynamisant pour Tann. Son positionnement de prime abord très à distance de la relation avec patient.es et familles semble défensif et ambivalent au regard de ce qu’elle décrit de ses pratiques, et aussi de sa démarche de venir parler de ce sujet sensible en entretiens de recherche.

Elle a pu aussi mettre au travail quelque chose de sa vulnérabilité, qui peut générer des compulsions de répétitions ou des défenses massives dans sa vie professionnelle. Sa vulnérabilité s’exprime tout particulièrement lorsqu’elle est confrontée à la mort. Ce rapport à la mort dans son travail est marqué par la coupure : coupure dans ses horaires de travail à un niveau manifeste, place particulière dans la dynamique groupale de l’équipe qui lui confère une valorisation narcissique par une position héroïque d’aide dans une action à la fois jouissive

et protectrice. À un niveau plus symbolique, coupure de la perte à la mort de son père, qui est venu rejouer quelque chose du double complexe castration-Œdipe, dans le prolongement de processus adolescents encore actifs chez cette jeune adulte. Elle ne veut d'ailleurs plus aujourd'hui qu'un décès arrive "sous [sa] coupe". Sa participation semble prise dans une dynamique de liaison, de réintrication face au trauma et à l'angoisse qui sont mobilisés par la mort dans son travail. Son projet de formation institutionnelle paraît tendre à en prolonger les effets.

Val, aide-soignante : "C'est tout un fil de vie dans le travail"

Val est aide-soignante depuis 11 ans et a travaillé dans différents services. Elle est actuellement en médecine polyvalente depuis 3 ans. Les deux entretiens se passent dans une salle attenante au service, où sont habituellement reçues les familles de malades. Quelques bruits de sirène ponctuent les échanges : ce sont les pompiers qui se rendent aux urgences. Le premier entretien est interrompu à une reprise par un membre de l'entourage d'une personne hospitalisée. C'est Val qui positionne le cadre : "C'est la salle des familles mais là on est en entretien excusez-moi", puis en dit un mot avec humour : "Ça arrive jamais, la salle est jamais occupée, mais fallait que ça arrive quand on était là ! Bon, c'est pas grave".

Dans l'énonciation des différents services où elle a travaillé, elle met en avant l'importance pour elle de la relation aux personnes hospitalisées qui lui permet de se sentir utile, cela est valorisant. Elle a "moins apprécié" avoir exercé en chirurgie car "le contact avec le patient est beaucoup plus bref [...] on a moins [...] besoin d'une aide-soignante". Elle dit avoir occupé des postes de courte durée avant de se "fixer ici". Ce service "poly-pathologique" lui permet de travailler dans une grande variété de contextes, "des fins de vie comme des patients découverte de diabète" cite-elle en exemple, dans une temporalité qui permet de mettre en place des accompagnements relationnels.

Elle associe rapidement sur sa représentation de son travail, met en avant les compétences techniques et relationnelles qu'il nécessite ainsi qu'une forme d'intelligence au travail spécifique à son métier d'aide-soignante. Une représentation en opposition avec ce qu'elle perçoit dans la société d'une image dégradante. Elle explique par exemple avoir déjà entendu, dans des contextes tant personnels que professionnels : "Ton travail d'aide-soignant, mais toi tu fais juste euh, ben laver des fesses". Cette représentation de son métier la révolte en ce qu'elle est réductrice voire méprisante : "Ça en fait partie bien sûr c'est mon travail hein, mais, y a pas que ça". Son propos rejoint ceux qui portent sur une méconsidération du travail des aides-soignant.es abordée dans la contextualisation théorique de cette recherche, soulignée aussi par Lhuilier sur le "sale boulot" (2002, p. 73).

Val décrit l'intérêt qu'elle porte au confort des malades surtout lorsque le pronostic vital est péjoratif, dans un ancrage à des valeurs du soin palliatif. Elle explique l'attention nécessaire pour s'adapter aux patient.es : "On peut demander au patient: « Est-ce que vous

aimez le chocolat? ». « Ah bah non je préfère le café au lait ». Et ben OK, on prend le café au lait et puis on va la, le solidifier avec autre chose, euh des biscottes". Par sa fonction d'aide-soignante et avec une certaine créativité, elle porte un regard particulièrement subjectivant sur les malades dans les états les plus graves. Une créativité au regard d'un contexte institutionnel qui peut être limitant : "On fait ce système de **pâtée** un peu épaisse euh, et en fait euh, on a que au chocolat ici. Donc ça c'est un... un choix institutionnel".

Les accompagnements de fin de vie font partie de son travail dans son service. Elle considère cette dimension de son activité comme "normale" et répète plusieurs fois ce terme. Elle définit cela dans la continuité de la représentation de son travail : "Pour moi on va dire accompagner le patient c'est euh... être présent quand on sent que c'est un peu difficile pour eux. Même de les aspirer pour moi ça reste euh du confort, et d'être présent auprès d'eux, les changements de positions, ça peut être la toilette, ça peut être un soin de bouche, ça peut être ben de... l'alimenter même si c'est 2 petites cuillères". Se mélangent ici les tâches propres à son corps de métier et cette intelligence au travail qui l'amène à analyser les situations pour proposer des soins dans un objectif de confort en fin de vie. L'ancrage dans des valeurs palliatives est présent, mais un décalage apparaît entre la théorie et la pratique : dans une perspective de soins palliatifs les aspirations de mucosités font souvent l'objet de discussions éthiques entre l'inconfort causé par l'acte et celui entraîné par l'encombrement bronchiques, et sont ainsi souvent limitées.

Elle situe ces accompagnements de fin de vie dans une continuité à la fois de la vie et de son travail : accueillir des personnes malades, parfois très malade, de plus en plus malade, jusqu'à la fin. Ce qui est dur pour elle, ce sont surtout les situations de décès inattendus ou violents, qui entraînent une certaine culpabilité et peuvent revêtir une dimension traumatique en ce que les conditions de leur survenue constituent une effraction du pare-excitation. Les décès de personnes jeunes aussi.

Face aux situations de fin de vie qui demandent un effort supplémentaire lié à aux affects et défenses mobilisés, elle s'appuie sur son groupe de pairs, ses représentations de son travail et de sa fonction soignante, et aussi sur certaines croyances. Des croyances populaires comme "un décès-une naissance", ou propre à la culture soignante comme "la mouche" qui annonce un décès dans le service. Dans tous ces cas, elle appuie souvent son discours par l'expression : "C'est une réalité".

S'occuper des corps décédés est aussi "normal" pour elle. Elle décrit que beaucoup de ses collègues ont peur d'effectuer des soins mortuaires, se dispersent au moment de faire cette dernière toilette. Pas elle, qui porte ainsi une fonction particulière dans son équipe en ce qu'elle est plutôt à l'aise avec ces dimensions-là et aussi parce qu'elle est "grande" et a "beaucoup de force". Elle semble porter une véritable fonction phorique, étant ainsi sollicitée pour les tâches les plus physiques, y compris la manipulation des corps en fin de vie et après le décès.

Elle s'occupe des corps morts surtout pour les familles : dans l'idée de rendre l'image de la personne défunte la plus agréable possible, dans la perspective de la veillée en chambre mais aussi des funérailles à venir. Une attention qui semble surtout reposer sur des mouvements identificatoires, en lien avec des souvenirs personnels, plus précisément des deuil personnelles. Elle élabore ainsi deux récits sur des décès de proches.

L'un revêt une dimension traumatique : il s'agit du décès d'une enfant gravement malade dans sa famille, sédatée en fin de vie, à un moment où elle-même était anesthésiée pour une chirurgie. Ce décès d'une enfant jeune, qui inverse l'ordre des générations, à un moment où toutes deux partageaient le même état physique, être endormies par des molécules sédatives, semble entraîner une identification qui active une angoisse de mort. Elle associe sur ce souvenir à partir de l'idée qu'il est difficile pour elle d'être confrontée aux familles de personnes jeunes qui décèdent. Val ne peut retenir ses larmes à l'évocation de ce souvenir et s'en étonne : "Franchement ça m'arrive pas de pleurer". L'entretien de recherche avec une psychologue semble permettre l'expression d'affects habituellement objets de défense psychique, activant une fonction clinique contre-transférentiellement.

Elle explique ensuite qu'en dépit de cela elle a pour projet de "faire l'école d'aux. puer.[27]" pour travailler en chirurgie pédiatrique car elle "sai[t] faire la différence" entre les patient.es et son entourage personnel. Ce projet peut sembler paradoxal au regard du fait qu'elle ait dit en début d'entretien avoir "moins apprécié" son expérience en chirurgie adulte, que ce choix expose à des corps d'enfant anesthésiés alors que la mort d'un enfant de sa famille pendant qu'elle était elle-même anesthésiée fait trauma. Il s'agit peut-être ici d'une dynamique de compulsion de répétition traumatique, peut-être par la voie d'une tentative de sublimation par le travail.

Un peu plus loin dans son discours, à partir de son élaboration sur l'accompagnement des familles endeuillées, elle associe sur un second décès marquant : celui de son grand-père. À partir de ce souvenir, elle fait un lien avec son travail : "C'est vrai que les derniers moments je trouve c'est ce qu'on se souvient le plus. Et du coup effectivement, 'fin... des soins de confort euh... après le décès sont hy-per importants".

Une expérience personnelle qui s'active dans sa confrontation aux familles endeuillées, dont elle partage alors les affects. Cela la guide dans ses pratiques de soins aux défunt.es et aussi d'accompagnement relationnel de la famille endeuillée, mais cela floute aussi les limites et peut l'amener à se sentir moins protégée par sa fonction : "Quand il y a vraiment ce moment de décès, alors m'occuper du patient même qui est décédé y a aucun soucis, la toilette ect euh, les soins de confort, y a aucun problème. Mais c'est vrai qu'avec la famille, alors je le fais parce que c'est mon travail. Mais j'ai du mal à... À rester soignant."

[27] auxiliaire de puériculture, ndlr, qui correspond à des fonctions d'aide-soignante mais spécialisées auprès d'un public d'enfants.

Val commence le deuxième entretien en disant que depuis le premier, elle a demandé à s'inscrire à une formation institutionnelle sur les soins palliatifs. Une opportunité saisie lors de son entretien d'évaluation annuel qui a eu lieu entre les deux entretiens de recherche.

Elle en attend surtout un étayage dans son accompagnement des familles, principalement celles qui la touchent particulièrement, avec lesquelles elle sent "une affinité, un **lien** [...] parce qu'on connaît toute leur **vie** [...] Et du coup ben, limite on s'intègre un peu à la famille en fait". Ce processus se fait "sans le vouloir" pour elle, "naturellement". Cela parle de l'inconscient à l'œuvre, qui mobilise affects et mouvements identificatoires : "On se projette et on se dit euh : "Ça nous arrivera un jour quoi".

À partir de ce discours, elle décrit comme le rythme institutionnel n'est pas propice au deuil des soignant.es : l'organisation du brancardage vers la morgue peut la mettre en difficulté, l'activité intense qui reprend tout de suite après un décès, les lits occupés peu de temps après la sortie du corps. Elle aurait besoin d'une pause, qu'elle s'octroie parfois, racontait-elle lors du premier entretien, après avoir brancadé un corps en chambre mortuaire : "Souvent je prends le temps de m'asseoir un peu parce que le retour jusqu'à la morgue [...] c'est super loin. Souvent on a soif, on a un petit peu faim, on mange un petit gâteau [riant légèrement] et puis on repart quoi". Une forme de restauration semble opérer ici suite à l'acte de soin doublement éprouvant, physiquement et "émotionnellement", qui passe par une pulsionnalité orale.

Elle associe sur le récit de sa première confrontation à la mort : lorsqu'elle était en stage en maison de retraite. C'était un résident dont elle s'occupait particulièrement. Elle en garde une "image dans [s]a tête", un "bon souvenir" parce qu'il était "bien, enfin beau", et en même temps un mauvais car "on [l]'a pas accompagné". C'est pour cela qu'elle a à cœur de soutenir les élèves d'IFAS dans leurs premières confrontations à la mort.

Elle a appris ce décès "aux transmissions" et n'a jamais su les causes de la mort. Elle aurait voulu que les professionnel.les l'accompagnent plus tant d'un point de vue affectif que professionnel : "Même par exemple me dire: « Bah ton, ton résident, tel Monsieur, ben il est décédé, viens, je t'accompagne, on va ensemble dans la chambre, si tu as des questions n'hésite pas »". Un manque de contenance par l'équipe qui génère des effets traumatiques.

Lors de cet entretien elle revient sur les deux décès personnels évoqués lors du premier. Elle parle de son deuil d'un enfant de la famille par rapport à ses projets : si elle veut travailler en chirurgie pédiatrique, c'est pour ne pas avoir affaire tout de suite à des enfants très malades qui la renverraient à son deuil. Un effet d'élaboration semble avoir opéré depuis le premier entretien.

Elle en parle d'ailleurs aussi plus consciemment au regard des effets de sa participation au premier entretien. Elle explique qu'après "c'était trop bizarre parce que, [elle] voulai[t] trop en parler avec les collègues". Malgré la consigne initiale de confidentialité, elle en parlé avec Tann, dont la participation était prévue mais non encore effective. Cette dernière avait

remarqué que Val avait pleuré. Un échange qui a sans doute influencé la participation de Tann : “Elle me dit: « Ah mais du coup c’est sûr je vais pleurer moi aussi, parce qu'à tous les coups je vais parler de mon père et tout »”. Ce fût le cas.

Quelque chose semble résonner ici entre les deux soignantes. Les liens tissés au travail, par lesquels on se connaît personnellement, qui mobilisent des identifications croisées dans le groupe que forme l’équipe paraît soutenant en ce que cela leur permet de mettre au travail leurs affects douloureux par la mise en partage, de les contenir de façon groupale, entre soignant.es : c’est aussi une fonction qui soigne et protège les professionnel.les.

Elle revient plus en détails sur le récit de la mort de son grand-père. Elle garde un souvenir positif du “personnel de la morgue” avec qui “il n’y a pas d’émotions négatives [...] il n-nous cherche un peu le côté un peu gai, qui sommeillerait en nous”. C’est vers cet idéal d’accompagnement des familles qu’elle voudrait tendre. Un mouvement qui relève de l’Idéal du Moi en situation professionnelle, avec une valence défensive qui fait l’économie des affects de deuil. Un Idéal impossible à atteindre lorsqu’elle se sent envahie par les affects de la famille endeuillée, qu’elle partage. C’est aussi cela qu’elle recherche en voulant s’orienter vers le travail auprès d’enfants : “Dans le jeu ou dans la rigolade”, une “approche complètement différente [pause] d’un adulte”.

Elle s’est particulièrement investie dans l’accompagnement de la fin de vie et les funérailles de son grand-père, y compris dans sa fonction soignante. Elle raconte : “Un jour euh la soignante elle était toute seule à faire son change et mon grand-père était assez costaud, je lui dit: « Bah écoutez, je suis du métier, moi ça ne me dérange pas, je vais vous aider, je tiens mon grand-père et vous le changez ». Elle me dit: « D’accord ». Et je sais pas pourquoi, pendant qu’elle est partie rincer les gants, je me suis tourn-, penchée vers euh... ses fesses [pause] pour voir quoi, j’en sais rien, j’ai regardé. Et il avait une escarre énorme [pause] et en fait elle me l’avait pas dit. Et euh, il y avait ben pas de pansement dessus. Du coup j’ai... plus du tout eu confiance en eux. Donc dès que j’étais en repos, ou que je finissais tôt [pause] j’y allais [pause] faire la toilette [pause] de mon grand-père”. Elle précise que faire des soins à son grand-père l’aurait en théorie dérangée.

Il semble se jouer ici quelque chose d’une conflictualité œdipienne où son métier de soignante lui donne accès au corps de son grand-père. Cela revêt un potentiel transgressif neutralisé par sa fonction professionnelle. Le moment où elle regarde les fesses agit comme transgression de l'interdit de l'inceste, et elle constate une faute qu’elle attribue à l’équipe soignante : une escarre non soignée. De ce fait, elle transgresse les règles du service et la position de "famille" pour faire le travail des soignant.es du service, et s’approprie ainsi le corps du grand-père. La fonction soignante revêt ici une dimension phallique : elle lui donne le pouvoir de transgresser. Se retrouve aussi sa place particulière dans son équipe où elle s’occupe des patient.es aussi qualifiés “costauds” car elle a “beaucoup de force”.

Cette conflictualité se poursuit après le décès. Du fait d’une incapacité physique de la femme du défunt et de sa familiarité avec le traitement des cadavres, c’est elle que les agents

mortuaires ont appelée pour être guidés dans l'apparence physique du défunt. Elle a choisi elle-même la dernière tenue que revêtrait son grand-père car elle n'était pas d'accord avec sa grand-mère qui voulait qu'il porte "un jogging comme d'habitude". Val voulait qu'il soit "beau". C'est le même adjectif qu'elle emploie pour les défunt.es dont elle s'occupe dans son travail. Alors elle a convaincu sa grand-mère de l'habiller "comme avant" la maladie neuro-évolutive qui a conduit à son décès. C'est encore à Val que l'agent des pompes funèbres a demandé comment son grand-père se coiffait, quels étaient ses "signes distinctifs"… Elle explique aussi être plus à l'aise que sa mère, fille du défunt, dans la chambre mortuaire : "Moi je connaissais. Ma mère non, mais moi je connaissais".

L'appartenance à son corps de métier lui confère une place particulière au détriment de celles de la femme et de la fille du défunt que sont sa grand-mère et sa mère, reprise dans un jeu de rivalité œdipienne avec la mère et la fille de ce grand-père avec lequel elle décrit avoir un rapport privilégié. La reprise de l'appartenance au "métier" comme attribut phallique dans la conflictualité œdipienne montre comme le rapport au travail peut-être intensément mobilisé dans l'économie libidinale.

Dans le bilan qu'elle fait de sa participation, Val semble avoir bien saisi le contexte et les objectifs de la recherche. Elle dit avoir apprécié la possibilité d'une réflexivité sur son histoire professionnelle, pouvoir parler "de la vie de soignants en fait". Elle distingue cet espace de parole des autres dont elle dispose : "Avec notre cadre par exemple, on va parler d'un moment euh... un instant T on va dire". Elle poursuit : "On parle d'un problème avec un patient, ou avec une collègue, enfin un moment bien précis. Que là en fait on parle de... la mort d'accord, c'est le sujet mais en fait de n'importe quand. Ça peut être ce patient là, où celui-là, ou euh u-, un patient qu'on pense qui est, pas ici mais c'était ailleurs".

Elle dit que "ça fait du bien aussi [...] d'en parler". Évoquer ses affects dans son discours lors des entretiens de recherche semble avoir un effet thérapeutique (Golse, 2007), adossé sur la fonction clinique de la psychologues-chercheuse en soins palliatifs, avec qui elle est là pour parler de la fin de vie et de la mort. Bien qu'elle décrive cette confrontation comme "le normal de [leur] travail", cela se fait au prix de la mobilisation d'affects qui peuvent être douloureux, notamment du côté du deuil et de la conflictualité inconsciente chez Val. La participation à la recherche semble lui avoir permis de mettre au travail les résonances personnelles qui s'activent dans les situations de fin de vie, et qui semblent étayer en partie ses pratiques, notamment de soins corporels après le décès. Des gestes potentiellement angoissants rendus possibles par l'identification aux familles et par la fonction soignante.

L'espace de la recherche est saisi de cette place particulière qu'elle a dans son équipe par rapport aux problématiques de fin de vie. Il alimente cette dimension identitaire dans une dynamique de développement professionnel par l'inscription à une formation. Ce mouvement revêt une dimension groupale aussi : elle s'y est inscrite avec Tann.

Vic, infirmière : "J'aime pas trop faire les décès"

Le premier entretien avec Vic est difficile à organiser. Il a été reporté du fait de problèmes organisationnels avec l'institution, puis n'a véritablement été confirmé que le jour-même. À sa demande, il a lieu à proximité du service, et sera dérangé deux fois : une fois par un membre de l'entourage d'un ou une patiente, une fois par un agent administratif.

Âgée de la trentaine, Vic travaille depuis 16 ans. Elle a été auxiliaire de puériculture dans un premier temps avant d'évoluer vers une formation en soins infirmiers. Elle commence par lister de façon chronologique l'ensemble des services où elle a travaillé. Elle parle aussi de ses projets : elle voudrait travailler dans un service d'urgence car elle pense avoir "fait un peu le tour" de la "médecine". Ce qui l'intéresse "c'est l'inconnu", le "polyvalent", mais aussi se "mettre en situation d'urgence". Elle mentionne notamment les "arrêts" cardiaques. Un discours qui semble assez désaffectivé, ce qui revêt peut-être une dimension défensive. Ce même type de discours assez factuel, qui relève peut-être d'un mode opératoire défensif, réapparaît lorsqu'elle parle de la gestion des décès dans son service. Elle a aussi tendance à rationaliser son discours sur les malades en fin de vie, en s'appuyant sur des principes et pratiques de soins palliatifs.

Elle évoque spontanément la question des décès dans son travail, dit qu'elle a "toujours du mal" car ça la "touche". Elle décrit un vécu sensoriel de son angoisse dans ces contextes : "C'est physique". Les situations les plus dures pour elle sont les décès inattendus, découvrir un corps décédé, ou encore qui "font penser" à un proche "décédé" : "Je fais le transfert". Elle décrit s'identifier aux familles qui lui ressemble par le rapport d'âge : "la personne elle a des enfants de notre âge tout ça, ou le papa il avait le même âge que mon père", et cela lui confère "plus d'empathie". Quand elle raconte des situations, elle parle surtout de son travail d'accompagnement avec les familles et de ce que cela mobilise en elle.

Elle se souvient avoir été confrontée pour la première fois à la mort en service de Soins de Suites et de Réadaptation, un lieu de convalescence qui accueille majoritairement des personnes âgées. La suite de l'entretien révèlera que c'est en fait plus tôt, lorsqu'elle a travaillé en tant qu'auxiliaire de puériculture auprès d'enfants atteints de mucoviscidose, une maladie évolutive pulmonaire d'origine génétique. Comme Charlie, il semble que cette représentation traumatique ait été refoulée au profit de celle plus supportable de la mort de personnes âgées. D'autant plus qu'elle décrit ces enfants comme "**attachants**" souligne-t-elle, leur parents aussi, et a bien remarqué que ses collègues qui travaillaient alors depuis plus longtemps qu'elle dans le service étaient très mises à mal lorsqu'un enfant suivi depuis plusieurs années venait à décéder.

Elle raconte cette situation d'un enfant qu'elle a suivi, qu'elle a revu lors de ses stages en soins infirmiers, et dont elle a appris le décès peu de temps après. Elle peine à exprimer les affects mobilisés, les minimise dans son discours de façon défensive et ses mots restent suspendus : "Donc ça ça m'a un peu…"

Ce discours sur la confrontation à la mort dans son travail est suivi par une plainte institutionnelle. Elle se sent débordée par le rythme, à savoir “les horaires” et la charge de travail qui entraînent angoisse et culpabilité : la peur de faire des erreurs dans les actes techniques, “tu rentres chez toi tu réfléchis encore, est-ce que t’as pas oublié ci, est-ce que t’as pas oublié ça". Cela semble usant, elle montre des signes d’épuisement professionnel : “T’as fini ton travail mais bon t’y penses encore des fois quand tu rentres quoi”. Une difficulté pour laquelle elle a l’impression que son corps de métier n’est pas assez reconnu. Et en même temps sa fonction soignante et son appartenance à l’institution la protège des affects de deuil, avec ces familles auxquelles elle s’identifie : “Je me dis : « Je suis à l’hôpital, je suis en blouse blanche, voilà, je fais mon boulot d’infirmière, je… » Voilà, parce que sinon euh… On chialerait avec la famille quoi [riant légèrement]”.

Il ressortira dans le seconde moitié du premier entretien que sa vocation d’infirmière est née d’une expérience traumatique de confrontation à la mort. Se protégeant de cette angoisse de mort encore active par l’utilisation de termes techniques soignants, elle raconte qu’elle a eu un grave accident quand elle était jeune adulte, ce qui a entraîné un long séjour en réanimation puis en rééducation. Dans son lit de réanimation, elle dit aux infirmier.es qui s’occupent d’elle : “Je serai à votre place un jour, je serai infirmière, c’est sûr”. S’en suit un parcours d’études en plusieurs étapes du fait de cet accident qui en a perturbé le cours. Aujourd’hui elle est “fière” et “contente” d’être infirmière. L’appartenance à son corps de métier semble avoir une dimension restauratrice et fait partie de son identité. Une représentation prise dans un système très hiérarchisé des professions soignantes, qui peut l’amener à se positionner comme n’étant “qu’une infirmière” par rapport aux médecins.

Son parcours semble signer une forme de sublimation, voire même de véritable résilience, face à cette expérience traumatique, mais qui rend aujourd’hui la confrontation aux corps morts difficile dans son travail. Elle paraît ainsi se déprimer lorsqu’elle dit que “ça fait remonter des choses”, le ton de sa voix s’amenuisant. Des aspects traumatiques toujours présents, qui activent contre-transférentiellement une posture clinique par des reformulations de son propos comme pour initier un mouvement de liaison dans ce que le trauma délite : “À la fois la mort est restée quelque chose de très sensible, et en même temps, cette expérience personnelle a été le début de votre vocation“. Elle confirme.

C’est pour avoir été si personnellement confrontée à la mort qu’il est difficile pour elle d’y être confrontée dans son travail. À l’évocation de ce sujet, elle exprime par défaut le réflexe de “réanimer” sauf dans les cas les plus graves où “ça sert à rien”, “il faut laisser faire la nature” pour éviter “l’acharnement”. Des principes de soins palliatifs lui permettent d’appréhender ces situations.

Elle semble aussi mobiliser des systèmes de croyance de façon protectrice : elle parle de décès en série avec superstition, dit que c’est “souvent des séries de trois”, comme sa collègue Val elle mentionne les “mouches” annonciatrices de décès : “On se dit : « Tiens, [aspire entre ses dents] ça va être pour bientôt »”.

Vic évoque elle-aussi la situation de décès partagée par Manu et Tann lors de leur premier entretien, associant sur ces moments où “il faut sortir le chariot d’urgence” pour réanimer, ce qui ne lui est arrivé “qu’une fois”. Elle s’identifie à ses collègues : “C’était des jeunes diplômés aussi, ça faisait pas longtemps qu’ils étaient dans le service, donc je me mets à leur place aussi, y a une sorte de culpabilité et tout, même si les médecins ils disent, non mais… [inspire]”.

Chez Vic la question de la culpabilité semble étroitement liée à celle de l’impuissance. Une réanimation qui conduit à un décès, des traitements de confort qui ne suffisent pas, lorsqu’elle œuvre auprès des médecins pour augmenter les doses mais que cela ne “marche” pas, même si c’est finalement plutôt rare : elle se sent généralement assez écoutée dans ses évaluations cliniques.

S’appuyer sur son équipe pluridisciplinaire, notamment sur ses pairs, semble important et soutenant pour elle. Des mouvements organisateurs mis à mal dans les situations les plus dures : “Ça ouais, des fois on n’en parle pas euh forcément quoi. On on échange entre nous, mais voilà après… Puis que dire quoi ?”.

C’est une des seules qui pose des questions lors du premier entretien. Spontanément, à un moment où l’entretien aurait pu être en train de se clôturer, elle se saisit des dernières relances pour interroger le travail clinique de psychologue-chercheuse, comme en miroir des questions posées sur son propre travail. Elle dit avec humour : “Je suis curieuse hein”, une curiosité qui semble revêtir une dimension pulsionnelle.

Cet échange ouvre finalement vers une élaboration en condensé de presques toutes les problématiques abordées dans l’entretien, articulées en elles et avec une certaine réflexivité : la relation au patient.es étayée sur sa propre expérience traumatique de la confrontation à la mort, l’ambivalence à l’égard des médecins, son positionnement singulier dans cette fonction tant désirée d’infirmière. Elle dit ainsi : “J’aime beaucoup me mettre aussi à la place de… du patient [...] étant passée par là aussi euh, voilà, quand t’es dans un lit, les images que tu vois, les… c’est pas du tout pareil que quand t’es de l’autre côté, quoi”. Cela semble soutenir sa fonction soignante dans l’évaluation clinique de l’état des malades : “Donc voilà, j- j’arrive à me mettre à la place du patient. Je me dis : « Alors là, [souffle] qu’est-ce qu’il pense, qu’est-ce qu’il doit, voilà quoi ». Par rapport à son état, parce que [...] on est malade, on se pose énormément de questions. Les médecins nous disent pas f-orcément, et puis voilà, on sait quand on est mal, on sait quand on n’est pas mieux, on sait quand, on ressent tout ça. Donc euh, ouais, se mettre à la tête du [pause] patient, se dire qu’est-ce qu’il pense, qu’est-ce qui… Est-ce qu’il souffre moralement, psychologiquement, physiquement, tout ça quoi”.

Ce discours est pris dans un mouvement d’identification-projection de sa représentation des psychologues dans la relation transférentielle, notamment au regard d’un stage qu’elle a fait en USP. Elle associe sur cette expérience comme motivation de sa participation, une expérience très positive pour elle par les pratiques presque idéales qu’elle a pu y observer : les soins en musique, une chanteuse qui vient au chevet des malades... Elle

raconte qu'un patient était décédé à ce moment précis, ce qui relève pour elle de la représentation d'une bonne mort. Elle associe sur une forme de croyance propre à la culture soignante : "Je crois qu'aussi on attend son moment, on choisit son moment pour partir". Tout cela la renvoie à un sentiment d'impuissance par rapport aux moyens techniques et humains dont elle dispose à l'hôpital.

Elle revient sur cette expérience de formation lors du deuxième entretien. Il présente en effet des similarités avec le premier, parfois au mot près. Les souvenirs qu'elle garde de ces 3 jours d'immersion en USP semblent revêtir une valeur symbolique particulière, venir condenser quelque chose de ses affects face à la question de la mort et de la perte. Elle ré-évoque le souvenir de la femme qui est morte pendant la prestation de la cantatrice, un moment "émouvant". Cela semble mobiliser des affects dépressifs, temporisés par le caractère idéal des soins et de l'accompagnement qu'elle reconnaît à ce service. Particularité qui permet aussi une mise à distance défensive : "Bon après c'est un service spécialisé, c'est sûr. Quand même, pour le personnel euh, c'est u-ne spécialité hein, je veux dire faut aimer… faut aimer faire ça quoi". Elle se positionne finalement au regard de son propre rapport à la mort : "Moi je me verrais pas en tous cas, mais… Je suis trop, je suis trop fragile [riant légèrement] !" Cette expérience est en lien avec sa motivation à participer : "J'ai fait la formation en soins palliatifs. Donc je me suis dit : « Tiens, ça sera peut-être une continuité en fait »".

Ce deuxième entretien permet aussi une mise au travail par un récit détaillé de situations cliniques, notamment une saisie dans l'actuel qui revêt une dimension traumatique en ce que le corps de la patiente était particulièrement dégradé en fin de vie et que son confort était dur à assurer au regard de moyens limités. Il s'agit en fait de la situation évoquée par Tann dans l'entre-deux entretiens, que Vic a vécu plus difficilement que sa collègue en ce qu'elle se sentait acculée par les questions de la famille du fait de leurs connaissances médicales. Une situation si "difficile" qu'elle a entraîné un souhait de mort ("là tu te dis : [souffle] « Faut qu'elle parte quoi. »") et un sentiment de "soulagement" après le décès. Cela est aussi lié aux jeux d'identifications croisées qui sous-tendent ses relations avec les malades et les familles. Il est intéressant de noter que plus tard dans son discours, elle associera sur deux situations de personnes qui exprimaient un souhait de mort, dont une avait fait des tentatives de suicide.

Dans cette situation, elle s'est néanmoins sentie étayée par sa participation au premier entretien : "J'ai pensé beaucoup, oui [au premier entretien, ndlr] : Qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour m-... être mieux quoi, être au top". Elle y revient à plusieurs moments du second entretien, le récit de cette situation semble agir comme un fil conducteur de son élaboration. La perspective du second entretien semble avoir ouvert la voie à un espace d'élaboration possible de cette situation difficile : "J'y ai repensé, c'est sûr [au premier entretien, ndlr]. Là, j'ai dit : « C'est une situation où faudra que j'en parle »". Une perspective particulièrement soutenante pour cette infirmière, qui met en parallèle la violence subit dans le travail auprès

des personnes en fin de vie avec celles des agressions d'usager.es qui peuvent arriver dans son travail.

Elle a apprécié participer au premier entretien. "Dire ce qu'on pense" à "quelqu'un d'extérieur" semble représenter un espace de soutien face aux affects douloureux mobilisés par la confrontation à la mort, et à la fois d'analyse de ses pratiques professionnelles. Un espace complémentaire du soutien informel entre pairs : "On en parle entre nous, mais pas, pas devant une psychologue quoi. [claque sa langue contre les dents] Donc, non, je trouve c'est bien. Ça nous permet aussi euh, de se remettre aussi un peu en question". Dans la continuité de la relation de transfert initiée lors du premier entretien, elle revient sur la question des psychologues dans son travail et de leur fonction clinique auprès des soignant.es, elle trouve que cela manque et les entretiens de recherche sont saisis à cet endroit : "Ça fait un peu un petit suivi psychologique, [...] on n'a pas beaucoup non plus."

En fin d'entretien, elle exprime vouloir être contributive : "J'espère que je vous ai donné assez de, d'éléments". Transparaît la crainte de ne pas être une suffisamment bonne participante, qui pourrait faire émerger un sentiment de culpabilité. Comme d'autres participant.es, il semble qu'elle ait du mal à repérer dans son discours ce qui pourrait être utile à cette recherche. Elle s'identifie aussi à la place de la chercheuse : "On est tous passé par là hein, c'est vrai, quand on fait notre mémoire et tout…"

Pour cette soignante dont l'identification est un véritable moteur au travail, l'exposition à la fin de vie et à la mort peut entraîner des mouvements de déliaison qui rendent le travail difficile, mobilise des défenses et requiert un surcroît d'effort pouvant parfois être excessif. Son histoire montre comment les expériences personnelles, même les plus traumatiques, peuvent constituer à la fois un étayage et une vulnérabilité dans le travail soignant. Proposer un espace d'élaboration par la recherche-action sur la mort à l'hôpital semble lui avoir permis un mouvement de ré-intrication de ce que l'angoisse et le trauma peuvent délier dans ses expériences professionnelles.

3.3. Analyse transversale des données :

Après avoir présenté l'échantillon dans ses caractéristiques et dans la singularité des rencontres, il paraît intéressant de prendre un peu de recul sur les données par une analyse transversale. La mise en parallèle des entretiens et des passations permet de dégager des traits communs en termes de thématiques et de processus psychiques sous-jacents.

C'est un cheminement qui est passé par la construction d'une grille d'analyse au fil du travail sur les entretiens retranscrits. La construction de cette grille dans ses grandes étapes

sera présentée, puis il s'agira de se concentrer sur le cœur de la problématisation de cette recherche, à savoir la question de la mort rencontrée dans le travail soignant, par une analyse quantitative appuyée sur les caractéristiques de l'échantillon puis qualitative.

3.3.1. Construction d'une grille d'analyse

a) Grandes étapes de la construction

Au fil des entretiens et en lien avec leurs grilles d'écoutes, des thématiques ont commencé à se dégager. Elles ont guidé les entretiens au fur et à mesure des participations, dans une méthode dynamique qui s'actualisait avec la clinique de la recherche. Elles ont constitué le socle de la réflexion sur l'analyse thématique de contenus dans l'après-coup des passations. Dans la suite de cette présentation, elles seront désignées conformément à leur dénomination sur Nvivo qui parle de "codes". Pour différencier les différents niveaux de l'arborescence thématique, le premier niveau de thèmes sera appelé "Code", le second "code", et le troisième "sous-code".

Dans un premier temps, trois Codes ont été dégagées avec un premier niveau de codes:

- La mort :
  - décès attendus VS inattendus
  - l'âge des patient.es
  - patient.es communiquant.es VS non-communicant.es
  - mourir seul.e
  - décès isolé VS série de décès
  - degré d'investissement dans la relation
  - évocation de situations cliniques
  - souvenir de la première confrontation à la mort au travail
  - évocation de situations personnelles
  - pratiquer des actes de réanimation [au moment de la mort ndlr]
  - bonne mort VS mauvaise mort
  - temporalité du mourir
  - réaction des soignant.es face à la mort
  - croyances et rituels autour de la mort
  - toilette mortuaire
- Les pratiques soignantes :
  - vocation
  - faire bien
  - le rapport au savoir, à la compétence, à la technique

    - l'enrichissement par l'expérience
    - la formation
    - concepts et champs lexical des Soins Palliatifs (SP)
    - contrôler la mort
    - responsabilité et prises de décisions
    - mettre du sens sur ses soins
    - inscrire la fin de vie dans une continuité des soins
    - mentir aux patient.es

- Les relations :
    - le rapport à soi
    - le rapport à l'équipe
    - le rapport aux familles
    - le lien à la psychologue-chercheuse
    - le lien à l'institution

Cette première ébauche a été complétée au fur et à mesure du travail autour des retranscriptions et relectures des transcripts. Une seconde grille thématique a été construite en parallèle à l'occasion du stage d'une étudiante en médecine mentionné précédemment, au regard des centres d'intérêts communs qui nous animaient et après acquisition du logiciel Nvivo. Voici la deuxième grille construite lors de ce stage :

- Processus psychiques
    - Identifications
    - Situations cliniques
    - Croyances et spiritualité
    - Représentations de soi
- Travail en équipe :
    - Réunions pluridisciplinaires, LATA

- L'institution :
    - l'hôpital en général
    - le site hospitalier d'exercice

- Le rapport aux médecins

- Occurrences aux SP :
    - soins et pratiques
    - valeurs et philosophie
    - les USP
    - confusion pratiques et services de SP

- Epuisement professionnel

- Relation transféro-contre-transférentielle
    - transfert
    - contre-transfert

La première structure de grille thématique est ensuite venue enrichir la seconde sur Nvivo, étayée par les premiers encodages d'entretiens et le contexte théorique de la recherche. Une arborescence à trois niveaux se dessine (Codes, codes et sous-codes), voire plus dans une recherche d'exhaustivité qui amène parfois à sur-catégoriser :

- Mort :
    - Les décès :
        - âge patient.e
        - relation : durée ou nature
        - communication verbale ou non
        - décès attendu ou soudain
        - les séries de décès
        - bonne vs mauvaise mort
        - état de santé préalable
        - moments et conditions de la mort
        - mourir seul.e VS accompagné.e
            - seul.e
            - accompagné.e par l'entourage
            - accompagné.e par des professionnel.les
    - Le corps en fin de vie
    - Le cadavre
    - L'indicible de la mort
    - Connaître le pronostic :
        - patient.es
        - soignant.es

- Le sujet soignant :
    - Processus
        - Éléments traumatiques
        - Élaboration :
            - concernant le travail en général
            - problématique clinique actuelle
            - problématique clinique antérieure
            - problématique clinique rencontrée pour la 1ère fois
        - Trop ou pas assez :
            - en-trop qui déborde (sans être traumatique)
            - pas assez qui carence

        - Mécanismes de défense :
            - évitement, fuite en avant
            - activisme
            - dénégation
            - refoulement
            - rire, humour défensif
        - Identifications :
            - aux patient.es
            - aux familles
        - Angoisse
        - Dimension pulsionnelle
        - Position masochique
        - Affects dépressifs
        - Lapsus
    - Représentations de soi comme soignant.e :
        - être bon.ne soignant.e, bien faire son travail
        - appartenance au corps de métier
        - degré d'expérience
        - être formé.e :
            - en SP
            - par l'expérience
            - l'école :
                - comme étayage
                - insuffisante
    - Croyances et spiritualité :
        - religion, croyance, culture personnelle
        - culture soignante :
            - croyances et rituels partagés
            - rituel singulier
- Le travail des soignant.es :
    - Rapport au corps dans le travail
    - Savoirs médicaux et paramédicaux
    - Technicité des soins
    - Réanimer
    - Toilette mortuaire
    - Épuisement professionnel
    - Histoire pro subjective :
        - Description du travail (tâches, activité)
        - Expériences pro passées
        - Projets professionnels :
            - de services (travail)

        - de formation
    - Travail en équipe :
        - Réunions pluridisciplinaires
        - équipe et contre-équipe
        - l'équipe comme soutien
        - l'équipe comme entrave
        - dynamique groupale de l'équipe
    - L'institution[28] :
        - l'hôpital en général
        - le site hospitalier d'exercice
    - Références aux SP[29] :
        - soins et pratiques
        - valeurs et philosophie
        - les USP
        - confusion pratiques et services de SP
        - accompagnement des familles spécifique aux SP
- La recherche comme expérience partagée :
    - Perturbations du cadre de l'entretien
    - Entrée dans l'entretien[30]
    - Transfert
        - identification à la chercheuse
        - sollicitation de la fonction clinique de psychologue
        - sollicitation de la fonction d'étayage des pratiques professionnelles
    - Contre-transfert :
        - CT traumatique
        - CT en miroir du ou de la participant.e

b) Grille d'analyse définitive

La grille a continué d'évoluer par ajouts et regroupements de codes, de manière progressive et dans les allers-retours entre travail sur les entretiens et réflexion théorique. L'encodage se rapporte à des catégories thématiques ayant trait au discours manifeste ou des catégories processuelles relatives au discours latent. Le travail sur la grille a été arrêté lorsqu'il est arrivé à une version suffisamment stable pour permettre une analyse transversale du

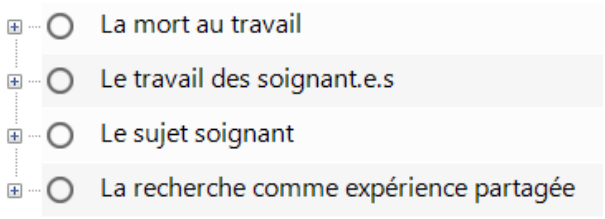
[28] Le code et ses sous-codes sont restés identiques.

[29] Les sous-codes sont restés identiques, un seul sous-code a été ajouté.

[30] Ce code permettait d'avoir une vue d'ensemble sur les façon des participant.e.s d'entrer dans la dynamique d'entretien. Il couvre la ou les premières phrases qui ouvrent l'échange.

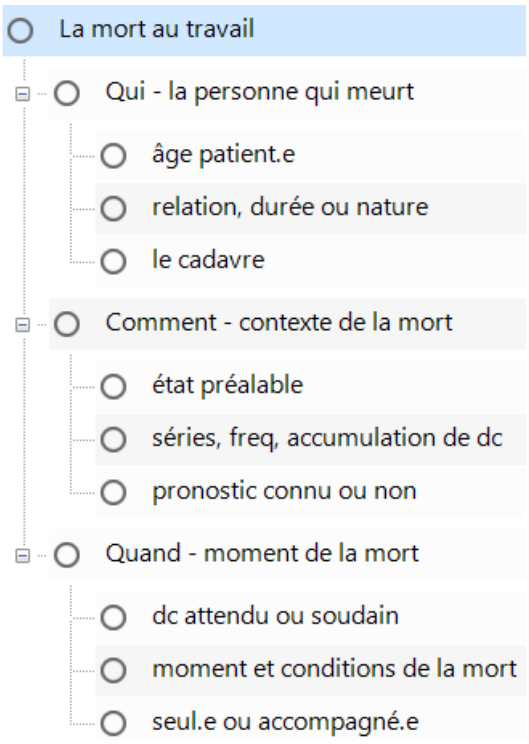
discours applicable à l'ensemble des entretiens en vue de l'analyse thématique de contenu tant quantitative que qualitative.

Les quatre Codes précédents ont été conservées:

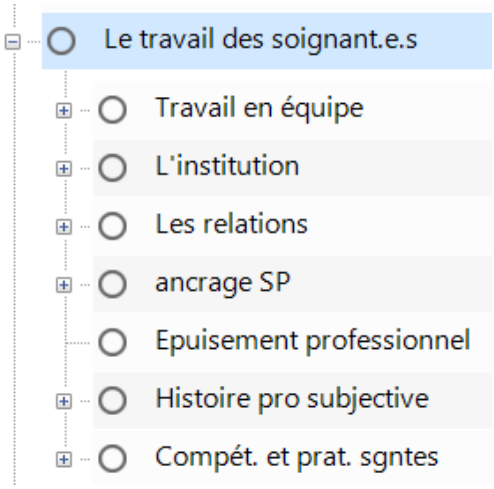


Le premier intitulé "**La mort au travail**" recense les éléments de contexte des décès. Il s'agit d'éléments de discours manifestes et parfois plus latent sur des critères qui vont caractériser la confrontation à la fin de vie et à la mort des patient.es. Ces évocations peuvent survenir au fil de l'élaboration d'une pensée ou lors de la narration de situations cliniques sans s'y circonscrire. Ce Code exclut les souvenirs personnels relatifs à la mort ou au deuil qui auraient pu émerger au fil du discours.

Le travail sur la grille a amené à différencier 3 codes comme dimensions de la confrontation à la mort au travail : la question de la personne qui meurt et de la relation à elle (Qui), celle du moment précis où le décès survient et de ses conditions (Quand), et celle du contexte qui entoure le décès (Comment). Ces catégories sont elles-mêmes subdivisées en sous-codes. Pour **"Qui"**, il s'agit de l'âge des patient.es qui meurent, la durée ou la nature de la relation soignant.e-soigné.e, et le rapport au cadavre. Pour **"Quand"**, si le ou la soignante avait construit des représentations anticipatrices du décès ou si à défaut celui-ci a été vécu comme soudain, le moment du trépas et les conditions qui l'entourent (en termes de soins ou de causes directes du décès), et le fait de mourir seul. ou accompagné.e par les proches ou les soignant.es. Enfin, le code **"Comment"** comprend des sous-codes relatifs à l'état de la personne pendant la période de fin de vie, le fait que le pronostic ait été clairement formulé par un.e médecin ou non, et si le décès se situe dans une fréquence particulière des morts dans le service :

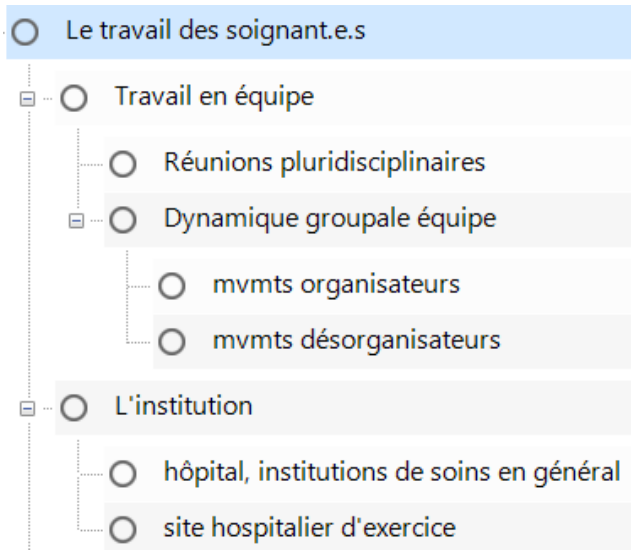


Le Code "**Le travail des soignant.es**" rassemble des codes qui ont trait à l'activité des soignant.es et aux dimensions groupales et institutionnelles de leur travail :

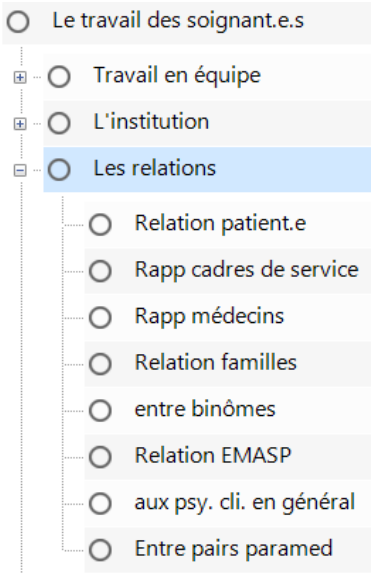


Le code **"Travail en équipe"** rassemble les éléments sur la dynamique groupale des services évoqués dans leurs mouvements organisateurs ou désorganisateurs, ainsi que les temps formels groupaux que sont les réunions pluridisciplinaires.

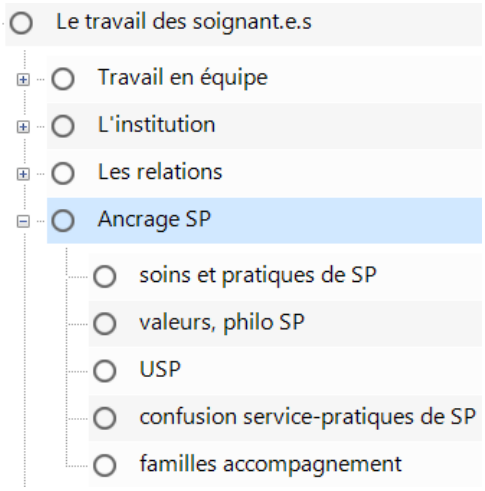
Celui sur **"L'institution"** a gardé ses sous-codes précédents, à savoir une distinction entre une référence aux institutions de soins de manière générale ou à une institution d'exercice spécifiquement :



Le code **“Les relations”** renvoie aux modalités relationnelles avec les différentes personnes rencontrées au travail. Se détachent la relation aux patient.es, à leur entourage ou famille, aux collègues au regard de leur fonction selon s’ils ou elles sont médecins, cadres, psychologues de service ou pairs paramédicaux. Une attention se dégage aussi sur le travail en binôme, dans une relation duelle avec un pair paramédical, et sur la relation à l’EMSP :

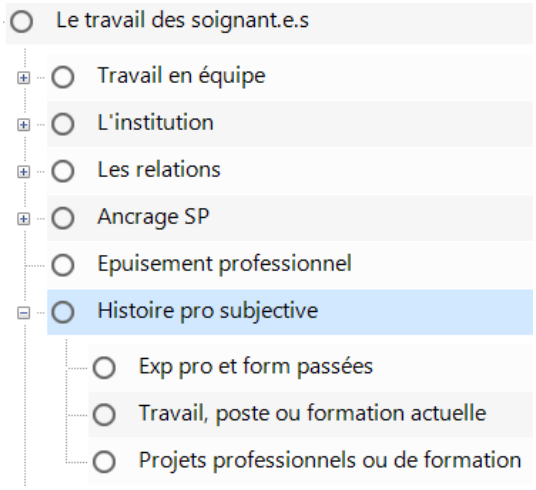


Le code précédemment intitulé “occurrences” puis “références aux soins palliatifs” a été finalement nommé **“Ancrage aux soins palliatifs”**, dans la mesures où les sous-codes thématiques qui le composent semblent se référer à un fondement de pratiques soignantes plus ou moins conscientisées plutôt qu’à des mentions qui ne relèveraient que d’une dimension consciente. Les sous-codes ont été conservés :

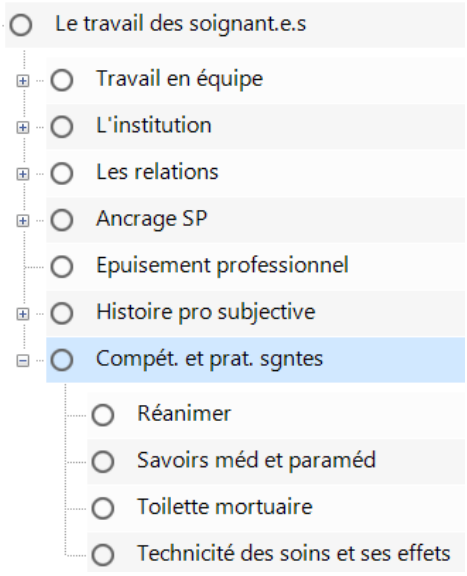


Le code **"épuisement professionnel"** rassemble les éléments processuels qui se dégagent du discours et relèvent de la sémiologie du burn out telle que décrite notamment par Canouï, mais aussi Dejours dans une perspective psychanalytique.

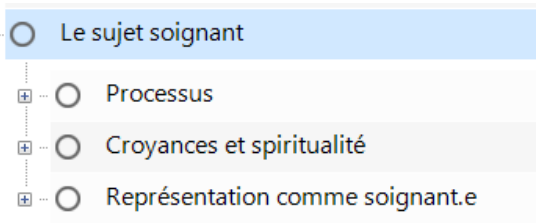
Le code **"Histoire professionnelle subjective"** renvoie au récit des participant.es sur leur parcours professionnel. Le découpage thématique en sous-codes renvoie à une acception chronologique de cette histoire soit les expériences professionnelles et de formation passées, la description de l'activité ou du poste actuel, et les projets de postes ou de formation pour l'avenir :



Enfin, le code sur les **"Compétences et pratiques soignantes"** rassemble des sous-codes thématiques relatifs aux connaissances et aux actes qui composent l'activité ou la sous-tendent : les savoirs médicaux et paramédicaux appris en formation ou qui se dégagent de l'expérience, la technicité des soins et ses effets sur les patient.es ou les soignant.es, ainsi que des pratiques spécifiques qui se dégagent du discours en lien avec la thématique de la recherche que sont les actes de réanimation comme manœuvres techniques mises en place au moment d'arrêts cardio-respiratoires, et la toilette mortuaire des patient.es décédées :



Le Code "**Le sujet soignant**" renvoie aux dimensions thématiques et principalement processuelles relatives aux participant.es en tant que sujet, dans le cadre de leur travail. Trois codes s'en dégagent, eux-mêmes subdivisées sous-codes, parfois avec un deuxième niveau de sous-codes. Les codes concernent les processus psychiques en jeux, les représentations de soi comme soignant.e mobilisées, et d'un point de vue thématique la question des croyances personnelles et de la spiritualité :



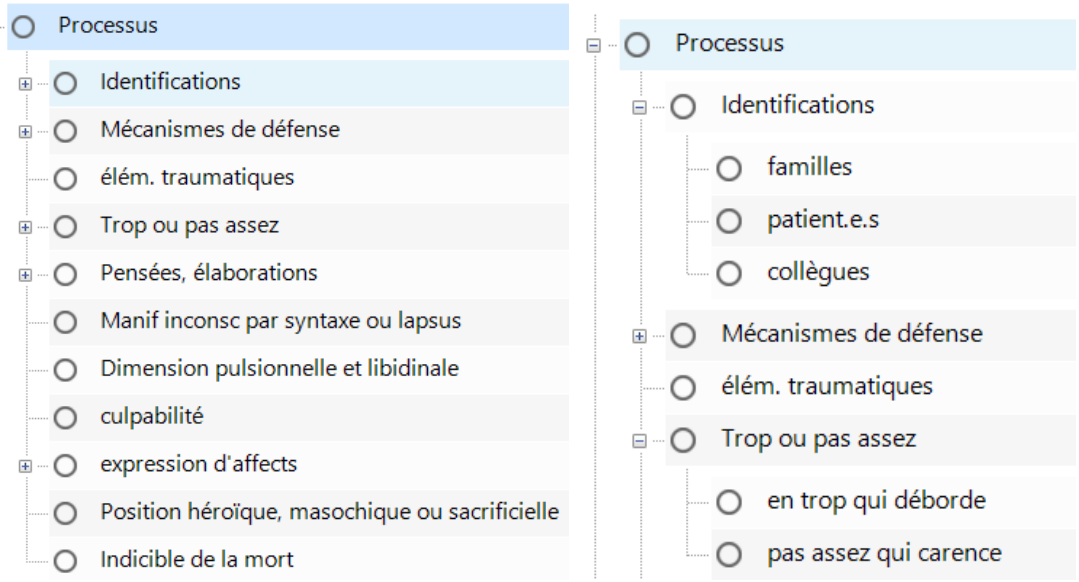
Le code **"Processus"** recense les sous-codes relatifs aux processus de pensée, identificatoires, défensifs, pulsionnels ou libidinaux[31], les éléments traumatiques exprimés[32], l'expression d'affects, de culpabilité, les manifestations inconscientes dans la structure du discours comme les lapsus par exemple. S'y trouvent aussi l'expression d'une position héroïque, masochique ou sacrificielle dans les relations et le travail, de l'impensable de la mort qui se manifeste par un indicible[33], et un sous-code "trop ou pas assez" qui renvoie à la

[31] Recouvre les éléments manifestement pris dans le désir, la décharge pulsionnelle, ou qui se réfèrant à une zone érogène du corps.

[32] Dont la charge traumatique se manifeste par l'actualité ou le débordement des affects, la destructuration du discours, la mise en échec des mécanismes de défense ou les manifestations de débordement ou effraction du pare-excitation.

[33] Ce sous-code initialement rattaché au code "La mort au travail" a été déplacé ici en ce qu'il témoigne d'une dimension éminemment processuelle qui sous-tend le discours, qui se différencie nettement des codes thématiques sur la mort.

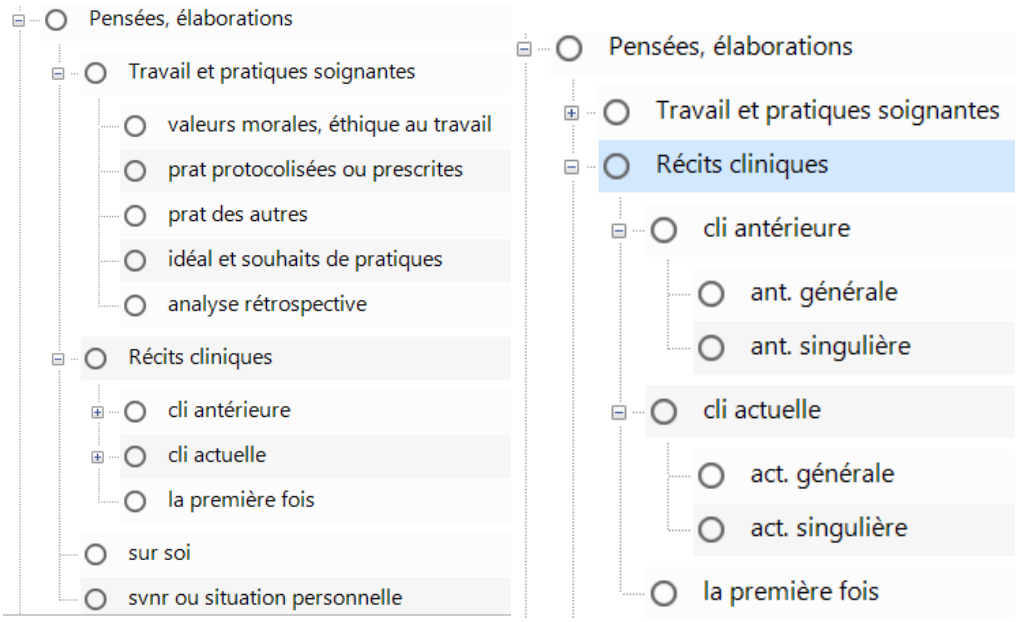
question de l'excitation et de la contenance en ce que les soignant.es peuvent être exposé.es dans leur travail à un en-trop au risque de déborder leurs ressources psychiques ou à des contextes au contraire carencés qui les vulnérabilisent :



Le sous-code **"Pensées, élaborations**" porte sur l'expérience de travail, les situations cliniques rencontrées, sur soi ou son mode de fonctionnement de manière réflexive[34], ou par association à des souvenirs personnels. Il comprend un deuxième niveau de sous-codes **"Travail et pratiques soignantes"** désignant les éléments qui portent sur les valeurs morales et l'éthique au travail, les pratique protocolisées ou prescrites, les pratiques observées chez les collègues, un idéal de pratiques, ou une analyse rétrospective de l'expérience :

Le sous-code **"Récits cliniques"** renvoie au discours sur des situations concrètes expérimentées par les soignant.es. Des problématiques de portée générale ou des histoires singulières vécues dans l'actuel, par le passé ou encore pour la première fois dans une carrière:

[34] Appelées dans un premier temps "moments réflexifs" en ce que ces élaborations de pensées apparaissaient de manière fugace au détour de la construction de pensées par association.



Les **"expressions d'affect"** qui ont émergé sont du registre de l'angoisse[35], la frustration, l'impuissance, ou encore des affects dépressifs[36], liés au deuil[37], ou du registre de la colère, la révolte ou l'agressivité[38].

En réaction à ces affects mobilisés ainsi qu'aux motions pulsionnelles, nombre de **mécanismes de défenses** se sont dégagés, pour certains spécifiques au travail soignant, pour d'autres plus généraux. Il s'agit principalement de mécanismes assez secondarisés comme la dénégation, l'expression de refoulement, de formation réactionnelle, de déplacement, de projection, d'idéalisation, de sublimation, de recours à un objet contraphobique, à la maîtrise ou à une rigidité le plus souvent obsessionnelle, à l'agir ou à un fonctionnement opératoire, à la rationalisation, l'intellectualisation ou la réification du sujet. Les mécanismes les plus fréquents étaient du registre de l'évitement[39] et du rire ou de l'humour défensif. Quelques éléments de placage plus archaïques ont pu s'exprimer :

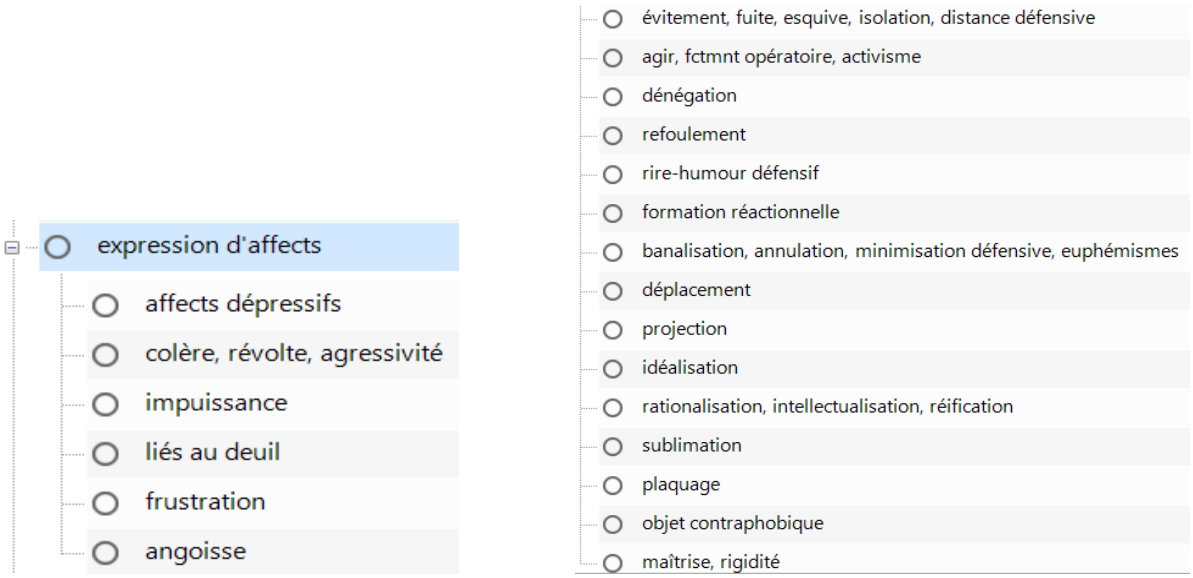
[35] Qui se manifeste par des moments où le discours accroche voire se délite, est marqué par des hésitations, des pauses, montre des mouvements de déliaison à l'œuvre. Il recouvre des formes variées d'angoisses, archaïques ou plus secondarisées du registre de la castration.

[36] Marqués par un ralentissement du débit verbal, idéique ou atteignant la libido, ou l'expression d'une humeur triste par exemple.

[37] Qui peuvent comprendre une dimension dépressive mais contextualiser par la perte.

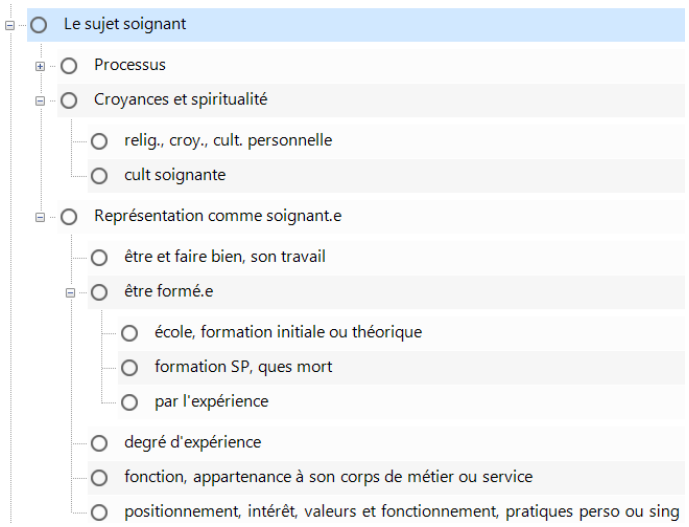
[38] Ces trois formes d'affects ont été rassemblées sous le même code du fait de leur contiguité.

[39] Rassemblés avec des mécanismes proches de type fuite en avant, esquive, isolation de l'affect, mise à distance défensive.

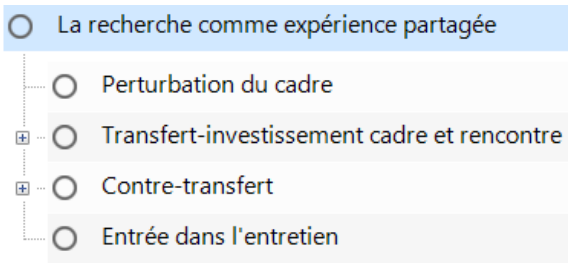


Concernant le sujet soignant, sont aussi recensés deux codes eux-mêmes subdivisés en sous-codes. D'une part **"Croyances et spiritualité"** qui rassemble les représentations liées à la culture, la religion ou les croyances personnelles du sujet, et d'autre part celles relatives à une forme de culture soignante partagée.

D'autre part, le code **"Représentation comme soignant.e"** qui porte sur soi dans différents aspects liés à l'identité professionnelle soit l'appartenance à la fonction soignante ou au corps de métier, les représentations en lien avec l'Idéal du Moi comme soignant.e qui vise à bien faire son travail et se considérer comme bon.ne professionnel.le, le degré d'expérience professionnelle, le positionnement, les intérêts, les valeurs, les modes de fonctionnement et pratiques singulières en tant que sujet soignant et les représentations liées à sa propre formation. Ce dernier sous-code est le seul à être subdivisé ici, relativement à la formation initiale (théorique ou dans le cadre d'une institution de formation), à la formation spécifiquement sur l'accompagnement de la fin de vie et les soins palliatifs, et au développement de compétences issues de la pratique sur le terrain :



Enfin, le dernier des quatre Codes construits parle de la rencontre, concerne “**La recherche comme expérience partagée**” dans la relation entre participant.es et psychologue-chercheuse. Les codes qui le composent ont été conservés :

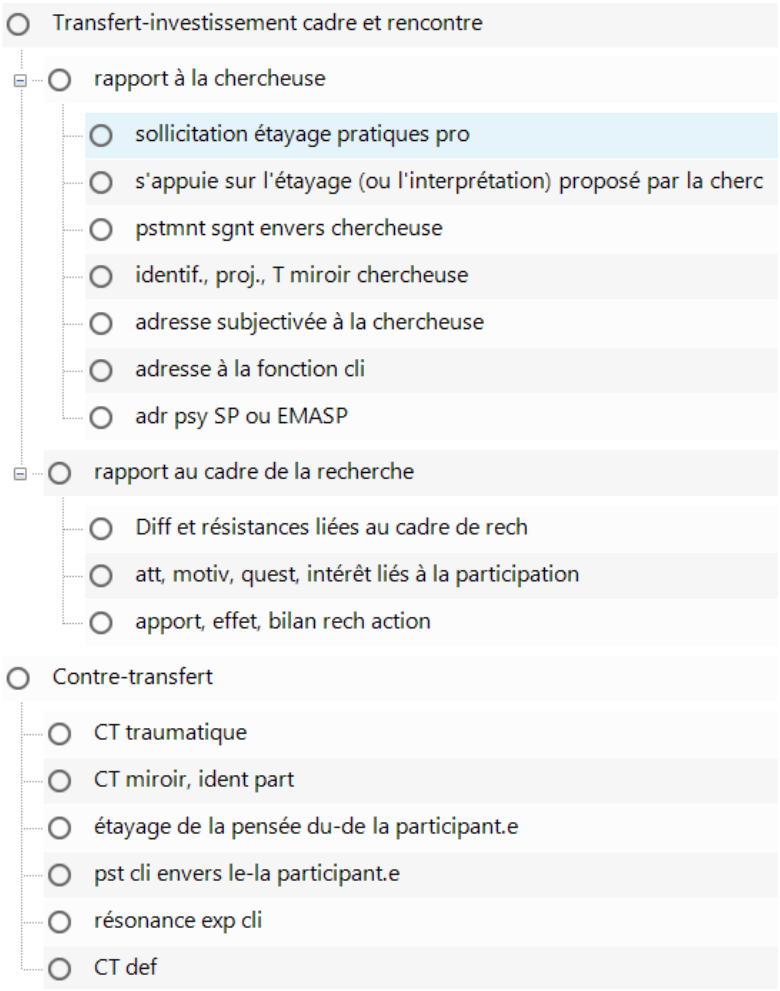


Les éléments sur le transfert et le contre-transfert ont été étoffés de plusieurs sous-codes au fil de l’analyse tranféro-contretransférentielle.

Les éléments sur le **transfert** contiennent des dimensions de rapport à la psychologue-chercheuse et de rapport au cadre, une dernière catégorisation qui s’est faite dans l’après-coup, avec un certain recul sur les données. Concernant le **rapport à la psychologue-chercheuse**, il s’agit de mécanismes d’identification/projection ou en miroir, d’appui sur l'étayage qu’elle apporte ou de recherche de cet étayage, ou encore de places particulières auxquelles le discours peut être adressé : à la fonction de clinicienne comme thérapeute, à la fonction institutionnelle comme psychologue d’EMSP ou spécialisée en soins palliatifs et par là *supposée savoir sur la fin de vie*, à une fonction d’analyse des pratiques professionnelles, à la psychologue-chercheuse en tant que sujet, ou dans un positionnement relevant de la posture de soin envers elle.

Les éléments sur le **rapport au cadre** de la recherche qui se repèrent concernent les attentes, motivations, questionnements ou intérêts à participer au protocole, ou des apports, effets et bilans de la participation (adressés spontanément ou en lien avec les questions du deuxième entretien), ou encore des difficultés ou résistances rencontrées en lien avec le cadre ou la rencontre.

Concernant le **contre-transfert**, certains éléments se dégagent comme processus en réaction aux rencontres cliniques qu’ont été les passations. Ils peut s’agir de processus identificatoires ou en miroir, de résonance avec l’expérience clinique en tant que psychologue-chercheuse, de manifestations traumatiques qui se manifestent dans son discours (Herman, 1992), de son positionnement comme étayage dans la relation, ou encore clinique à une place qui relèverait du thérapeutique :



Ces allers-retours entre clinique de la recherche et réflexion théorique sur la grille d'analyse ont permis une prise de recul progressive sur les données. Cela a facilité les croisements entre elles afin d'en repérer des dynamiques saillantes dans une dynamique comparative par l'analyse transversale et aussi une mise en parallèle dans l'analyse singulière cas par cas.

3.3.2. La mort au travail : analyse transversale de la confrontation aux décès

La seconde étape de ce travail d'analyse transversale des données consiste à se concentrer sur la question de la mort rencontrée en situation professionnelle par les soignant.es, soit sur le Code "La mort au travail" et son arborescence pour les analyser en détail. Une appréciation quantitative puis une analyse qualitative en apporteront un éclairage complémentaire.

a) Analyse quantitative sur La mort au travail dans l'échantillon

L'échantillon étant de petite taille (13), des mesures statistiques approfondies auraient un intérêt limité car les résultats ne seraient pas généralisables à l'ensemble de la population. L'objectif du traitement statistique des données est ici de donner une vue d'ensemble sur les tendances qui se dégagent dans l'échantillon.

L'appréciation quantitative des données se décline en deux temps. Un premier regard sur l'ensemble des participant.es et des entretiens permettra d'apprécier les grandes tendances qui se dégagent du Code "La mort au travail" par ses codes Qui (Qui), Quand (Qd) et Comment (Co) ainsi que de leurs sous-codes :

- Pour le code Qui : âge des patient.e (Â), relation (R), cadavre (Ca).
- Pour le code Qd : conditions au moment de la mort (CM), état préalable au décès (E), caractère attendu ou soudain du décès (S).
- Pour le code Co : pronostic connu ou non par avance (P), mort seul.e ou accompagné.e (SA), fréquence ou accumulation des décès (F).

Dans un second temps de l'analyse quantitative, ce regard sera affiné par une comparaison pour chaque caractéristique qui se dégage de l'échantillon prise comme Variable indépendante (VI), soit :

- l'âge des soignant.es (groupes d'âge A, B ou C),
- le sexe (F ou M),
- le métier (AS ou IDE),
- le parcours professionnel (métier initial (MI), évolution professionnelle (EVOL), conversion (CONV) ou les deux (C/E)),
- le service actuel d'exercice (réanimation (Réa), médecine polyvalente (MP), pneumologie (Pn) ou Maladies Infectieuses et Tropicales (MIT),
- le degré d'expérience d'expérience professionnelle (junior ou senior),
- l'expérience dans un service unique ou non (O ou N).

Les outils utilisés sont fournis par le logiciel Nvivo, soit l'outil "classification de cas" pour utiliser les VI et l'outil "croisements matriciels" pour les comparer entre elles en fonction des codes et sous-codes visés.

Chaque fois, l'analyse portera sur le nombre de références par code ou sous-code en termes de données brutes ramenées ensuite à leur proportion en pourcentage[40] afin d'appréhender leur valeur par rapport à l'ensemble de l'échantillon[41]. Le nombre de référence ne permet pas de représenter la part du discours occupée par ces références, mais une analyse

[40] arrondi à l'unité

[41] Les tableaux et graphiques seront reportés Annexe 8.

du pourcentage de discours qu'elles occupent est apparu comme redondant avec l'analyse qualitative qui soulignera cette dimension.

A-1 : Regard sur l'ensemble de l'échantillon :

Sujets (participant.es) :

La question de la confrontation à "La mort au travail" a été abordée par les 13 participant.es et dans les 26 entretiens. Les 3 codes (Qui, Qd, Co) se retrouvent chez tous les sujets. Certaines tendances se dégagent en même temps qu'une variabilité existe dans la représentation des sous-codes en fonction des sujets et des entretiens (cf Annexe 8A).

Dans une moyenne de leurs 2 entretiens, les participant.es parlent principalement de Qui, secondairement de Qd, et dans une troisième mesure de Co.

Concernant les sous-codes :

- Pour le code Qui : R est le plus évoqué, suivie de Ca et Â.
- Pour le code Qd : CM ressort en premier lieu, puis AS et SA.
- Pour le code Co : E apparaît en premier, puis F et P.

Ce premier regard donne une vue d'ensemble sur la façon dont les thématiques relatives à "La mort au travail" sont abordées dans l'échantillon.

Entretiens :

Les trois dimensions (Qui, Qd, Co) sont abordées par la plupart des sujets sauf dans 2 entretiens : Kim 2 (Co, uniquement F) et Oliv 2 (Co et Qd). C'est surtout lors du premier entretien que La mort au travail est évoquée (cf Annexe Entretiens). Cela tient sans doute au fait que la grille d'écoute oriente le discours vers le sujet. La proportion de sous-codes rejoint généralement celle de l'ensemble des sujets, avec quelques variations individuelles (cf Annexe 8B).

A2 : Comparaison par VI :

Ce premier regard sur l'ensemble des sujets et le détail des entretiens donne une tendance générale des codes et sous-codes abordés concernant "La mort à l'hôpital". Pour affiner cette analyse, il est intéressant de dégager les caractéristiques qui émanent de celle de la participation afin de voir si ces dimensions ont un effet sur le discours.

Âge des participant.es (par groupes d'âges) :

Les plus jeunes (A ; 20 à 30 ans ; 6 personnes) parlent le plus de leur confrontation à la mort en situation professionnelle, presque deux fois plus que les plus âgé.es (C ; 40 ans et plus ; 4) puis que le groupe d'âge intermédiaire (B ; 30 à 40 ans ; 3). Cet écart rapporté aux différences d'effectifs entre les 3 groupes laisse une légère surreprésentation de ce Code par rapport aux groupes B et C qui ne semble pas significative.

En comparant les groupes A et B, il ressort que A parle peu de Co et B de Qd. Cette tendance s'affirme nettement dans le groupe C où Qd est le plus représenté, avant Qui et Co dans des proportions identiques (cf Annexe 8C). Il semble que la sensibilité au contexte de la mort augmente avec l'âge dans cet échantillon, légèrement au détriment de la considération de la personne qui meurt en soi.

Concernant les sous-codes :

- Pour Qui : Ca est nettement prédominant dans le groupe A, prédomine moins nettement dans le groupe C, suivi de R et Â. Dans le groupe B, R est majoritaire suivi de Ca et Â. La question de l'âge est donc minoritaire dans les 3 groupes. Les participant.es d'âge intermédiaire semblent porter légèrement plus d'attention à la question de la relation aux patient.es qui meurent. Le rapport au cadavre apparaît en premier plan pour les plus jeunes et les plus âgé.es.
- Pour Qd : CM est largement le sous-code ayant le plus de références pour les trois groupes. Pour les groupe A et B, S arrive en deuxième position, et SA pour le groupe C. Le moment et les conditions du mourir semblent donc au premier plan quelque soit l'âge des participant.es comme pour l'ensemble de l'échantillon.
- Pour Co : dans les 3 groupes, E est le plus évoqué, suivi de F puis P. La question de l'état des patient.es pendant la période de fin de vie est donc plus présente dans les discours quelque soit l'âge, et beaucoup plus minoritairement celle de la fréquence des décès et du fait de connaître ou non le pronostic pendant l'accompagnement. Cela correspond à la tendance globale de l'échantillon.

La proportion dans les discours sur les dimensions Qui, Qd et Co semblent différentes en fonction de l'âge des soignant.es rencontré.es. Les plus jeunes abordent préférentiellement la question de la personne qui décède, portant une plus grande attention au cadavre. Cet effet semble s'estomper dans le groupe B avec plus de références à la relation aux patient.es en fin de vie, puis revient dans le groupe C.

Les participant.es les plus âgé.es semblent aussi plus sensibles à la question de savoir si une personne meurt seule ou accompagnée. Là aussi un effet de l'expérience professionnelle peut être interrogé, peut-être aussi d'une certaine identification aux malades qui serait plus importante avec le vieillissement.

Effet du sexe sur les résultats :

Il est intéressant ici de s'interroger sur les variations du discours en fonction du sexe. Mais il est à noter que seuls 2 hommes ont participé pour 11 femmes, aussi les indications fournies par l'analyse ont plutôt valeur de témoignage. C'est surtout la proportion des références dans les deux groupes qui présente un intérêt (cf Annexe 8D).

Pour les 3 codes, les proportions sont très proches pour les deux sexes (entre 29 et 36%). Chez les femmes, Qui est légèrement majoritaire, suivi de Qd puis Co. Chez les hommes, Qd est légèrement majoritaire, suivi de Qui et Co dans des proportions équivalentes.

Concernant les sous-codes :

- Pour Qui : R ressort en premier pour les 2 groupes, suivi de Ca et Â, comme dans l'ensemble de l'échantillon.
- Pour Qd : CM ressort en premier pour les 2 groupes, suivi de S et Sa, comme dans l'ensemble de l'échantillon.
- Pour Co : E ressort en premier pour les 2 groupes, suivi de F et P (qui est légèrement supérieur chez les hommes par rapport aux femmes), comme dans l'ensemble de l'échantillon.

Les différences constatées entre les hommes et les femmes semblent plutôt relever d'une variation interpersonnelle et ne vont pas dans le sens d'un facteur d'appartenance au sexe déterminant dans le rapport à la mort rencontrée en situation professionnelle.

Analyse du type de métier :

Les groupes (AS et IDE) étant assez homogènes, il ressort clairement que les IDE parlent plus de La mort au travail (environ une fois et demi fois plus). Chez les AS, Qui est prévalent, avant Qd et Co. Chez les IDE, les trois codes se retrouvent dans des proportions équivalentes (entre 31 et 36%), Qd ressortant légèrement au premier plan (cf Annexe 8E).

Concernant les sous-codes :

- Pour Qui : chez les AS, Ca ressort largement devant R puis Â. Chez les IDE, R ressort légèrement devant Ca (2 fois moins évoqué que chez les AS) puis Â (plus de 2 fois plus).
- Pour Qd : pour les 2 groupes, CM ressort en premier lieu devant S et SA dans des proportions très proches, encore plus chez les AS que les IDE. Cela correspond à l'ensemble de l'échantillon.
- Pour Co : pour les 2 groupes E est largement au premier plan. Pour les IDE, il est suivi de F et P dans des proportions équivalentes. Pour les AS, il est suivi de F puis de P qui est très peu évoqué. Cela correspond à la tendance de l'ensemble de l'échantillon, mais il est à noter que la question de l'information pronostique quant à la fin de vie est plus mentionnée par les IDE que par les AS.

Les IDE et les AS rencontré.es semblent aborder en proportions équivalentes la question du moment de la mort (Qd). La grande attention portée par les AS à la question du cadavre (Qui) est peut-être en lien avec leurs pratiques axées éminemment sur le nursing. Les deux groupes portent une attention équivalente aux conditions du mourir et à l'état des patient.es à la fin de leur vie, mais là encore le cœur de métier des AS en fait sans doute une dimension encore plus importante. L'intérêt plus important des IDE pour la question pronostique est peut-être à envisager en lien avec la plus grande technicité de leurs soins, leur plus grande responsabilité et à l'application des prescriptions médicales.

Type de parcours professionnel :

Plus de la moitié de l'échantillon exerce dans sa première voie d'orientation professionnelle (MI ; 7), 2 ont évolué dans la hiérarchie des professions soignantes (EVOL), 3 personnes ont effectué une conversion professionnelle (CONV), et 1 combine ces deux dernières dimensions (C/E). Du fait de l'hétérogénéité des groupes pour cette variable, là encore les proportions de références par code et sous-code seront les plus éclairantes (cf Annexe 8F).

Concernant les 3 codes qui subdivisent "La mort au travail", les proportions sont assez proches, entre 28 et 39%. Pour le groupe MI, Qui est légèrement plus représenté, devant Qd et Co. Pour le groupe EVOL, Qd ressort en premier, suivi de Qui puis Co. Pour le groupe CONV, Qui se détache plus nettement devant Qd puis Co. Enfin pour le groupe C/E, Qd se détache devant Qui et Co dans des proportions identiques.

Concernant les sous-codes :

- Pour Qui : R ressort en premier lieu pour tous les groupes, et tout particulièrement pour C/E (mais cela a plutôt valeur d'exemple car il s'agit d'une seule personne). Ca ressort en second lieu par ordre d'importance pour MI, CONV, et C/E (qui en parlent assez peu), en troisième pour le groupe EVOL. Â est en deuxième position pour EVOL, en troisième pour MI et CONV dans des proportions identiques, et n'apparaît pas chez C/E.
- Pour Qd : CM est le sous-code le plus référencé dans les 4 groupes, devant S puis SA, ce qui rejoint la tendance générale de l'échantillon. Il est néanmoins à noter que le sous-code SA est présent 2 fois plus chez EVOL que MI et CONV, et il n'est pas mentionné chez C/E. Aussi les personnes dont le parcours professionnel est marqué par un évolution de carrière semblent porter un peu plus d'importance à la question des personnes qui meurent seules. En l'occurrence il s'agit de 2 IDE âgées du groupe A et C.
- Pour Co : E ressort largement en premier lieu dans tous les groupes, suivi de F (sauf pour C/E qui n'en parle pas) puis P dans des proportions très proches. Cela correspond à l'ensemble de l'échantillon

Il ne semble pas y avoir de différences très nettes en fonction du type de parcours professionnel. Les seuls éléments se démarquant franchement relèvent de groupes peu représentés, rendant une interprétation difficile.

Analyse par spécialité du service actuel :

Pour cette dimension aussi 4 groupes se détachent : réanimation (Réa ; 5), médecine polyvalente (MP ; 6), Maladies Infectieuses et Tropicales (MIT ; 1), pneumologie (Pn ; 1). Du fait de l'hétérogénéité des groupes pour cette variable, les proportions de références par code et sous-code seront les plus éclairantes (cf Annexe 8G).

Concernant les 3 codes Qui, Qd et Co, il n'y a pas d'écart massif mais différents profils se dégagent en fonction des groupes. Le groupe Réa parle plus de Qd, puis Qui et Co. MP parle d'abord de Qui, puis Qd et enfin Co. MIT évoque nettement plus Co (soit 40% des références sur les 3 codes) devant Qd puis Qui. Pn parle d'abord de Qd puis de Qui et Co dans des proportions équivalentes[42].

Concernant les sous-codes :

- Pour Qui : Pour les groupes Pn et MIT (représentant une seule personne chacun), R est largement majoritaire (surtout chez Pn). R arrive en second pour Réa et MP, chez qui Ca prédomine (surtout pour MP). Â n'est pas mis en avant par MIT et Pn, et arrive en troisième dans l'ordre d'importance pour MP et Réa.
- Pour Qd : CM prédomine dans tous les groupes, comme dans l'ensemble de l'échantillon. Il est suivi par S puis SA pour Réa (néanmoins très proches) et MP (l'écart entre S et SA étant nettement plus grand). SA est le deuxième plus important pour MIT, et n'apparaît pas pour Pn.
- Pour Co : E est largement majoritaire pour les 4 groupes. Il est suivi de F et P dans des proportions équivalentes chez Réa et MP, et seulement de P chez MIT et Pn (F n'apparaissant pas).

Les résultats sont assez proches dans les deux groupes les plus homogène (Réa et MP). Il semble que les principales différences entre ces deux groupes se jouent entre la prévalence de SA (Qd) en Réa et de Ca (Qui) pour ces deux groupes et plus particulièrement pour MP. Il est à noter que toutes les personnes du groupe d'âge C travaillent en réa et que dans le groupe MP les personnes d'âge A sont majoritaires (4/6), aussi ce résultat peut être un effet de l'âge.

Par ailleurs, la variation quant à SA et Ca en réa, bien que difficile à interpréter, interroge quant aux spécificités de ces services. Ils sont en effet hautement techniques et très fréquemment confrontés à des morts qui peuvent se dérouler dans une temporalité rapide, et aussi assez isolés du fait de la criticité des situations.

[42] Ces deux derniers groupes étant composés d'une seule personne, il s'agit là encore plus de l'expression d'un témoigne que d'une représentation de leur population de référence.

Degré d'expérience professionnelle

Les 2 groupes qui composent cette variable sont à peu près équivalents : Junior (moins de 5 ans ; 7), Senior (plus de 10 ans ; 6). Le groupe Junior parle nettement plus de la confrontation à La mort au travail que le groupe Senior (cf Annexe 8H). Il est difficile ici de démêler le facteur âge du facteur expérience (les plus expérimenté.es étant souvent les plus âgé.es et inversement).

La proportion des 3 codes est assez proche dans les 2 groupes, chaque code étant représenté entre 28 et 37%. Le groupe Junior parle plus de Qui que de Qd puis Co. Le groupe Senior parle plus de Qd, suivi par Qui et Co. Cela rejoint aussi ce qui a été observé concernant l'âge des participant.es.

Concernant les sous-codes :

- Pour Qui : dans le groupe Senior, Ca et R sont représentés de manière équivalente, devant Â. Pour le groupe Junior, la représentation de R est légèrement supérieure à celle de Ca, et devant Â.
- Pour Qd : là encore, CM est le plus représenté dans tous les groupes, suivi de S et SA (ces deux derniers occupant une part plus importante du discours dans le groupe Senior). Cela rejoint globalement l'ensemble de l'échantillon, les moins expérimenté.es portant un peu plus d'importance au moment de la mort et à ses conditions dans leur discours.
- Pour Co : là aussi, E est largement majoritaire devant F puis P (F étant plus évoqué par Senior, et la proportion entre les deux étant plus proche chez Junior). Cela rejoint aussi l'ensemble de l'échantillon, les plus expérimenté.es portant un peu plus d'importance à la fréquence des décès dans leur discours.

Ici aussi les écarts entre les deux groupes sont peu importants, et sont difficiles à distinguer de l'âge. Le métier apparaît comme probablement moins en lien avec cette dimension pour Senior mais influence peut-être les données pour Junior en ce que le groupe est moins homogène en termes de représentation des métiers (Junior : 4 AS, 6 IDE ; Senior : 3 AS, 3 IDE).

Ancienneté dans le service actuel

Deux groupes hétérogènes se dégagent : les personnes travaillant depuis moins de 5 ans dans leur service actuel (m5 ; 10) et celles y travaillant depuis plus de 14 ans (p14 ; 3). Les proportions de références dans le Code La mort à l'hôpital seront de fait plus éclairantes (cf Annexe 8I).

La représentation des 3 codes est assez équivalente, entre 29 et 38%. Pour le groupe m5, Qui prédomine devant Qd puis Co. Dans le groupe p14 Qd est plus représenté, devant Co et Qui dans des proportions très proches (1%).

Concernant les sous-codes :

- Pour Qui : pour le groupe m5, R et Ca sont équivalents, devant Â. Pour le groupe p14, R précède Ca puis Â. La relation semble prendre plus de place avec l'ancienneté dans le service.
- Pour Qd : pour les deux groupes, CM prédomine S puis SA (l'écart étant plus prononcé pour m5 et de 1,25% pour p14). Cela rejoint l'ensemble de l'échantillon.
- Pour Co : E est plus représenté très nettement dans les deux groupes, devant F (légèrement plus représenté dans le groupe p14 que m5) puis P en proportions équivalentes. Cela rejoint l'ensemble de l'échantillon, les personnes avec le plus d'ancienneté dans leur service portant légèrement plus d'importance à la fréquence des décès.

Là encore, la question du cadavre semble être un peu plus importante pour les personnes qui travaillent depuis moins longtemps dans leur service, et qui de fait sont souvent les plus jeunes de l'échantillon.

Le fait que R soit plus important dans le groupe p14 ouvre des pistes de réflexion intéressantes : ces professionnel.les se seraient peut-être plus posé.es dans leur service, permettant une meilleure assise à la relation soignant.e-soigné.e ? Cette proportion de R diverge des effets identifiés concernant l'âge des soignant.es et leur degré d'expérience, ou Ca prédomine.

La représentation des autres codes et sous-codes et proches de celles des autres variables et de l'échantillon global.

Expérience dans un service unique

Deux groupes assez homogènes se détachent entre les personnes qui ont pratiqué dans des services variés (N ; 6) ou dans leur service actuel uniquement (O ; 7). Le groupe O parle 2 fois plus de La mort au travail (cf Annexe 8J). Cela est peut-être lié au fait qu'il y a plus de jeunes professionnel.les (4-A, 1-B, 3-C) moins expérimenté.es (5 Junior ; 2 Senior).

Concernant les sous-codes :

- Pour Qui : dans le groupe O, R précède Ca puis Â, alors que dans le groupe N Ca précède largement R puis Â.
- Pour Qd : dans les deux groupes CM est plus important que S puis SA (S étant plus évoqué chez N que O, et SA légèrement plus chez O que N). Cela rejoint l'ensemble de l'échantillon. Exercer dans un même service semble rendre légèrement plus sensible à la question de la mort seul.e ou accompagné.e.
- Pour Co : dans les deux groupes, E est largement majoritaire. Il est suivi de F puis P dans le groupe N, ces deux sous-codes étant équivalents dans le groupe O. Cela rejoint l'ensemble de l'échantillon.

Le cadavre (Qui) semble prendre plus de place dans le discours des personnes qui ont travaillé dans des services différents. Une expérience plus variée offre peut-être des représentations plus riches (ou plus traumatiques) de cette dimension de la confrontation à la mort dans leur travail.

Si les sous-codes de Qd se présentent dans les mêmes proportions que pour les autres variables, il est intéressant de noter concernant Co que F et P se rejoignent pour le groupe O. Ainsi les personnes qui ont toujours travaillé dans le même service semblent accorder autant d'importance dans leur discours à la fréquence des décès qu'à la connaissance du pronostic létal.

A -3 : Conclusion de l'analyse quantitative

Les résultats en termes de représentation des différents codes et sous-codes du Code "La mort au travail" se valent dans la plupart des dimensions de l'échantillon, surtout en ce qui concerne le moment du décès (Qd) et son contexte (Co). C'est dans le rapport aux personnes qui meurent que certaines nuances apparaissent le plus souvent.

Les variations qui apparaissent globalement semblent en lien avec l'âge, le type de métier et le temps d'expérience dans un service donné. Les effets de ces différentes variables seraient à affiner par une analyse plus poussée avec un échantillon plus représentatif.

Les autres variables qui ressortent dans l'échantillon semblent moins impactantes quant à la prédominance des thématiques relatives à "La mort au travail". Là aussi analyse plus approfondie sur un échantillon plus conséquent permettrait sans doute d'apprécier plus finement l'effet des différentes variables et de les distinguer entre elles.

En ce qui concerne les sous-codes, tou.tes semblent accorder une place particulièrement importante au moment du trépas et à ses conditions dans leur discours (Qd - CM). L'âge (Qui - Â) apparaît peu en quantité dans tous les groupes[43], les participant.es accordant plus d'importance à la question de la relation et à la confrontation aux cadavres. Cela parle peut-être de leur professionnalité soignante, mais aussi de la dimension plus traumatogène de la confrontation au corps mort. L'analyse qualitative sera plus éclairante pour en cerner les processus sous-jacents.

Ce regard quantitatif sur les données relatives à "La mort au travail" donne un premier aperçu. Il est à affiner en analysant dans le détail ce qu'en disent qualitativement les soignant.es.

[43] L'analyse qualitative permettra de mieux en apprécier l'importance dans le discours des participant.es.

b) Analyse qualitative sur La mort au travail

Le Code “La mort au travail” forme une arborescence comprenant 3 codes thématiques chacun divisé en 3 sous-codes. Ils seront classés ici de manière à former une progression cohérente vis-à-vis des situations évoquées. Du fait du codage multiple, leur analyse donnera, chemin faisant, un aperçu de problématiques rencontrées par cette confrontation à la mort au travail qui rejoignent les autres Codes de la grille et leur arborescence.

B--1 : La personne qui meurt (Qui)

L’âge des patient.es (Â) :

La question de l’âge des patient.es au moment de leur fin de vie n’est pas le sous-code le plus représenté en terme de nombre de références, mais il revient comme en filigrane dans le discours de beaucoup des soignant.es rencontré.es. Ils et elles en parlent peu, mais presque tou.tes.

Par la question de l’âge, les soignant.es distinguent les morts de personnes “jeunes” de celles de personnes âgées. Quatre contextes se dégagent de leur discours : la mort d’adultes jeunes, de parents d’enfants jeunes, d’enfants et de personnes âgées. Certain.es ont une approche comparative de ces catégories, se référant beaucoup au nombre des années vécues, et font parfois des liens avec d’autres dimensions relevant des sous-codes.

Fred, infirmière expérimentée, dit de **la mort d’adultes jeunes** que “c'est pas naturel” et donc “c'est forcément très très compliqué à gérer”. Kim, aide-soignante moins expérimentée, dit dans un rire défensif : “J’ai vraiment du mal, même jusqu’à 20 ou 30 ans euh, pour moi… Je trouve pas ça normal quoi [rire]. C’est beaucoup trop jeune”. Pour Lou cela semble la déprimer : “C’est vrai que l’âge, quand on a beaucoup de patients jeunes qui décèdent, ça se ressent sur son moral personnel et sur le moral des équipes”. La fréquence de décès s’associe ici à l’âge et semble en majorer les effets sur la soignante.

Tann, dans une approche en creux, dit être “moins touchée” par les situations de fin de vie de personnes âgées par rapport aux adultes jeunes car la différence d’âge est plus grande. L’identification aux mourant.es semble rendre la confrontation à leur mort moins supportable. Elle se saisit d’ailleurs de l’entre-deux entretiens pour s’impliquer dans la prise en soins d’une dame âgée car elle trouve cela “plus simple”.

De même, Charlie fait le récit, au début de l’entretien 2, de la mort d’un patient “de cinquante-quatre ans”, c'est-à-dire d’un rapport d’âge équivalent. Cette ressemblance paraît rendre la situation plus difficile pour cette soignante pourtant expérimentée.

Manu, plus jeune et moins expérimenté, fait un récit similaire, dans lequel on sent comme l'angoisse rend difficile la production du discours : "C'est un monsieur jeune, on a tendance toujours un peu, on avait créé des liens". Ici le facteur d'âge rencontre celui du pronostic : "Le monsieur savait en plus, euh... qu'il allait pas... s'en sortir [...] surtout que le monsieur se voyait partir, donc euh… C'était compliqué". Il décrit la difficulté de l'équipe soignante à accompagner cet homme et sa famille. Les identifications sont multiples : au malade, aux proches, aux collègues. La jeunesse du patient semble majorer la souffrance.

Il dit par ailleurs : "Une personne de 90 ans, qui va s'en aller et une personne de... aux alentours de 40-60 ans c'est pas pareil [...] c'est le cycle… Il arrive à l'aboutissement, alors que… avant… que la personne a encore plein de choses à vivre j'pense". Et ces situations-là : "Ça fait plus de frissons…"

Vic aussi évoque ce trouble lié à l'identification aux jeunes adultes en fin de vie au fait de leur pronostic lorsqu'elle parle des malades en USP : "De voir des gens… même jeunes et tout, et… ils savent que quand ils arrivent dans cet endroit-là, c'est pour… C'est le dernier endroit on va dire…"

Gwen élabore quelque chose de ce qui est mobilisé en elle face à ces situations, en lien plutôt avec les conditions du décès :

"Surtout s'ils sont jeunes hein, c'est vrai que ce que, cette culpabilité. Quand ils ont 95 ans, ben, on se dit qu'ils ont eu leur part de vie avant, que finalement… Voilà, ça a été rapide. Ils sont morts mais ça a été rapide. C'est vrai que quand c'est quelqu'un de 40 ans, 30 ans, de 50 ans, on se dit euh : « [souffle] C'est compliqué ». Y a toute une vie qui s'est pas faite. Qui s'est arrêtée, brutalement. Je pense qu'on rapporte à [pause] soi, aussi."

En plus de la question identificatoire, cette infirmière qui a toujours travaillé en réanimation décrit un sentiment de culpabilité qui semble lié au fait de ne pas avoir pu empêcher une mort qu'elle considère comme injuste : "Elle est injuste [...] je dis injuste dans le sens, voilà, quelqu'un de malade, en fin de vie, je dirais que c'est le déroulement, euh à 90 ans, elle a vécu sa vie. C'est sûr que si vous partez à 30 ans, à 20 ans ou un enfant mort-né euh… Là oui, c'est, je ressens comme voilà… [...] Une injustice de la vie". La mort des plus jeunes ne fait pas sens : "Mourir à 4 ans, à 20 ans, à 50 ans euh… Voilà, je me dis que mourir à 99 ans, bon, on a déroulé sa vie, on a, on est censé avoir fait ce qu'on avait à faire euh, avoir vécu ce qu'on voulait avoir vécu et… mais à 10 ans, 12 ans, 15 ans, 18, non. C'est dans ce sens-là, l'injustice".

Les sentiments de culpabilité et d'injustice laissent penser à un vécu d'impuissance face au décès des patient.es jeunes. Lou, infirmière plus jeune en réanimation, les décrit également en revenant sur une période récente très éprouvante dans sa vie professionnelle débutante : "Ce qui nous a beaucoup marqué je pense, c'est sur des patients de 18, 20, 22 ans, c'est dur. [...] On donne tout. Ce sont des prises en charge qui sont longues parce que avant d'arrêter de maintenir sa vie on pousse vraiment la prise en charge à son paroxysme et

on essaye d'aller le plus loin possible. Je pense que ce soit pour les médecins ou pour nous, notre but c'est de maintenir la vie, et encore plus en réanimation. [...] C'est vrai que sur des patients jeunes, on ne veut pas qu'ils meurent". La spécificité de son service s'exprime qualitativement en termes de culture et de pratiques du soin.

Il est difficile de voir mourir une personne jeune, et difficile aussi d'être confrontée à sa famille à laquelle Lou semble également s'identifier à différents niveaux : "Il y a la famille derrière, ils ont toute la vie derrière eux. 18 ans, non ce n'est pas possible. [...] Sur des patients de 30 à 50 ans, ce qui est dur c'est de voir la famille, la femme, les enfants en jeune âge. [...] Quand on voit une petite fille de 5 ans courir dans le couloir on se dit… [soupir]." Son débit verbal ralentit, elle soupire plusieurs fois. Des affects dépressifs semblent se mobiliser. Elle conclut à ce propos en s'étayant sur le groupe des pairs, par l'expression de cette impuissance : "Moi je pense qu'on le ressent tous comme ça. Même si on sait qu'on a fait tout ce qu'on pouvait, on se dit : « On n'a pas réussi »".

De manière spécifique dans ces discours sur la mort des jeunes, ressort la question **des parents de jeunes enfants**. Les soignant.es semblent s'identifier à la fois aux parents mourants et aux enfants qui perdent leur parent. Des processus qui peuvent désorganiser la pratique soignante en ce qu'ils débordent le sujet, mais qui peuvent aussi donner lieu à une forme de sublimation qui soutient le travail.

Fred décrit par exemple comment lorsqu'elle y est confrontée, elle "essaye de faire au mieux pour les accompagner". C'est un sujet difficile à approfondir par des relances. Elle parle avec un certain agacement de son positionnement dans ces situations : "Voilà hein, c'est de mettre en place euh, les psychologues quand la famille est à même de continuer à être là pour eux, aller l'accompagner, à, voilà… Après sentir leur besoin, voilà." Puis son discours s'étaye sur un récit clinique racontant la fin de vie d'un patient jeune. Cette voie semble permettre un abord moins angoissant de la question, plus concret peut-être que l'abord instinctif qui repose sur la fonction soignante et qui l'amène à "sentir" de manière intuitive, préconsciente sans doute.

Les situations où le jeune âge des mourant.es est le plus insoutenable, ce sont **les morts d'enfants**. "Ça c'est difficile", dit Kim dans un souffle qui laisse présager l'angoisse ou les affects dépressifs qui se mobilisent. Ceux sont aussi "les plus durs" pour Charlie, aide-soignante expérimentée qui a travaillé en pédiatrie et qui revient en détail sur les "quatre" situation de mort d'enfants qu'elle a rencontré, qui l'ont amené à "changer de service" tant cela semble avoir eu des répercussions traumatiques pour elle.

Handy, aide-soignante moins expérimentée, exprime son angoisse à l'idée d'être un jour confrontée à la fin de vie d'enfants dans son travail : "En cas de décès, ou même des maladies qui sont foireuses euh… quand on voit un gamin qui a 10 ans […] qui a une leucémie, moi je rentre chez moi, je peux pas y retourner le lendemain quoi, c'est pas possible. Moi dans ma personne hein, après les gens ils y arrivent. Et… grand respect, et il faut bien qu'il y en ait qui le fassent. Mais moi euh… non. Impossible."

Ce qui est insoutenable pour elle, c'est que : "C'est pas logique [en riant : "en fait"] [rire]. [...] C'est dans ma tête ça fait un espèce de court-circuit euh… ça marche pas ensemble". La défense par le rire permet d'exprimer quelque chose du potentiel traumatogène que la mort d'enfants revêt pour elle, de l'impensable lié au bouleversement de l'ordre générationnel. De fait, elle évite d'y être confrontée dans son travail en choisissant un service d'adultes. Le seul contexte où elle pourrait y être confrontée, c'est si un corps d'enfant se trouve en chambre mortuaire lorsqu'elle y mène un ou une patiente décédée. Elle évite encore : "Du coup j'ai toujours réussi à ne pas… être confrontée à ça".

Kim, sa collègue jeune aide-soignante également, parle aussi de ce contexte de la chambre mortuaire. Elle explique dans un discours difficile à construire : "Y a un frigo pour eux [les enfants décédés, ndlr]. Et quand y a plus de place [dans les frigos pour les adultes, ndlr] on doit mettre dedans." Pour elle, "l'ouvrir celui-là à chaque fois, euh ça fait froid dans le dos". Alors elle évite autant que possible la perception sensorielle de leur présence et agit rapidement dans une fuite en avant : "On regarde, en fait, ils sont en haut, donc on regarde juste en bas, on met, et puis voilà." Le "on" semble la raccrocher à un étayage par le groupe des pairs qui sont amenés à effectuer la même tâche. Le groupe la tient pour pouvoir l'accomplir, dans ce contexte angoissant où la mort ne peut être nommée : le pronom réfléchis "le" pour désigner le cadavre disparaît dans les phrases "on met".

La problématique de la confrontation aux corps d'enfants décédés revient dans ce service. Elle est mentionnée par trois soignantes sur six. Val aussi en parle : "Des fois tu peux tomber sur des corps de bébés euh… [pause] Ah j'aime pas du tout". Il s'agit ici du décès des plus jeunes, des nouveau-nés.

Vic ayant été auxiliaire de puériculture, elle en raconte : "Je me suis occupée d'enfants, bah, qui étaient atteints de la mucoviscidose [...] je sais que j'ai euh des collègues qui ont beaucoup souffert par rapport au décès de certains enfants, qui s'en occupaient depuis euh, qu'ils étaient bébés". Elle s'est sentie plus protégée dans ce service du fait de moins connaître les enfants que ses collègues qui avaient une grande ancienneté et connaissaient des patient.es "depuis qu'ils étaient bébés", rencontrant la question de la nature et de la durée de la relation.

Comme pour Charlie, le fait que ce soit des enfants "qu'on a suivi" apparaît comme majorant les affects douloureux, des affects de deuil liés à la séparation de la mort. Ici Vic passe par l'identification à ses collègues pour appréhender cette question angoissante sur le registre de la perte.

Elle parle aussi de ce non-sens que représente pour elle la mort des jeunes, dont les enfants : "Quand c'est les enfants, c'est encore plus, c'est pas pareil quoi, voilà, le décès d'un enfant et le décès d'une personne âgée, t'acceptes plus. Pour moi c'est normal quoi. Un décès à… Même à partir de 80, 75, 80, tu te dis : « Il a vécu et tout », mais un enfant ou quelqu'un de 20 ans, 30 ans… C'est différent". Ses propos synthétisent assez clairement cette difficulté face à la mort des plus jeunes, empreinte de mécanismes identificatoires : "Quand il y a des

enfants qui sont jeunes euh, quand il y a une femme qui est jeune euh, quand le Monsieur travaillait toujours, enfin c'est, c'est la folie. On se dit en fait euh, sur cette terre on est pas grand chose quoi". Ce qui est le plus dur pour elle aussi, c'est de ne pas pouvoir se dire, contrairement à une personne âgée : "Il a vécu et tout".

Car même si **la mort de personnes âgées** est un évènement triste : "Des personnes âgées, on comprend aussi". Pour les soignant.es qui évoquent ce sujet, la mort de personnes âgées fait sens. Vic en dit : "C'est la vie. C'est… c'est comme ça", Manu a des termes proches : "C'est le cours de la vie". Évoquant une situation clinique actuelle, Tann se surprend à parler d'une dame âgée en fin de vie au passé et se reprend dans un rire défensif : "La situation a fait que cette dame elle était très âgée. 'fin elle est très âgée [rire léger]". Le grand âge et la proximité de la mort semblent amener une représentation de cette dame comme étant déjà morte, le rire défensif sans doute lié à l'angoisse et à une certaine culpabilité.

Si ces décès font sens, ces professionnel.les au plus près du corps s'attachent aux conditions du mourir. La question de la proportion des soins inconfortables et de l'adaptation par des soins de confort est au premier plan, là aussi ancrée dans un référentiel qui relève des soins palliatifs. En effet, le grand âge semble être un critère important pour déterminer une notion d'acharnement. Cette question de la proportion des soins est étroitement liée à celle de leur adaptation dans une perspective de confort. Le vécu de la prise en soins est plus difficile lorsque cela n'est pas mis en place.

Lou le décrit en des termes assez clairs, ancrée dans une représentation d'appartenance à son corps de métier : "Les soignants paramédicaux sur les personnes âgées, on est très sensible à ça, on a pas envie d'être dans l'acharnement, on déteste ça". Elle poursuit, exprimant une certaine colère : "Sur des personnes âgées qui ont 85, 90 ans, franchement… En fait, la question qu'on se pose c'est : « Pourquoi, tout ça dans quel but? ». Si c'est pour lui rajouter 2 semaines de vie et tous ces traumatismes, franchement…"

Elle considère cela au vu des spécificités de son service : "La surmortalité après la réanimation est énorme, surtout chez des patients très âgés et qu'ils ne retrouvent jamais leur autonomie d'avant". La représentation d'une prise en soins délétère pour la qualité de vie semble culpabilisante et la révolte : "Des fois, quand ce sont des personnes âgées, honnêtement, on se dit « les pauvres, pourquoi tout ça, pour la fin les laisser partir tranquillement, là on va le laisser partir avec un tube dans la gorge, des cathéters partout". Des fois c'est vrai qu'on se dit: "on a été trop loin, c'est trop quoi »".

Handy exprime quelque chose de similaire, marqué par une identification aux malades : "À partir d'un certain âge [soupir] y a plus rien qui marche euh… ta tête elle te laisse une fois sur deux sur le carreau euh… T'es là t'attends, t'attends quoi ? [...] c'est pas une vie non plus".

Gwen, qui travaille en réanimation, s'interroge sur certaines situations où un SMUR[44] fait admettre une personne âgée en réanimation. Elle raconte à titre d'exemple, avec un certain sentiment de révolte elle aussi : "Comme là encore euh, une dame âgée, qui a été réanimée, passée en coro[45], re-réanimée pendant je sais pas combien de… plus d'une demi-heure. Une dame qui a des antécédents euh comme ça, entre cancer, maladie et… [...] Voilà, une dame qui a sa tête mais qui a peu de, d'autonomie à la maison, on se demande à un moment si faut vraiment euh, jusqu'où il faut aller". Les perspectives d'évolution de son état alourdissent le tableau. Un en-trop qui déborde, et dont elle s'inquiète : "Et ça on le voit de plus en plus".

S'identifier à ses collègues de SMUR permet d'en élaborer une pensée qui semble rendre la confrontation à ces situations plus supportable, leur donner sens : "On en voit de plus en plus en fait des personnes âgées et puis après, ça c'est un problème de SAMU mais j'imagine qu'à la maison, ça doit pas être facile. Quand on appelle pour un arrêt chez quelqu'un de 90 ans et qu'y a la famille autour euh… [...] Je pense que voilà c'est pas facile non plus…"

Sa collègue Fred s'interroge sur la proportion des soins, dimension éthique très importante dans son rapport à son travail : "Jusqu'où euh, comment euh…". Elle met en avant les spécificités d'un service de réanimation et les tensions éthiques qui en découlent. Lorsque la technicité intensive permet de maintenir en vie, quand arrêter les soins pour ne pas basculer dans une obstination déraisonnable ? Que faire lorsque le sens de la prise en soins va dans le sens du don d'organe, mais que la mort cérébrale ne survient pas alors qu'une amélioration de l'état est inenvisageable ?

Lou s'interroge également, avec un certain sentiment de culpabilité, considérant la question du devenir :

"Quand on est face à des personnes âgées, c'est horrible à dire mais qui ont déjà vécu de longues années, c'est tout ce qu'ils pourront vivre de mieux. Après la réanimation, ils auront plein de séquelles [...] avec une qualité de vie finalement qui pourrait être très pauvre. On se dit finalement : « C'est ce qui pourrait lui arriver de mieux, le pauvre ». On l'aide à partir et qu'il soit confortable, avec sa famille et dans le respect de son corps, ses croyances et de sa volonté".

Sa culpabilité entraîne un désir de mort à l'endroit de la personne malade. Mettre en place des soins de confort dans une perspective palliative semble structurant, mais relève d'une certaine ambigüité quant à leur intentionnalité[46] lorsqu'elle dit : "On l'aide à partir".

Elle poursuit, étayant son discours sur des situations cliniques :

[44] Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

[45] En coronarographie : examen pratiqué lors d'un infarctus du myocarde pour repérer le caillot qui cause l'arrêt cardiaque et le retirer.

[46] Pour reprendre la terminologie de la loi Claeys-Leonetti (2016).

“C’est vrai qu’en réanimation c’est toujours une question que l’on se pose quand on va faire une entrée. On pose le diagnostic à première vue et l’âge. Pour nous c’est important, [...] quand c’est une personne âgée, on sait très bien que l’on ne va pas... en fonction, bien sûr, de son état de vie, de sa qualité de vie actuelle. C’est qu’un patient qui est déjà grabataire, on sait très bien qu’on va essayer de faire passer sa crise aiguë, mais que le pauvre on va pas se battre, s’acharner sur lui”.

Elle nuance son propos, comme en se ré-ancrant dans une considération subjectivée des patient.es : “Ça dépend de sa volonté aussi mais en général les patients ne veulent pas que l’on s’acharne sur eux, enfin c’est très rare”. Le vécu des soins considérés comme disproportionnés en fin de vie est difficile, culpabilisant.

Mais cela parle aussi de la singularité de chaque soignant.e, de son rapport à la maladie et à la mort. Ainsi Manu exprime plus d’ambivalence à propos d’une situation clinique : “Même si c’était une personne âgée, on sait qu’il a eu... enfin, il a bien vécu, tout ça, mais... [...] moi je trouve que c’est toujours difficile de... dire : « On arrête »”. Ces valences contradictoires entre mise en sens de la mort et culpabilité à laisser mourir se lient mieux lors du deuxième entretien. Dans un contexte où il parle de son expérience professionnelle qui se développe au fil des mois, il dit alors : “Après bon, si c’est une personne âgée, on peut se dire bon c’est le… peut-être le cours de la vie, enfin, voilà. Après quand c’est des personnes jeunes, je pense que c’est... c’est plus compliqué quoi [plus bas].” Il s’agit peut-être là d’un effet d’élaboration lié au protocole de recherche-action. Son discours lors du premier entretien était aussi peut-être très empreint du contexte de massage cardiaque à une personne âgée le matin-même, dont questionner le sens aurait pu être culpabilisant ou questionner la jouissance implicite à cet acte.

Par la question de l’âge, ces soignant.es distinguent donc la représentation d’une mort “jeune” considérée comme injuste (bien que cela se présente finalement régulièrement dans leur carrière), d’une mort à un âge avancé où les conditions du mourir sont essentielles. La mort de jeunes apparaît comme un bouleversement de l’ordre générationnel, et la mort de personnes âgées s’inscrit dans des questions de société sur les représentations de bonne et de mauvaise mort, empreintes des valeurs du soin palliatif. Des mécanismes identificatoires multiples semblent au premier plan, générant des mouvements de déliaison sur le mode de l’angoisse ou des affects dépressifs, mais peuvent aussi constituer un moteur du prendre soin.

La relation qui unit les soignant.es aux patient.es en fin de vie

La question de l'âge des mourant.es met déjà en exergue la question de la relation, et comment la nature du lien et la durée de la prise en soins ont un impact sur le vécu des soignant.es lorsqu'un ou une patiente décède. Cela est souvent raconté au détours de récits cliniques, voie d'élaboration qui semble propice à aborder ces sujets sensibles.

Les dimensions de la relation aux personnes qui meurent mises en avant par les soignant.es qui en parlent relèvent soit de la durée de l'accompagnement (en continu ou lors d'hospitalisations répétées), soit de la qualité du lien (et donc de l'investissement affectif qui le sous-tend), les deux s'entremêlant souvent.

Concernant la durée, Tann explique : "Quand les gens restent longtemps dans le service, ben petit bout par petit bout, il y a quand même un suivi qui se met en place". Lorsque les accompagnements se prolongent, la relation se développe, un investissement affectif semble se mettre en place avec les malades : "Forcément… y a du lien oui qui s'installe". La question de la durée rencontre celle de la qualité de la relation, l'accompagnement vers la fin de vie risque alors de devenir difficile.

Gwen le décrit : "Y a des cas de décès où on est très... impliqué dans la relation. Avec le patient et la famille. Où là ça peut être très compliqué, de continuer". Handy aussi parle des patient.es qui "restent super longtemps" car "dès qu'ils restent plus de… deux-trois semaines, étant donné qu'on est là tout le temps [...] on apprend vachement plus à les connaître". La relation se construit, l'investissement se développe : "On y est investis, même sans le vouloir [...] On le connaît, on sait comment il est… on connaît ses traitements, on connaît ses pathologies, on connaît tout ça. Du coup on prend ce pli, un peu". Sa collègue Kim mentionne aussi le fait d'être "là au quotidien".

Lou développe sur un registre identique : "On a l'impression de les connaître par cœur parce qu'on s'en ai occupé pendant 12 heures, pendant 1 semaine, 2 semaines, 3 semaines…" Un temps fait d'actes de soins qui semble devenir support de la relation, y concourt par l'énergie qui y est déployée. L'investissement affectif semble aussi passer par les soins techniques. Comme pour l'âge des patient.es, évoquer des chiffres en termes de durée donne du sens au vécu douloureux des soignant.es.

Oliv aussi explique concernant son premier accompagnement en tant que stagiaire qui l'a beaucoup marqué : "Être là tous les jours à s'en occuper, tout le temps tout le temps. Être, essayer de la rassurer elle, le rassurer lui [...]. Puis il y avait une relation de confiance qui s'était créée". Elle évoque aussi cette première situation marquant lorsqu'elle a pris son poste en tant que diplômée : " C'était [pause] très pénible comme prise en charge [...] on faisait tout ce qu'on pouvait pour elle, et quand elle est décédée, c'est- ça a été dur. Parce que on a tellement- on s'est tellement occupé d'elle".

Les soins qui rendent ces situations marquantes le sont par leur lourdeur ou par leur caractère exceptionnel. Nell raconte par exemple "le côté euh… peut-être affectif" auprès de

patient.es “pour lesquels [pause] [elle s’est] sentie plus euh [plus bas]… investie [...] peut-être par la durée de l’hospitalisation” mais aussi parce que “on a organisé un mariage [...] pour quelqu’un qui allait décéder euh… relativement dans… très peu de temps”.

Des temps de soin faits d’actes, mais aussi de parole. Tann explique :

“Quand on fait une transfusion à à quelqu’un euh, on reste deux heures dans sa chambre, on a le temps de parler euh.. Voilà, parfois ils mangent, on est avec eux, on a le temps de parler. Ils nous parlent beaucoup de leur famille, de ce qu’ils ont vécu, donc forcément ça crée un peu de lien”.

Les soignant.es prennent une place dans la vie des patient.es : “Quand on est en repos, le tr-, deuxième jour on revient :« Aah c’est vous aujourd’hui ! ». On sent du coup qu’il y a quelque chose qui s’est créé à ce moment-là. Et que… il- ils se souviennent de nous”. Prendre cette place à la toute fin d’une vie n’est pas anodin. **À la fin de la vie des malades, cette fonction revêt presque une dimension identitaire**. Val dit ainsi : “On est les soignants qui se sont occupés d’eux pendant X temps”.

Handy aussi revient sur un certain nombre de situations cliniques qui l’ont marqué, il s’agit surtout de personnes avec qui la relation était particulière. Elle aborde ainsi une situation clinique sans s’y arrêter du fait justement qu’une relation n’avait pas eu le temps de se développer : “Je crois que y en a eu un autre de décès. Mais je crois que c’est une dame qui est pas restée longtemps”.

Elle raconte aussi, par rapport à son histoire professionnelle :

“Au début c’était un peu plus compliqué [...] surtout avec les gens où on crée du lien, et euh… il suffit que ce soit des gens qu’on ait eu euh… régulièrement euh… dans le service, ou qui sont restés très longtemps. [soupir] C’est dur. Euh… on y pense après. Même si on essaye de se dire : « N’y pense pas, c’est voilà, c’est la vie »”.

Elle décrit là **des affects de deuil, une véritable séparation** semble à l'œuvre. De tels affects se retrouvent chez d’autres soignantes : Pat dit ainsi qu’il peut “être triste, pour certaines personnes”. Lou décrit quelque chose d’un rapport entre durée de l’accompagnement, énergie déployée dans les soins, et deuil, peut-être en lien avec une perte d’espoir : “Chez un patient où on s’est battu pendant longtemps, longtemps, en fait c’est sa chambre. [...] Quand on passe dans les couloirs, même si c’est pas notre secteur quand on tourne la tête on s’attend à le voir en fait”.

Pour Oliv aussi, le fait que “on les a vu évoluer” rend la perte plus difficile, peut-être du fait d’un sentiment d’impuissance. Lorsque la mort survient chez ces personnes connues depuis plus longtemps, c’est plus “dur” pour Nell, “difficile” pour Pat, “compliqué” pour Lou, “pénible” pour Oliv.

Cette dernière dit d’une patiente décédée : “ J’ai eu envie de pleurer. Mais je l’ai pas fait, je me suis retenue”. Val aussi : “J’ai pas pleuré hein ! J’ai réussi à pas pleurer”. Une

représentation de leur fonction soignante, acquise en formation et partagée par le groupe, rend l'expression des affects tabou, surtout en présence des malades et des familles. C'est la question de l'investissement affectif-même qui paraît interdite : "C'est pas bien hein !" dit Vic dans un rire défensif, concernant ces malades pour lesquels "on fait la différence". Cela revêt un caractère transgressif : "Même si on devrait pas".

L'idée-même de la perte est alors angoissante et génère des défenses. Val explique par exemple, concernant l'une de ces personnes bien connue du service qui était devenu "sa deuxième maison" : "Tout le monde disait : « Oh j'espère que je serai pas là quand il va partiiir»". Vic décrit quelque chose de similaire : "Y avait une patiente que j'ai appris, j'étais en vacances [...] qui est décédée dans le service que j'apprécie énormément, heureusement que j'étais pas là quoi, parce que là… [aspire] J'aurais pas pu je pense…"

Des patient.es qui laissent des traces dans la psyché des soignant.es, "on reparle souvent de nos patients" dit Nell, surtout "des histoires [...] plus ou moins dures et puis long, aussi". Un lien qui rend parfois la mort surprenante. Lou fait ainsi le récit de sa première confrontation à la mort au travail qui reste traumatique : "Une dame qu'on côtoyait, avec qui on parlait 5 minutes avant".

Beaucoup parlent d'eux, mais aussi de leur équipe concernant cet investissement affectif des patient.es. Il s'agit soit d'un étayage par le groupe pour exprimer ses propres affects, soit de véritables investissements groupaux d'une personne dans le service. Handy explique par exemple concernant une situation clinique : "Ça les avait marquées et du coup ça nous a tous marqués parce que, c'était un monsieur qu'on avait tous euh… s- on avait tous pris soin de lui, on avait tous euh… vu un petit peu l'évolution, etc".

Pour Handy comme pour les autres, **la nature du lien** qui semble déterminée par la qualité de l'investissement affectif entraîne des affects de deuil : "C'est jamais plaisant" dit-elle en parlant du décès des malades, "alors c'est déjà pas plaisant avec des gens qu'on connaît pas [...] mais alors avec des gens avec lesquels on s'est un peu attaché, un peu lié, c'est vraiment compliqué". Les affects menacent de la déborder et d'envahir des dimensions plus personnelles de sa vie : "On prend le recul, parce qu'on n'a pas le choix. Euh… sinon moi je rentre chez moi je pleure tout le temps hein, c'est pas la peine". Elle s'en protège par une distance défensive.

Elle raconte aussi avec un certain plaisir l'histoire de ces personnes qui l'ont marquées, comme "un monsieur un peu bourru", véritable "Papi grognon" qui épuise les équipes. Mais "quand on a un petit peu compris comment le prendre, on s'était tous un peu attachés". Là aussi l'énergie déployée dans l'accompagnement semble contribuer à l'investissement.

Le temps fait que "on s'attache" comme le dit Kim, mais parfois l'investissement est immédiat. Pat fait par exemple un récit détaillé de l'accompagnement d'un patient qu'il a investi immédiatement, du fait de résonances personnelles particulières dont il n'a pas

conscience lui-même et se défend au moment de l'entretien, marquées par des identifications et projections fortes liées à son histoire.

Nell explique par ailleurs : "On a des patients qu'on suit euh… pendant un certain temps, y a des… y en a que, [baisse le ton] bah on est humains on s'attache à… certains patients plus que d'autres". La personnalité, le jeu des identifications et projections croisées colorent les relations. Quand "on s'attache, on rigole, c'est plus difficile", dit Pat.

Certain.es évoquent aussi l'idée, à partir de scénarios réels ou imaginaires, d'avoir à s'occuper d'un proche ou d'un.e collègue. C'est une perspective angoissante par laquelle ils et elles pressent la difficulté voire l'impossibilité à faire leur travail.

Le lien rend aussi sensible aux conditions du mourir, soutenant la dynamique du soin dans une perspective de respect de la dignité humaine. Fred dit par exemple sa révolte dans un exemple clinique : "On a un patient avec qui on s'est énormément attaché, qui est mort, avec euh le masque à VNI[47] incrusté dans sa tête !" Le lien semble agir ici comme rempart face à une technique qui risque d'objectiver le sujet.

Le lien, la relation fait soin. Lou explique ainsi comme il lui est parfois difficile de garder "la barrière soignant/soigné" car "les patients que l'on connait très très bien c'est difficile d'avoir une distance. Et puis parfois de mettre une distance, ils se sentent un peu comme un numéro. Ils ne se sentent pas du tout personnalisés".

Cette question de l'investissement affectif qui se crée au fil du temps se pose aussi **avec les familles**. Tann mentionne : "On a vu la famille, au fil du temps", Lou aussi : "Des fois c'est difficile, des patients que l'on a depuis hyper longtemps et qu'on voit régulièrement. La famille on connaît très bien. Quand un décès arrive, on est triste". Val décrit plus précisément comme un décès peut être vécu plus douloureusement lorsqu'elle a eu le temps d'observer "leur rapport avec [...] les enfants, les petits-enfants… [...] Parce qu'on connaît toute leur vie en fait, on sait que lui c'est le fils, le petit-fils, la tante, l'oncle, etc. Et du coup ben, limite on s'intègre un peu à la famille en fait". Ces soignant.es semblent souvent s'identifier à ces familles, comme le décrit Vic : "Des familles… voilà, on est plus attaché à d'autres, parce que ils viennent souvent, parce que, on voit qu'ils sont très touchés aussi par la situation, que c'est très dur, y en a qui viennent de loin aussi des fois".

Les familles permettent aussi de connaître les personnes malades lorsque celles-ci ne peuvent pas ou plus s'exprimer. Lou explique : "On a l'impression de les connaître par cœur parce qu'on les connaît à travers leur famille aussi [...] pour qu'on sache aussi de qui on s'occupe. Finalement [...] les gens les connaissent déjà. Nous on ne les connaît pas". L'entourage devient vecteur du lien avec les malades, permet de les subjectiver en en construisant une représentation. C'est aussi un support identificatoire avec qui le vécu de

[47] Ventilation Non-Invasive

perte est partagé : “Franchement quand il y a un patient dont on s’occupe depuis 3 semaines, 1 mois, que la famille est en pleurs devant nous et que le patient est parti, c’est humain”.

Ce lien étaye aussi l’accompagnement des familles, en même temps qu’il amène à partager les affects de deuil avec elle. Fred explique par exemple comment le lien avec les filles d’une femme dédédée dans le service l’a amenée à proposer de participer à la toilette mortuaire : “Du fait que, ben on les connaissait les filles, on l'a eu plein de fois cette dame euh hospitalisée”. Oliv aussi s’appuie sur sa clinique : “On s'est tellement occupé d'elle. Et du fils aussi. On s'était tellement occupé d'eux, tout le monde, que bah oui à la fin, oui ça a été très dur en fait”.

Les accompagnements longs sont vécus de manière spécifique par les soignant.es rencontré.es. Mais **ce temps de la relation peut aussi être trop court** : quelques jours, quelques heures, qui ne permettent pas de connaître la personne et semble désubjectiver le lien.

Oliv mentionne ainsi ces situations où “on n'a pas eu le temps de s'attacher, on n'a pas eu le temps vraiment de- de discuter avec la famille”. Val aussi : “Un patient qui vient d’arriver des urgences [...] qui décédera aujourd’hui, je vais avoir moins [long] d’affect qu’un patient qui est là depuis 15 jours-3 semaines”. Gwen encore décrit avec précision que “c’est pas encore un patient, quand ils sont arrivants, quand ils viennent d’arriver, qui a une pa, une prise en charge ultra-technique, parce que c’est un arrêt cardiaque, qui est massé, que machin. On, on n’est pas dans l’affectif j’ai l’impression”. À défaut de soins qui se déploient dans les temps passés ensemble où une relation se tisse, l’investissement affectif est minime : “On connaît pas le patient, il vient d’arriver, tout de suite ça a été [...] l’activité, l’effervescence extrême, et du coup, on n’a, on n’a pas le temps de se dire euh... On fait”. L’agir de l’urgence dans ce service particulier qu’est la réanimation prend le pas sur la relation qui n’a pas le temps de se tisser avant la mort.

Pour Lou aussi : “Des fois c’est pas facile parce qu’il y a des décès qui sont très rapides et au final, on a fait une entrée et le patient est décédé. Bon, ça a été super vite, le patient on connait juste son nom et c’est tout, on a vu la famille très rapidement et il est décédé”. Elle répète : “C’est super rapide”, ceci faisant que “on a pas tellement le temps de se rendre compte de ce qu’il s’est passé ou de s’attacher forcément au patient”. Cette rapidité ne laisse pas le temps de l’intégration, la situation peut devenir traumatogène. À défaut de relations, les gestes du soin seuls permettent de faire face : “Il n’y a rien à dire, [...] on fait le travail et on dit rien parce que des fois ça va très vite, le patient on le connait même pas”.

Mais ces contextes où la relation est inexistante à défaut de temps peuvent aussi protéger par une distance plus grande, le faible investissement affectif qui rendant la séparation de la mort et l’accueil des affects de l’entourage plus supportable. C’est le cas de Val, qui exprime néanmoins non sans angoisse : “Quand c’est un patient [déglutit] qu'on, qui

vient d'arriver, qu'on connaît très peu la famille, qui, une famille très discrète, qu'on voit pas beaucoup etc, pour moi en tout cas c'est plus facile. [...] D'accompagner euh la famille, le patient. Même, même s' il pleure. Quelqu'un qui est là depuis je sais pas depuis 2 semaines, 3 semaines et que... on les voit, ils nous racontent leur vie, y a des petits enfants, [...] il y a plein de photos dans la chambre, [...] ça c'est pas si évident."

Le Cadavre :

Il s'agit du corps des patient.es décédé.es dans le service, l'institution ou plus rarement hors hôpital, en intervention extérieure. **Les évocations du cadavre sont le plus souvent accompagnées d'une angoisse** qui se manifeste par une perturbation dans l'énonciation, une difficulté à nommer la mort.

C'est le cas de Manu, qui se décrit comme ayant toujours eu un "rapport compliqué avec la mort" car elle lui fait "peur". Au détour d'un récit clinique, il tente d'expliquer le constat d'une mort par sa collègue aide-soignante : "Inanimé en fait. Au moment du... de passer, pour la... comment... C'est l'aide-soignante en fait, au moment de lui… apporter le petit déjeuner. Elle l'a retrouvé inanimé, marbré, donc, bon ben voilà". Décrire des éléments factuels permet de dire quelque chose de cette situation sidérante qu'il ne parvient pas à nommer directement.

Le cadavre est appréhendé sur un mode sensoriel, notamment par le toucher qui amène parfois à constater le décès, place particulière de *première* personne à voir la personne passée de vie à trépas. Cela pose la question de la limite entre les deux comme l'explique Oliv : "Ça peut arriver quand même des traits, des respi- alors parfois c'est des respirations euh, qui- après mort, c'est- voilà c'est… c'est le corps humain qui… qui… qui continue un peu des fois à fonctionner malgré le fait que ce soit- qu- qu'il y ait le décès".

Cette situation déconcertante où l'angoisse délie désorganise la pensée, c'est la fonction soignante qui permet de tenir, de continuer son travail. Oliv explique comment sont repérés les corps de personnes dont le décès est attendu dans son service, faisant un lien entre la personne qui meurt et le moment où cela survient : "S-oit c'est quelqu'un du personnel qui s'en ren-, qui le découvre. Soit des fois c'est la famille qui vient nous voir en disant [chuchote] : « Je crois qu'il respire plus »". La fonction soignante permet d'aller au devant du cadavre : "On y va, on se déplace euh... donc nous, [pause] premier abord on essaie de constater le décès, et puis après faut quand même qu'un médecin vienne confirmer parce que...des fois on n'est pas- on n'est pas non plus euh…"

Le cadavre juste après le décès revêt une inquiétante étrangeté du fait de la question de la limite entre la vie et la mort qu'il symbolise. La fonction médicale agit ici comme support sur lequel s'appuyer pour objectiver la mort par le constat de décès officiel et l'annoncer à l'entourage.

Cela protège aussi de la responsabilité de l'annonce et d'une forme de culpabilité qui y est liée. Elle explique plus loin : "Souvent quand y a la famille, [s'éclaircit la voix] je viens avec eux, je constate [déglutit] et je leur dis rien, je dis : « Je vais chercher le médecin ». Je ne dis jamais qu'il est mort, parce que des fois je peux me tromper. Donc euh...c'est pas non plus leur faire un ascenseur émotionnel, j'ai pas envie non plus euh de [pause] les plomber parce que- alors que je me suis trompée."

Charlie fait par ailleurs un récit détaillé de sa prise de poste dans un service d'adultes, où elle constate consécutivement le décès des deux premiers patients dont elle doit s'occuper. Dans sa brève observation à travers les vitres des chambres avant d'entrer, elle comprend tout restant suspendue comme si cela était maintenu à un niveau préconscient. S'appuyant sur sa fonction soignante, elle s'oblige à entrer pour constater leur mort. C'est aussi une fonction et des gestes qui protègent d'une trop grande effraction. Elle parle par allusion et n'arrive qu'au bout d'un moment à prononcer le mot "mort". Cette série (rencontrant la question de la fréquence de la confrontation aux cadavres) la déborde, se condense l'expression de ses angoisses et défenses face à la brutalité de la situation. Après un temps de silence elle ajoute : "Je crois que c'est pour ça que d'ailleurs je me suis pas du tout sentie bien dans ce service". Cette pensée émerge après le récit, comme une mise en sens dans l'après-coup des effets traumatiques latents, suspendus en ce qu'une parole ou une pensée n'ont pu permettre alors une intégration des affects. Ils ont envahi l'ensemble de son expérience dans ce service.

Il s'agit d'une appréhension sensorielle des cadavres par la vue, mais aussi le toucher en lien avec les actes de soins : principalement la préparation du corps en vue de la présentation à la famille et avant un relai vers le funéraire, ou encore pour le brancardage en chambre mortuaire lorsque le personnel dédié n'est pas disponible (la nuit, le week-end ou par surcharge de travail d'après les soignant.es rencontré.es).

Le toucher abolit la distance entre soignant.e et cadavre, ce qui semble en majorer l'angoisse pour certain.es comme Vic qui peine à l'expliquer : "J'ai du mal à toucher les morts, j'ai, il m'a fallu du temps, maintenant ça va, ça commence à venir, mais oui, j'ai un peu de mal, je sais pas…" Une élaboration de cette confrontation traumatogène est difficile : "Moi après je suis sensible là-dessus, [...], j'ai du mal à toucher, j'ai du mal à voir, à regarder, je… Je sais pas pourquoi".

Pour Handy aussi : "On s'habitue jamais vraiment [...] le toucher euh… il est particulier". Une inquiétante étrangeté se dégage de "ce côté glauque que ça a, parce que j'ai pas d'autre mot pour ça. C'est glauque. En fait". Ce qui est angoissant pour elle c'est à la fois "le corps mort", ce familier pas comme chez soi étrangement inquiétant, mais aussi par identification "l'idée d'une fin". Des angoisses archaïques semblent se mobiliser par cette identification au cadavre étrangement inquiétant, témoignant paradoxalement d'un certain intérêt répulsif : "Tout ce qui est musculaire tombe. Donc du coup ça fait vraiment, euh… ouais ça fait cadavre, en plus, déjà on prend une couleur bien particulière [...] au bout de deux trois

heures la couleur elle est bien installée euh… c'est très jaune bleu euh… c'est p- c'est pas… on voit que c'est [en riant : pas] c'est pas en bonne santé." Ici les pronoms "on", "nous" marquent l'identification au mort. Elle poursuit :

"Le poids, 'fin c'est peut-être glauque ce que je dis non c'est horrible hein mais… le poids d'un corps mort, même euh… d'une personne grabataire c'est complètement différent. Et du coup, pour pouvoir par exemple tourner la personne, changer un drap [...] ça nous demande en fait un effort plus conséquent, donc des fois on a l'impression peut-être de l'extérieur qu'il y a une espèce de forme de… de violence ou de… de dureté qui en fait c'est juste parce qu'il faut de la force en fait pour euh… mobiliser ce corps-là".

Handy décrit un engagement au corps à corps avec le cadavre, signalant au passage une forme de continuité entre la grabatisation et la mort qui se ressemblent, demandant un effort au risque que cela soit *trop* et devienne effractant. Passer par une identification à la psychologue-chercheuse quand elle dit "c'est peut-être glauque ce que je dis non c'est horrible hein", qu'elle répète à plusieurs reprises dans son discours sur les cadavres, semble lui permettre ici à la fois de prendre de la distance par rapport aux scènes qu'elle décrit, et en même temps de nommer quelque chose de son effroi dans la relation transférentielle particulière à cette espace de la recherche-action.

Cette soignante étaye son propos sur des situations cliniques, où elle paraît s'identifier à la fois au corps mort et à l'entourage avec une certaine angoisse :

"Et du coup, bah… plutôt que d'aller euh… contraindre euh son corps qui était déjà en train de se durcir, à fermer la bouche, ce genre de, de choses qui sont assez désagréables [...] 'fin j'aime pas forcer. C'est… quand une personne est encore euh... chaude et encore molle, je peux fermer la bouche, mettre quelque chose, de sorte à ce que quand ça prend cette rigidité cadavérique, on garde la bouche fermée par exemple. Avoir une bouche ouverte, sur quelqu'un de proche de nous, on arrive [...] pour veiller euh un de nos proches décédés, bouche grande ouverte, c'est pas terrible".

Elle poursuit plus loin : "Je pense que si c'était moi euh… j'apprécierai euh d'avoir une personne avec une [pause] bouche fermée, yeux fermés, juste comme endormie et peut-être juste, voilà euh… dans une… un côté un peu… paisible, en fait. Mais voir quelqu'un qui a un visage un peu… déformé euh… yeux ouverts, bouche ouverte euh… ça ça laisse une espèce d'impression de douleur euh… de… [...] de pas être confortable en fait."

Avec beaucoup d'hésitations dans son discours, elle explique comme il est angoissant pour elle de "forcer" au corps à corps lors de manipulations soignantes. Ce qui est "bizarre", c'est justement cette dimension sensorielle étrange qui active des angoisses archaïques : "sentir déjà une rigidité cadavérique [...] un toucher de… [tape deux coups sur la table] de bois quoi". Elle répète : "c'est dur dur dur" pour parler de ce toucher particulier au sens littéral, mais l'on peut aussi entendre ici quelque chose de cette angoisse sous-jacente à un niveau plus symbolique : c'est difficile, c'est éprouvant. Ce corps devenu dur "peut craquer". Une

saturation sensorielle la “dégoûte”, la “révulse”, la culpabilise aussi : “Ça veut dire on a vraiment genre forcé”. Elle décrit : “Je prends la mâchoire et je la remonte, et je sens que ça craquotte, ça craquotte, parce qu’en fait bah, c’est des os de mamie papi, c’est… ça s’effrite tout seul… [baisse le ton : C’est pas… c’est pas terrible quand même]”. Le délitement de son discours fait penser à des affects dépressifs qui se mobilisent.

Le rapport au cadavre d’Handy est ambivalent. Sa fonction permet de sublimer l’effroi, son identification à la famille la protège : il y a à gommer les stigmates de la mort pour tendre vers la représentation d’une *bonne mort*.

Cette confrontation au cadavre au risque de l’effraction peut laisser des traces, des affects traumatiques qui restent en suspens et ne sont pas intégrés.

Fred raconte ainsi sa toute première confrontation à un cadavre au travail, lors de la visite-même de son premier service avant d’y travailler en tant qu’agent hospitalier : “La première chose que je vois, c'est dans une chambre un corps. [rire léger] Quelqu’un de mort”. La juxtaposition des séquences courtes dans son discours marque quelque chose de la brutalité de la scène.

La question de la première confrontation au cadavre se retrouve chez d’autres comme Lou, Handy, Charlie, Nell et Val. Cette dernière reste marquée par sa première confrontation à un corps mort en stage, lorsqu’elle avait 17 ans : “En fait je l’ai vu dans son lit, décédé. Habillé et tout. [...] Alors c’est un bon souvenir parce qu’il était bien, enfin beau, je veux dire. Mais mauvais quand même parce que en fait... ben on m’a pas accompagné en fait”. L’étayage par l’équipe apparaît comme un facteur de protection ou de risque lorsqu’il fait défaut.

Cela a aussi été le cas pour Nell, qui s’est sentie obligée par son équipe de pratiquer une toilette mortuaire sur une patiente dont elle ne s’était jamais occupée alors qu’elle était stagiaire : “Alors après c’était parce que voilà y avait un décès bah… « Tiens t’es, [Nell] tu connais pas, bah on va vous, on va t’expliquer comment »… Mais euh… [...] est-ce que j’aurais préféré euh… m’occu-per de quelqu’un que, dont je m’étais… occu- ‘fin voyez c’est je sais pas, comment ça aurait pu…” Ici le rapport au cadavre rencontre la question de la relation à la personne décédée de son vivant.

Dans la découverte et plus largement dans la confrontation au corps mort, **la question de la limite entre la vie et la mort apparaît comme particulièrement angoissante et traumatogène, pris.es dans ce jeu d’identification à la fois au corps mort dans une inquiétante étrangeté, et en même temps aux familles**.

Handy, Manu, Charlie, Nell, Fred et Val mentionnent spécifiquement réaliser des soins mortuaires à l’intention des familles, voire même dans la perspective des funérailles à venir. Leur but est de rendre la personne décédée “présentable” en chambre afin de permettre un recueillement intimiste, avant que le corps n’aille en chambre mortuaire où “il y a d’autres corps en présence” (Manu). Un véritable temps d’accompagnement de l’entourage où les

soignant.es qui en parlent décrivent les petites attentions qui le composent : “Leur dire : « Est-ce qu’il y a du monde qui va venir encore ? [...] Est-ce que vous voulez participer à la toilette ? »” (Charlie). Nell explique : “On leur propose, on dit [...] : « Ce qu’on vous propose c’est que on s’occupe de lui. On vient vous rechercher une fois que c’est terminé. » Donc là y a plus… on enlève [...] toutes les perfusions… Vous voyez on les, les met bien…”. Pour Val aussi : “Bien sûr que c’est pour le patient, mais le patient, pour moi il ne le ressent-, enfin, i-il ne le ressentira pas parce qu’il est mort. [...] Quand on met les patients au propre, qu’on les met bien, on les installe comme il faut etc, pour moi c’est vraiment pour les familles.”

Ces mécanismes peuvent amener à s'imaginer à la place les uns et des autres. Handy réfléchit : “J’aimerais aussi que si moi dans ma famille quelqu’un décède [...] qu’on s’en occupe correctement, dignement, et pas euh… comme un chiffon”. Elle poursuit, s'identifiant là encore à la fois au mort et à sa famille qui le regarde, se mettant presque en scène :

“Y a un côté euh… pas apaisé, déjà. Euh… et puis y a un côté où on voit bien le relâchement, euh… du corps. C’est-à-dire que… alors par exemple moi quand je dors, je n’ai pas la bouche fermée. ‘Fin parce que ma… ma mâchoire ne se ferme pas naturellement, c’est musculaire. Et donc euh… sur ces personnes-là qui… en l’occurrence sont comme moi, qui ont la tête un peu comme ça et que du coup leur mâchoire s’ouvre, ça donne oui un espèce d’aspect un peu glauque encore, alors déjà qu’un cadavre c’est quand même pas le plus sympa du monde…“

Élaboration et défenses permettent de construire un discours sur ce qui se joue en elle dans cette confrontation aux cadavres.

Ainsi pour Val, Manu et Kim, l’accompagnement des proches au chevet du ou de la défunte donne un sens à ce temps angoissant où le cadavre demeure dans le service. Pour Val : “C’est hyper important [...] le dernier regard qu’ils vont avoir quand ils vont euh faire la levée du corps, c’est le dernier souvenir qu’ils vont avoir, physiquement. Et si c’est un patient [...] qui s’est dégradé et tout, enfin je, je sais pas... C’est moche ! [...] C’est pas bien.“

L’identification structure ses pratiques d’accompagnement des familles concernant les soins du corps après le décès, avec une grande importance portée à la question de la conservation qui s’étaye sur son expérience professionnelle, surtout dans un contexte de moyens matériels limités : “On a eu des gros soucis, alors c’était des moments où il faisait 35° dans le service, enfin c’était horrible [...] c’est moi qui ai annoncé aux 2 familles : « Ben le plus tôt possible »”. Faire injonction aux familles de précipiter leur recueillement au nom de la préservation du corps semble culpabilisant, elle précise : “Qui l’ont entendu tout de suite, franchement y a aucun souci d'entendre ça. Après, s'ils entendent pas, ben je respecte aussi. Ils ont peut-être aussi besoin effectivement, de rester avec leur proche dans la chambre, de pas venir dans la chambre mortuaire [...] je l’entends”. Ses propres projections semblent jouer dans ce positionnement professionnel et dans la culpabilité qui s’exprime : “Moi je pense que c’est hyper important parce que des fois ils ne savent pas forcément et voilà.”

Ce lien d'accompagnement est empreint d'identification et de projection donc, ce qui peut amener à intégrer les proches dans les soins du corps. Fred fait par exemple deux récits contrastées de toilette mortuaire avec une famille : un récit d'une situation idéalisée qui a permis aux enfants de "raconter leur papa" tout en préparant son corps, un autre où la famille s'est positionnée très différemment, ne participant pas aux soins mais entrant et sortant comme dans une présentation du corps. Une situation difficilement tenable pour la soignante : "J'ai dit : « Je suis désolée, c'est pas une exposition », donc c'était soit les deux filles viennent euh… avec nous mais c-, finalement ce n'est peut-être pas leur demande, donc : « Je vais vous demander de sortir puis on va finir la toilette et vous re-rentrerez après»". Une projection du temps de soin comme rituel de deuil qui peut être opérante ou non selon la dynamique intersubjective entre professionnel.les et entourage.

Car les discours des différent.es soignant.es témoignent de véritables, et en même temps spécifiques, **affects de deuil réactionnels à la perte de la relation** avec le ou la patiente en tant que sujet qui arrivent à la confrontation au cadavre. Le jeu d'identification aux familles leur fait vivre sur un mode imaginaire quelque chose de la perte d'un proche, voire réactivent la trace de deuils personnels.

C'est le cas de Val, dont les pratiques après le décès s'étayent aussi (et c'est aussi cela qu'elle projette sur les familles) sur son expérience personnelle de la mort de son grand-père, qu'elle raconte du diagnostic d'une maladie grave d'évolution rapide jusqu'à ses funérailles. Dans l'échantillon, 9 participant.es (soit environ les 3/4) ont associé sur des situations personnelles en lien avec la mort, relatives à un ou plusieurs deuils, parfois à un risque de mort pour soi-même. Il s'agissait le plus souvent de membres de leur famille : un grand-parent, un parent, un enfant, un aïeul, des oncles et tantes, une amie proche.

Manu aussi étaye sa pratique de soin des morts sur son expérience personnelle : "J'pense que pour nous [la famille de son défunt personnel ndlr], mais même pour lui. J'pense que c'était euh… nécessaire, d'être… bien. [...] C'était bien qu'il soit… présentable". Ici le souci du soin au défunt allie à la fois une représentation tolérable du mort qui s'intègre au processus de deuil, et une croyance qui se construit où il souhaite, par voie d'identification malgré son angoisse, rendre les défunt.es fier.es de leur propre image. Il s'agit, comme pour Handy et Val, d'embellir le cadavre tout en lui donnant l'apparence du sommeil comme représentation relative à la bonne mort.

Le souci des soins au corps mort met aussi en avant la question des valeurs, des croyances, voire des rites personnels qui semblent étayer les pratiques. Neuf participant.es parlent ainsi de leurs propres croyances. Charlie dit que ce "côté religieux personnel de l'esprit" lui permet d'aborder la fin de vie et la mort. Elle s'ancre aussi dans les coutumes de sa région natale : "En [région] on continue, nous à accompagner nos… à faire nos veillées euh… pendant trois jours [...] Et euh c'est vrai que… bah, ouais mes enfants [adolescents] ont déjà vu une personne euh… [pause] morte."

Handy constate cela dans son équipe : “On voit qu’on n’a pas du tout, selon les valeurs, personnelles et selon euh… les habitudes de chacun, on n’a pas la même façon d’appréhender en fait un décès, et un, un mort en fait, un corps [...] mort.” La concernant, elle dit : “Moi euh… je… crois euh, j’ai j’ai des croyances, euh, religieuses”. Il semble difficile pour elle d’énoncer ce propos, cela semble empreint d’une culpabilité liée à la dimension subjective de la croyance, sans doute en lien avec la *distance professionnelle* inculquée aux soignant.es.

Des croyances religieuses, des rites culturels, ou encore des créations toutes personnelles qui concourent à pouvoir faire le travail. C’est le cas, par exemple, de Manu qui, malgré son angoisse à être confronté au cadavre, a à cœur de rendre les défunts présentables dans l’idée qu’ils et elles soient fiers de leur image dans un au-delà, s’il y a.

Des croyances aussi qui sont propres à une forme de sub-culture soignante concernant la mort et les morts. Ainsi Val, Tann et Vic, qui travaillent dans la même équipe, parlent de “la mouche” qui annonce un décès lorsqu’elle paraît dans un service. Lou décrit une croyance dans son service qui donne lieu à un véritable rituel : après un décès, surtout s’il survient après une réanimation en ce qu’elle est traumatique pour le corps, l’équipe fait une “petite pause” pour laisser le corps “se reposer” et ce faisant ouvre la fenêtre pour laisser sortir “l’âme”.

Le rituel opère comme un soin qui vient réparer quelque chose lié à un sentiment de culpabilité après une réanimation qui abîme le corps car “les corps des fois ils sont meurtris”, peut-être aussi à l’échec du *cure*. Il symbolise en même temps une séparation physique et affective avec la personne décédée : “C’est nécessaire pour tout le monde je pense [...] Autant pour les soignants qui sortent d’une réanimation, passer tout de suite sur le décès… Je pense qu’il vaut mieux faire une petite pause entre les deux. Et pour le patient, comme je vous dis, c’est tellement traumatique pour le corps”. Elle explicite : “Des fois ça dure 1 heure, franchement il n’y a rien de plus traumatisant qu’une réanimation pour un corps. Donc au final, on fait une petite pause, on le laisse un peu tranquille, on va boire un coup et après on revient.”

Ici quelque chose de l’oralité semble aussi réparateur après ces situations éprouvantes, débordantes, culpabilisantes : “C’est traumatisant. Parfois quand on les masse pendant longtemps, ils ont des grosses plaies au niveau de la cage thoracique, on a très bien senti parfois que pendant le massage que des côtes se cassaient, des choses comme ça donc c’est vrai que.. une petite pause quoi”. Pat et Charlie aussi font référence à leur difficulté liée à ces côtes que l’on casse lors d’un massage cardiaque. Abîmer le corps mourant semble particulièrement angoissant et culpabilisant et revêt un caractère définitif sur le cadavre après le décès.

De manière plus générale, il ressort des discours que **la confrontation à des corps abîmés est particulièrement angoissante**, ce qui rejoint le propos de Fornezzo sur les morts considérées comme sales ou difficiles (2021). Là encore, en parler au travers de situations cliniques rend une pensée possible et supportable face à l’archaïsme que mobilise la perception sensorielle du corps dégradé.

Val par exemple parle de ces corps retrouvés dans “des mauvaises positions”. Un corps marqué par une double étrangeté : à la fois mort et dans une position inhabituelle. Le trou de pensée laissé par cette situation tend à être élaboré sur un mode imaginaire et dans un mouvement identificatoire, comme le faisait d’ailleurs Handy : “Ils ont souffert peut-être”. Val développe en s’appuyant sur des situations cliniques, dans un discours qui se veut très visuel et donne en partage ses représentations : “La langue qui pendait comme ça, 'fin horrible” ou encore “un patient par exemple que je retrouve décédé [...] entre la table de nuit et le lit par terre, comme ça, mort”. Là aussi elle cherche à mettre en sens : “Et là on se dit [...] est-ce qu’il est tombé parce qu’il est tombé, ou est-ce qu’il est tombé parce qu’en fait il étouffait et que du coup il a cherché à avoir de l’air et qu'il est tombé ? Enfin voilà.”

Cela contraste avec la représentation d’une bonne mort comme mort sereine : “Alors autant des fois il y a des patients qu’on voit ils sont bien, [...] là ça va. Mais quand c’est dans des sacrées positions ou qu’on se rend compte qu’il a avalé sa langue, ou qu’en fait ben il s’est mordu donc du coup il y a peut-être d’autres choses qui se sont passées entre-temps.” Ici l’altération de l’intégrité corporelle, pour laquelle elle projette une souffrance au moment de la mort, semble majorer l’angoisse liée à la confrontation au cadavre. Une certaine forme de maîtrise liée à la fonction soignante semble être mise en défaut. La référence au groupe de pairs par l’emploi du pronom “nous” paraît agir comme un soutien dans cette situation.

Handy aussi raconte ce type de situations à la lumière d’un étayage par les pairs qui permet de faire face : “Je crois que c’était la nuit, les filles euh… [...] le voient euh à moitié penché en d- alors il avait ses jambes en dehors du lit, et puis penché sur sa barrière la tête contre le matelas”. Là aussi la question de la limite entre la vie et la mort se pose, les soignantes constatant le décès lors de la manipulation du patient : “Et là elles s’approchent toutes les deux en fait le monsieur était décédé euh… par-dessus sa barrière là euh… Pareil euh… il commençait à être dans une rigidité cadavérique euh…” La position du corps, l’état funeste dans lequel il est trouvé sont angoissants, potentiellement traumatiques, et à cela s’ajoute la surprise d’un décès inattendu et la question de la limite entre la vie et la mort. S’approcher du corps à plusieurs aide à faire face.

Dans cette angoisse liée au corps mort abîmé se trouve par ailleurs une notion de décomposition chez 4 participant.es, dont il est notable qu’il et elles appartiennent à la même équipe, aussi cette dimension revêt peut-être un aspect groupal dans le service. Val et Handy en parlent concernant les problématiques institutionnelles et en termes de moyens techniques, Kim fait par exemple le récit d’une situation commune vécue avec Handy[48] :

“Même pour conserver le corps ou quoi que ce soit, ça a été très compliqué quoi [...] la table [réfrigérée, ndlr] elle fonctionnait pas, on a dû mettre un dans un box de soin, mais 18°C, c’était ce qu’on pouvait faire de [pause] plus frais en fait. Sauf que ça conserve pas [plus

[48] Il est notable que toutes deux se réfèrent à cette même situation clinique dans leurs entretiens, à priori sans s’être concertées.

bas] [...] il est parti que le… lendemain. À 17h. Et il était décédé à 21h. Donc euh c'était beaucoup trop long quoi [plus bas]. Puis on était en pleine période de canicule, en plus."

Là encore, le discours se délite sous l'effet de l'angoisse, vraisemblablement du trauma où s'associent l'idée de la décomposition du corps soutenue par l'identification au cadavre et aux familles, et par un sentiment d'impuissance lié à un manque de moyens institutionnels.

Cette même soignante, qui est par ailleurs l'une des plus jeunes de l'échantillon, fait un autre récit d'une situation traumatique où la confrontation à un corps plus dégradé encore la déborde. Elle est intervenue en tant que professionnelle en formation dans un domicile où son équipe a trouvé un corps en décomposition :

"On était tombé sur euh un corps détérioré depuis une semaine et demie [délié] [...] Donc y avait des odeurs, donc y avait les… les policiers, y avait tout le monde, et puis nous on est arrivé. [...] C'est pas beau à voir hein [rit légèrement]. [...] Y a l'odeur euh, y avait tout en fait. Puis à voir l'état du corps, on, c'est vrai que moi j'ai jamais vu un… corps dans cet état-là. C'était tout nécrosé, le visage, y avait des vers, 'fin c'est euh…".

Elle décrit sa stupeur, et les réactions physiques de cet en-trop sensoriel effractant : "L'odeur, elle… donne des remontées, hein c'est…", et sa phrase reste suspendue. Sont condensées ici la dimension sensorielle de la confrontation à la mort majorée par la dégradation du corps, et l'expression de l'angoisse débordante face à des défenses insuffisantes à éviter l'effraction chez une professionnelle alors inexpérimentée. L'expérience semble en effet permettre de mieux se protéger de ce potentiel effractant, que ce soit par la voie de l'élaboration ou de la défense.

Lorsque le corps diffère de la représentation sociale de la bonne mort, apaisée, qui laisse un corps serein dans un état qui ressemble au sommeil, cela semble encore plus éprouvant pour les professionnel.les qui s'en occupent jusqu'au relai vers le funéraire.

Charlie développe une réflexion critique sur le tabou de la mort lié à ce caractère angoissant du cadavre, qui en éloigne les vivant.es et norme l'apparence des corps :

"Comme euh… la bouche ouverte ! Il faut pas qu'il soit la bouche ouverte… mais malheureusement, s'il a pas de dentier… euh… suivant sa pathologie, on peut pas tout enlever, donc euh euh, fermer la bouche, oui, mais, moi je suis pas pour la notion de ce bandage extrême qui colle là comme ça... Bah… C'est pas représentatif. Après qu'il ait la bouche légèrement - entrouverte ça ne… ça n'empire pas la situation [...] c'est même plus naturel, dans la situation. Bien sûr qu'il a les yeux fermés. Mais euh… voilà. [...] Faut qu'il soit parfait, faut qu'il soit pas bleu, faut qu'il soit pas… froid. Faut pas qu'il soit tout ça !"

Elle rattache ces injonctions (adhérant néanmoins à celle portant sur les yeux, sous-tendue peut-être le fantasme d'un regard du cadavre) au tabou de la mort interdite : "On est de toute façon dans une société où on ne veut plus euh… 'fin la mort ne doit plus faire partie de euh… [pause] ben de la pensée... être envisagée euh…" Ce mouvement projectif sur ce qui

est supportable ou pas de voir d'un corps mort est marqué par une ambivalence entre vouloir restituer un caractère naturel à la mort et une difficulté à y être confrontée tout à fait. Le rapport contrasté entre la bouche (qui pourrait rester ouverte) et les yeux (qui doivent être fermés) en témoigne. Peut-être ces éléments du visage relèvent-ils d'une charge pulsionnelle spécifique pour elle, orale et scopique ?

Beaucoup de ces soignant.es expriment donc une angoisse dans leur confrontation au corps mort, mais aussi **un investissement de leur fonction soignante et des représentations qu'ils et elles en ont qui leur permet de faire ce travail jusqu'à la sortie du service**. Mais des mouvements de déliaison groupaux sont aussi observés dans leurs équipes.

Gwen décrit ainsi les mobilisations défensives qu'elle observe chez des collègues, surtout les plus jeunes :

"Ça se fait de manière euh... pas sans sentiment, mais euh… Et puis après voilà, la toilette mortuaire et on enlève tout, et ça discute dans les chambres. [...] On pallie à… Voilà, on veut pas voir la mort je pense. Hein. [...] On veut s'échapper de, de ça. En fait on voit pas le patient en tant que... patient mort. Mais en tant que quelqu'un qui faut détechniquer, enlever les tubes, les tuyaux, les machins, pour bien le présenter à sa famille après."

Ici le rapport à la technique semble permettre une maîtrise de la situation en même temps qu'une distance protectrice qui évite de se confronter à l'angoisse face au cadavre.

Il est ainsi difficile, voire impossible pour certaines personnes d'effectuer une toilette mortuaire. Charlie raconte : "Ça m'est arrivé de pas avoir un décès dans mon secteur, et que l'aide-soignante euh… du secteur ne se sente pas euh… à faire elle-même la toilette." En tant que soignante plus expérimentée, elle remplace la collègue indépendamment de l'existence d'un lien ou pas avec la personne décédée, "parce que pour elle ce sera trop… difficile". Pour elle, c'est une démarche de soin qu'il ne faut pas forcer car "c'est vraiment particulier" : "Vous lavez quelqu'un qui est mort mais en même temps pour vous, vous l'avez vu vivant".

Val aussi prend cette place particulière dans son équipe, comme une fonction phorique face à la toilette mortuaire qui expose au corps à corps si angoissant avec le cadavre : "Il y a beaucoup de collègues qui ont... pas qui ont peur mais je pense qu'ils appréhendent un petit peu là, déjà le la, toilette mortuaire [...] Il y en a que si elles peuvent ne pas faire la toilette mortuaire et que ce soit d'autres qui le... qui la réalisent euh, voilà."

Elle se montre empathique : "Le rapport à la mort n'est pas toujours évident pour tout le monde". Alors elle prend cette place : " Moi franchement je le fais euh, pour moi c'est quelque chose de normal". S'exposer à l'angoisse du corps mort là où les collègues ne le peuvent pas semble relever d'une position masochique, héroïque voire sacrificielle. Une dimension du positionnement soignant qui se retrouve chez tous les membres de l'échantillon.

Une possible appréhension du corps mort dans leur travail semble s'étayer sur cette fonction du *care* spécifique aux professions soignantes. **Il s'agit de prendre soin des morts**, à la fois par une attitude de respect et par des soins techniques qui suivent le décès et sont protocolisés. L'attention mise dans les soins mortuaires par certain.es soignant.es rencontré.es en témoignent. Manu précise que cela est encore plus important quand la personne est sans entourage, croissant la question du cadavre avec celle du décès esseulé.e

Poser des actes de soins mus par ces valeurs humanistes structure leur travail dans une volonté de faire "bien", comme cela a été précisé plus haut. Quelque chose d'une formation réactionnelle protectrice les anime aussi, il s'agit de "mettre au propre" les défunt.es et de les rendre "tout nickel" comme dit Val. D'autant plus que manipuler des cadavres expose à des représentations de saletés, de contagiosité : "Des fois quand on le tourne il va y avoir beaucoup de sécrétions qui sortent de la bouche [...]. Là bien sûr je vais le mettre au propre parce que c'est, c'est obligatoire."

Des traits obsessionnels s'expriment sans doute pour certain.es de ces soignant.es face à des stimuli qui relèvent de l'analité. Se retrouve par ailleurs la double valence du cadavre comme objet et comme sujet.

Ce *prendre soin* particulier du corps mort s'étaye sur des représentations personnelles et professionnelles, mais aussi sur le discours de la personne décédée de son vivant. Cela est important notamment pour Nell et Lou. Par exemple, cette dernière, dans une perspective de *bien faire son travail*, tient particulièrement à adapter ses soins mortuaires à la subjectivité de la personne décédée. Cela est aidant en ce que ça structure son travail :

"Quand le patient a pu nous parler avant et qu'il sait très bien qu'il va décéder… des conditions qu'il voudrait qu'on respecte, là il n'y a pas de carte blanche [...], on sait très bien ce qu'il veut et ce qu'il faut faire. [...] On s'y tiendra quoi qu'il en soit. C'est selon sa volonté, ses souhaits donc peu importe la croyance des gens en face, on le fera. [...] à partir du moment où il a pu s'exprimer et nous dire ce qu'il voulait [...] on fait vraiment ce qu'il souhaite ".

Ce soin aux mort.es relève aussi d'un univers propre aux métiers du soin. Handy souligne le caractère finalement assez exceptionnel de son rapport aux cadavres dans son travail par rapport à la population générale et à ses proches. De véritables "coulisses" : "On… peut avoir une personne de notre famille par exemple qui décède, mais [...] on va pas avoir à manipuler, à avoir tout ce côté un peu glauque euh… du derrière de… de la scène". Une métaphore qui relève du spectaculaire et qui confère de manière ambivalente une valeur narcissisante à cette tâche alors que "c'est jamais plaisant".

Prendre soin du corps mort rend plus supportable la confrontation au cadavre. Mais cela semble mis à mal lorsque les soignant.es ont l'impression que le corps n'est pas traité comme il le faudrait. **Quand existe un sentiment d'indignité dans le soin au cadavre, les valeurs qui sous-tendent leur tâche semblent mises à mal**, et en même temps une certaine maîtrise protectrice paraît mise en défaut. La majoration de l'angoisse qui en résulte entraîne

un sentiment de révolte. Huit participant.es le mentionnent dans leur discours, cela émerge le plus souvent au détour d'un récit clinique.

Par exemple, Oliv raconte sa difficulté à faire venir un médecin de nuit pour constater un décès. Celui-ci lui demande de vérifier la mort par un Électro-Encéphalogramme, pratique peu courante qui lui semblait disproportionnée. Elle raconte qu'elle comprend la démarche du médecin comme un évitement qui vise à différer cette tâche : "Je l'ai rappelé en disant : "Bah c'est plat hein, c'est bien ce que je te disais, faut peut-être monter." Il a encore différé sa venue.

Ce qui l'a heurtée dans cette situation, c'est "que c'est pas une urgence". Pour elle, le mort était traité avec une forme de dédain inconvenant là où elle aurait souhaité que le médecin fasse l'*effort*, intègre par-là dans son travail le constat du décès au même titre qu'une intervention auprès d'une personne vivante qui est prioritaire au titre du *cure*.

Cela peut mettre les professionnel.les du paramédical dans des positions délicates en ce qu'il devient difficile de faire leur travail de soins du corps, là aussi à l'interface entre la personne décédée, sa famille et le funéraire.

Handy explique par exemple lors de son discours sur sa difficile confrontation aux rigidités cadavériques : "Nous on n'a pas le droit de la toucher [de faire des soins mortuaires, ndlr] tant que personne n'a… fait de const- de constatation. Donc euh… bah du coup on était là à attendre euh… du coup la dame bah y a eu une [pause] rigidité cadavérique qui s'est, qui s'est mise en place alors qu'on aurait pu… faire mieux".

Il semble qu'il y ait une temporalité nécessaire à ces professionnel.les qui permette une représentation de dignité suffisante. **Un traitement suffisamment digne du cadavre** dans l'optique de Winnicott à propos du maternage et de la parentalité, au regard de son humanité et de la relation qui a précédé la mort. Cela parle aussi des affects de deuil qui émergent chez les soignant.es au moment de la mort, spécifiques à leur fonction. Temps du constat pour Oliv, mais aussi un temps qui semble s'inscrire dans une dynamique de deuil comme l'exprimait Lou avec le rituel de la "pause".

Lorsque ce temps est trop court cela rend la séparation brutale. Tann mentionne par exemple l'enchaînement qu'elle trouve parfois rapide entre un décès et l'admission d'une nouvelle personne dans la chambre. Elle explique :

"Donc là le patient est décédé, il est encore dans le service et il y a déjà un prochain patient qui est prévu, qui arrive à quinze heures. Donc déjà c'est un peu compliqué, parce que même nous, en tant que soignants, euh voilà euh, on a un patient qui vient de décéder, on a massé. Faut, faut voilà, d- juste après faut réinstaller quelqu'un, c'est compliqué."

La question du massage cardiaque qui n'a pas permis d'éviter la mort revient ici. Elle interroge à la fois la question de l'impuissance du *cure* face à l'inexorable de la mort, et cette question de la limite entre la vie et la mort, le trépas survenant pendant le massage et le

massage d'une personne vivante s'achevant par celui d'un cadavre au toucher si étrange, qui requiert un traitement particulier au vu de la dignité spécifique due à cet état.

Ce délai en chambre décrit comme parfois trop court, ne laissant pas le temps du rituel et dont la sortie rapide du service porte atteinte à la dignité, peut néanmoins être vécu comme trop long par d'autres. Cela génère alors aussi un sentiment d'indignité qui semble recouvrir de manière défensive la question de l'angoisse.

Kim explique ainsi :

"C'est un corps et que voilà, on peut pas le laisser dans la chambre, et que faut le respecter aussi, qu'il soit à la morgue [...]. Au frais, conservé, etc. Pour qu'aussi euh, il se détériore pas, que la famille euh puisse avoir aussi euh pendant la cérémonie euh, avoir un corps qui est encore assez encore euh… Voilà, y a le respect du corps aussi."

L'idée de la décomposition entraîne encore ici une angoisse de mort. L'identification à la famille amène par ailleurs une angoisse abandonnique plus secondarisée face à ce corps qui reste longtemps en chambre par défaut de moyens techniques ou humains pour le conduire en chambre mortuaire, alors que la famille souhaite attendre dans le service que le corps soit conduit en chambre mortuaire mais que le temps s'étire : " Ils sont là : « Bah ils sont où ? Est-ce que vous l'emmenez ? », « Bah non, bah pas tout de suite, ils sont pas là… », enfin…" Elle trouve cela difficile pour les familles : "C'est l'attente aussi pour euh les familles de se dire : « Bah nous on part, et lui il reste en fait dans la chambre comme ça, il attend », 'fin voilà".

Se retrouve aussi chez elle cette l'idée que le corps mort est traité comme moins important qu'un corps vivant, n'est plus une priorité, ce qui peut différer l'intervention de brancardage comme pour Handy : "Le respect, 'fin c'est surtout de dire : « Bah de toute manière il est décédé, c'est pas pressé ». C'est plutôt respecter le corps, en fait, de la personne : oui, il est décédé, mais ce serait bien qu'il soit dans un lieu approprié".

La chambre mortuaire comme lieu approprié pour la conservation du corps comme sujet, mais aussi pour mettre à distance cet objet qui angoisse, comme chez Kim : "C'est plus approprié, et puis euh voilà, on essaye de faire en sorte [pause] que les gens ne rentrent pas, mais ils sont pas toujours au courant. Quelques fois on a des femmes de ménage qui rentrent dedans, 'fin voilà. Et même pour elles. Elles rentrent, elles font : « Qu'est-ce qui se passe ? » [rire léger]", conclut-elle dans un rire défensif.

Un traitement suffisamment digne du corps mort qui passe par une certaine temporalité, mais aussi par une somme d'actes minimums. Des actes de soin qui touchent à la présentation du corps et à sa conservation. Kim et Handy ont finalement un éprouvé similaire à celui d'Oliv concernant la priorisation du corps mort par rapport aux vivant.es, qui peut entraîner un traitement insuffisamment digne de ce corps.

Handy raconte ainsi une situation clinique où l'équipe de brancardage avait refusé de faire deux allers-retours pour deux corps dans le même service et avait proposé de transporter

les deux corps en même temps. Cette situation parle aussi des difficultés que peuvent éprouver ces professionnel.les qui transportent les corps défunts.

Handy avait refusé car une famille était en train de se recueillir auprès de son défunt. Transportant ce deuxième corps avec une collègue, elle ne trouve pas de place dans les réfrigérateurs, qui étaient pleins ou en panne. Des corps reposaient sur des tables réfrigérées, couverts par des draps. Une séparation souple et fine qui semble dans son discours n'être pas assez contenante pour le corps mort, ni assez pare-excitante pour elle.

Elle en dit que "ça a été l'horreur [...] c'est pas parce que ils sont décédés que ça y est euh… c'est pas grave on s'en fout." Cela met à mal ses "valeurs", au regard de ses "croyances" religieuses, mais surtout d'un point de vue humaniste : "C'est important de même si c'-est quelqu'un qui est mort, c'était une personne, c'était pas un… c'est pas un morceau de chiffon, ça devient pas euh… une table ou une chaise euh… comme ça donc, moi y a beaucoup de respect quand je m'occupe des gens euh… qui qui décèdent".

Son angoisse se meut en colère qu'elle adresse à l'institution, insuffisante à la contenir par son manque de moyens. Par cette voie de la projection des affects, elle semble prise dans une lutte subjectivante pour la personne défunte, contre son objectivation au regard de la mort. Lorsque des soins font défaut ou sont carencés, cela suscite une colère prise dans les valeurs soignantes et dans les jeux identificatoires croisés. Handy précise concernant cette même situation partagée : "Ce côté où… il est même pas protégé, 'fin y a un drap lancé dessus euh… [...] j'aimerais pas qu'on traite ma mère comme ça en fait. Voilà, j'aimerais juste pas ça. J'aimerais pas qu'on me traite comme ça."

Elle raconte une autre situation similaire, où elle a dû brancarder un corps dans une salle de veillée insuffisamment équipée car la chambre mortuaire manquait de place :

"Là c'était vraiment posé sur une table froide hop quoi, parce qu'y a pas de place. [...] Moi je suis là, j'ai un corps, je… veux pas le laisser comme ça [...] déjà l-l'idée des frigos me plaît pas, mais alors l'idée d'une salle de veillée sans que le corps il ait été préparé, et qu'il soit pas réfrigéré, juste refroidi, je suis pas sûre que ce soit super génial".

Être contrainte d'agir contre ses valeurs entraîne un sentiment de culpabilité qui s'ajoute à l'angoisse archaïque liée à la représentation de la putréfaction du cadavre. La formulation à la voie indirecte et négative montre à la fois sa colère et une tentative de distanciation défensive.

Charlie aussi décrit des situations identiques, au regard de sa longue carrière : "Et encore euh là euh… là c'est une chambre hein. Hein en gériatrie euh… on avait une table refroidissante euh, je me suis vue mettre trois corps les uns euh les uns sur les autres hein. Avec des corps par terre hein."

Cette soignante la plus expérimentée de l'échantillon a vécu des situations difficiles, qui la mettent en situation d'agir à l'encontre de ses valeurs et de se sentir maltraitante à

l'endroit des défunt.es. L'actualité des affects dans l'énonciation laisse penser à des éléments traumatiques restés en suspens. Évoquant ces expériences, elle s'exclame à plusieurs reprises : "C'était horrible !". Il est difficile pour elle d'explorer plus avant cet affect, elle ne peut qu'en dire avoir été heurtée par "le non-respect" à l'égard des personnes décédées.

Elle parle de l'évolution du rapport au cadavre et des soins à lui prodiguer, et décrit la dimension là encore traumatique d'une exposition au cadavre comme objet de contagion, qui entraîne un traitement institutionnel marqué par une forte maîtrise défensive : "Moi j'ai connu l'époque où il fallait les bourrer de coton. Vous remontez… votre coton… à la pince… que ce soit par en bas… que ce soit par en haut. [...] Dans tous les orifices. Tous les orifices devaient être bouchés. [...] Il fallait presque à la limite coudre !" Elle explique : "C'était pour pas qu'ils se vident [...] Il fallait pas qu'il perde ses liquides. Je sais pas pourquoi. Parce que on n'en perd pas pour [léger rire], 'fin on n'en perd pas quand on meurt".

Se condensent encore une fois l'expression d'angoisse et de défenses, avec peut-être aussi une dimension pulsionnelle dans l'accès à l'intérieur du corps. Il peut s'agir ici d'une pulsion archaïque telle que Mélanie Klein la décrit quant à l'avidité de l'intérieur du corps, mais aussi peut-être une dimension plus secondarisée qui relèverait de l'anal et du génital. Le bourrage devient un geste transgressif potentiellement traumatogène par l'excès d'excitation et d'angoisse qu'il suscite. Il ne fait pas sens pour elle et reste inaccessible à la pensée. Elle évite d'élaborer plus avant : "De toute façon on le pratique plus hein".

Dans ces cas-là, les difficultés institutionnelles qui s'accumulent forment un trop plein traumatogène. Handy, concernant l'expérience de brancardage partagée avec Kim, explique comme cela peut être usant :

"On essaye de monter le corps, mais alors déjà il fallait appeler un mec de la sécu, bref toute une histoire. Et là, le brancard [pause] ne passe pas [pause] dans l'ascenseur [pause] pour faire monter le corps. Il est 21 heures 30, ça fait euh… une heure qu'on est à la morgue moi et [Kim], on s'est regardées on… en fait on riait nerveusement quoi. Comment est-ce que tout peut aussi mal se passer, du début à la fin ?"

Son discours est scandé, elle nous plonge dans l'action avec elle. Ses affects d'angoisse et de colère se muent en une plainte institutionnelle agressive par la voie de la projection :

"Après nous, bah y a personne qui va la faire. [en riant : Donc nous] on ramasse la merde et puis on fait ce qu'on peut avec quoi. Et c'est ça qui est frustrant. C'est de se retrouver dans ce genre de situations qui sont pas dignes, ni pour les patients, du coup pour les gens qui sont décédés, ni pour leur famille, parce que j'aimerais pas qu'on traite quelqu'un de ma famille comme ça, et ni pour nous, parce qu'ils nous mettent dans des situations qui déjà à la base, transporter un corps à la morgue c'est pas sympa comme ambiance, et y a que des… problèmes en fait. Même vos frigos ils… marchent pas, 'fin… On arrive à un stade où après tu te dis : « Beh… tout le monde se fout de nous en fait ». [...] Et tout le monde s'en fout qu'on traite les gens comme ça."

Les carences du cadre institutionnel sont finalement vécues sur un mode abandonnique. L'identification au corps mort et aux familles reste présente en filigrane.

Prendre soin des morts apparaît essentiel pour les soignant.es rencontré.es. Mais **prodiguer des soins suffisamment dignes demande un étayage institutionnel suffisamment solide**.

Manu décrit par exemple une autre difficulté : celle des décès en chambre double qui exposent le ou la voisine et son entourage au corps mort, avec pour seul outil un paravent qui lui paraît être une bien mince protection. Les besoins des mort.es et ceux des vivant.es se télescopent. La fonction soignante semble prise dans une injonction paradoxale.

Pour les un.es comme pour les autres, la question de la relation et de l'identification est centrale. Car le *prendre soin* des défunt.es s'inscrit dans une continuité, fait sens au regard de la relation qui préexistait.

Nell l'explique aussi dans son récit de sa première toilette mortuaire, pour une patiente inconnue d'elle : "Je me sentais pas légitime [...] dans cette mort-là finalement, parce que je me dis : « Je me suis pas occupée de cette dame, je la connais pas, je vous connais pas »". Le passage du passé au présent dans l'énonciation marque une certaine forme d'actualité des affects.

Il est notable que cette véritable prise en soins des corps morts s'axe autour de deux contextes formels, mentionnés en filigrane dans les discours sur les cadavres. L'un fait partie des tâches attachées à la fonction soignante : la toilette mortuaire. L'autre relève plus d'un débordement de tâche par manque de moyen : le brancardage en chambre mortuaire.

La toilette mortuaire ressort comme un temps particulier en ce que c'est à la fois un soin, qui ressemble à celui des vivant.es, mais qui sera le dernier, sur un corps mort. C'est aussi un moment formel, protocolisé de la prise en soins. Dix participant.es évoquent ce sujet, dont 4 dans les deux entretiens.

Il s'agit d'un protocole encadré par la législation, que la plupart décrivent, notamment Val et Handy, avec un certain nombre de détails de façon très visuelle (Handy : "Alors on met deux draps, sous le défunt, et un drap par-dessus dont un qu'on referme comme ça ici euh qu'on replie"). Il s'agit de "détechniquer" la personne décédée (Gwen) en enlevant les dispositifs médicaux, puis d'effectuer une toilette qui ressemble beaucoup à celle faite aux vivant.es, comme le précise Nell. La relation se prolonge dans cet ultime soin au corps :

"On parle au patient. On le tourne on fait : « Bah on va vous tourner ». Vous voyez on on reste toujours euh… et… des fois y a des élèves elles sont bah… 'fin on voit l'interrogation sur euh… leur visage, on se dit mais… « Bah oui. C'est quand même euh… oui. » [...] On lui fait les mêmes soins. On fait une toilette euh… on le change [...] on prend soin de lui donc euh… [...] des fois je vois leur regard je dis mais c'est tellement naturel qu'on ne pense même pas à se dire euh… « on va pas lui parler ». On fait notre soin bah : « On va vous tourner »."

La toilette mortuaire semble viser à faire correspondre l'apparence de la personne décédée avec la représentation d'une mort sereine appréhendée comme une bonne mort, une apparence qui ressemble à celle du sommeil. Comme cela a été décrit précédemment, le corps doit être allongé, les membres dépliés. L'apparence du visage est centrale : bouche et yeux fermés, un faciès décontracté.

Handy le développe là aussi dans un discours dont l'énonciation est marquée par l'angoisse et le refoulement, entraînant pauses et hésitations :

"Donc du coup si au moins on peut voilà mettre un faciès, à peu près, [...] c'est pas serein que je cherche en fait comme mot, c'est [pause] comme un ton de voix monocorde [...] bah non j'ai pas le terme, mais en gros [...] une surface au moins qui… qui ne laisse pas de traces visuelles, choquantes [...] de sorte à ce qu'en fait on… ait la tête seulement [...] et que ça fasse plus… plus soigné quoi, en gros, plus soigné."

Elle cherche à former par ses soins "un… faciès de… de sérénité, de paix, un minimum, on lui ferme les yeux, on lui ferme la bouche". Ces gestes revêtent une dimension protectrice : "Voilà parce que de voir un corps comme ça, 'fin c'est quand même super traumatisant". L'identification à l'entourage est étayante encore : "Et, ça peut être encore plus traumatisant en l'occurrence pour les proches. Moi ça me plaît pas, ça me… déjà ça me met mal à l'aise, mais si c'était quelqu'un de proche de moi, je pense que je le vivrais très très mal. C'est un vi- c'est pas une image qu'on a envie de garder, en fait, de… d'un proche. Donc c'est pas nous l'image qu'on a envie de leur laisser."

La toilette se termine par la mise en housse du corps avant le brancardage en chambre mortuaire. Pour Lou ce temps semble marquer tout particulièrement l'altérité du corps mort par rapport au corps vivant et en même temps la séparation qu'opère le décès : "Il y a toujours le moment de mettre le patient dans la housse, ça c'est c'est un moment, ça marque le décès je pense."

Après la toilette mortuaire, le corps est véritablement mort, sa représentation change en même temps que le traitement qui lui est dû. **Cet ultime soin apparaît comme un rituel de séparation qui soutient ce deuil particulier à cette relation singulière**. Une fois finie, pour certain.es c'est comme si le corps était tout à fait désubjectivité pour devenir pleinement cet objet-cadavre. Par exemple Charlie explique que : "La toilette [la] [...] pas plus que ça. La toilette pour [...] c'est [pause] un accompagnement sur euh… le reste mais euh… la chambre mortuaire ouais, ça par contre ouais euh…" Pour Val aussi : "Une fois que la toilette elle est terminée, le patient on ne le touche plus du tout."

Ce soin qui ressemble à celui fait aux vivant.es est rendu singulier par le fait qu'il soit fait sur ce corps mort empreint d'inquiétante étrangeté. Handy sent bien que "c'est pas comme une [pause] toilette normale." Comme Nell et Val, elle raconte comment elle a eu besoin d'appréhender cette tâche particulière, de se l'approprier en s'appuyant sur ses valeurs, en étayant sa pratique sur des exemples et des contre-exemples. Lors du long récit

qu'elle fait de sa première toilette mortuaire qui a heurté ses valeurs, elle explique qu'elle a voulu se positionner en spectatrice. Un positionnement difficile à entendre par ses collègues de l'époque, pour qui ne pas être active alors que les tâches s'accumulaient dans le service ne faisait pas sens ("en fait elles étaient un petit peu… chagrinées du fait que, j'allais pas faire autre chose, du coup pendant ce temps-là, j'allais regarder").

Peut-être y avait-il aussi une dimension opératoire défensive chez ces soignantes qui avaient à manipuler un corps mort. Handy a tenu à "regarder de loin, pour pas... être en plein dans le vif du sujet". Elle s'est positionnée fermement tant elle sentait que cette dimension de son travail était particulière : " Je leur ai pas laissé le choix, parce que… j'en avais besoin".

Il lui semblait que ses collègues traitaient comme le corps un objet : " Vachement [pause] dans le recul, justement. Très euh… dans la distance". Elle analyse : "Plus tard j'ai compris qu'elles se protègent, et qu'on se protège tous". Mais cette situation d'observation l'a mise à mal : "J'ai pas du tout euh… même pris le côté qui pourrait être un peu beau, de la mort, du repos, il avait plus mal, il souffrait plus euh… [...] Y avait juste le fait que... j'étais face à quelque chose que je savais pas gérer, mais les personnes qui étaient en train de le gérer j'aimais pas comment elles le géraient." L'en-trop de maîtrise et de distance défensive chez ses collègues devient délétère pour elle et majore la dimension traumatique de cette première confrontation à un cadavre au travail.

Elle analyse ensuite dans une perspective plus généraliste : "En fait, le, le fait de s'occuper d'un corps, mort, ça a un côté un peu, soit on est un peu euh… je-m'en-foutiste c'est bon il est mort, donc il a plus mal donc je vais pas lui faire mal si euh… je le tourne un peu violemment on va dire. Et euh… y a un autre côté où on se dit bah, on y va avec douceur". C'est ce positionnement là qu'elle souhaite adopter autant que possible, et cela contraste sans doute beaucoup avec les expériences qu'elle décrit où elle est confrontée au soin d'un corps rigidifié.

Elle s'étaye néanmoins sur cette expérience comme un étalon par rapport à l'ensemble de son expérience : "avec le temps et avec les autres décès que j'ai pu faire, je maintiens que cette fois-ci c'était, en fait c'est pas la façon dont moi je voulais m'en occuper".

Avoir à s'occuper des mort.es dans le travail peut aussi entraîner des mouvements désorganisateurs dans l'équipe. Mais en contre-point, des mouvements organisateurs émergent aussi et permettent, par des mécanismes d'alliance et de soutien entre pairs, de faire ce travail ensemble. La croyance de la fenêtre ouverte pour faire sortir l'âme dans l'équipe de Lou en est un exemple.

La toilette mortuaire marque donc la fin de la prise en soins et assure en cela une fonction rituelle. Elle est suivie par la sortie du corps vers la **chambre mortuaire**, le plus souvent opérée par des agents de brancardage, mais finalement régulièrement par les soignant.es. Sept participant.es le mentionnent, soit plus de la moitié.

Pour l'ensemble des soignant.es qui en parlent, conduire un corps en chambre mortuaire apparaît comme une tâche supplémentaire à leur travail, potentiellement débordante dans l'organisation de leur activité et dans les affects que cela mobilise. Ce lieu est vécu globalement comme mortifère en ce qu'il est le lieu des mort.es. Le caractère anonyme des autres corps en présence semble ne pas permettre de mettre un sens à leur confrontation visuelle. Les dimensions traumatogènes sont exacerbées, comme cela a été mentionné concernant les corps d'enfants par exemple.

Lorsque Vic en parle, le qualificatif "horrible" revient à plusieurs reprises. Elle dit que "c'est dur", son souffle ponctue son discours. Elle explique avec un rire défensif :

"Quand tu vois le frigo, quand tu vois… en plus bah tu ouvres le frigo, c'est peut-être un peu… [rire] Mais tu ouvres le frigo, tu vois toutes, tous ces corps, là, euh voilà, alignés. Des fois tu peux tomber sur des corps de bébés euh… Ah j'aime pas du tout."

Charlie le raconte aussi : "Généralement on tourne beaucoup de choses à la dérision. [...] Pour faire comme si euh… voilà. [...] Ce n'est qu'une euh… on va dire une incartade." Alors elle évite d'y penser, limite la confrontation aux stimulations sensorielles ces *autres* corps morts dans "cet endroit glacial qui [est] quand même très très froid. Euh… avec une odeur quand même particulière", en se concentrant sur *son* patient : "Je reste sur le patient… ouais".

Dans la perspective de l'évolution de sa carrière, elle raconte l'évolution des pratiques : "Les week-ends euh… on n'appelait pas les ambulances… avant y avait les ambulances personnelles de l'hôpital. [...] Donc après ils ont fait a- af- appel à des ambulances extérieures, pour emmener, mais bon, pareil. C'était les ambulanciers qui prenaient le décès, et qui emmenaient à la chambre mortuaire ici."

Là aussi, la mise en récit de situation clinique permet d'en développer une pensée, comme le montre par exemple les récits de Kim et Handy. Val décrit également une scène débordante où deux décès ont eu lieu simultanément dans le service. Sans personnel de brancardage disponible, elle était allée "à 3 collègues et 2 brancards" en chambre mortuaire, une distance longue et éprouvante avec "des montées, des descentes" dont elle est revenue épuisée physiquement et "émotionnellement". Elle associe de façon paradoxale : "On aurait dit qu'on avait fait une réanimation quoi". Il s'en dégage l'expression d'une représentation où l'engagement physique, l'énergie déployée pour les mort.es équivaut à celle déployée pour sauver une vie. Le fait qu'elle en fasse la remarque de façon comparative, laisse entendre cette représentation hiérarchisée où les vivant.es sont prioritaires et doivent demander le plus d'effort.

Cet endroit particulier, Handy l'intègre dans la représentation de son métier de façon ambivalente : "Je veux dire le commun des mortels aura jamais [pause] cette vision-là [pause] du corps humain, d'un proche, d'une personne inconnue. Personne [pause] s'occupe des corps [pause] à part un mec à la morgue et nous." Une tâche difficile, mais une fonction sociale qui revêt un caractère exceptionnel, hors du commun. Cela devient même honorifique dans

son élaboration, qu'elle reprend lors du deuxième entretien, et semble revêtir par là une dimension narcissisante restauratrice par rapport à ce caractère usant et angoissant du brancardage en chambre mortuaire.

Lou aussi exprime une certaine ambivalence. Elle porte sur la confrontation angoissante à des corps anonymes, en même temps que le prolongement du lien que cet espace constitue avec les patient.es décédés :

"On se retrouve dans la chambre mortuaire, ouvrir les frigos avec plein de patients qui sont empilés. Plein de patients, en général, que l'on connait déjà. Que l'on retrouve au final: "ah il est encore là" [...] qui sont décédés en réanimation. Ou des patients que l'on connaissait et qui étaient dans les étages. [hésitation] [...] c'est vrai que quand on remonte de la chambre mortuaire, c'est pas une super ambiance."

C'est un lieu dépressiogène où semble s'exprimer des affects liés au deuil en ce qu'elle peut s'y remémorer les personnes décédées qu'elle a accompagnées récemment, mais aussi apprendre le décès d'ancien.nes patient.es qui avaient quitté son service.

Handy décrit aussi ce dernier contact ambivalent, prise dans sa plainte institutionnelle quant au manque de moyen qui carence face à l'angoisse de la confrontation aux cadavres : "Dans la morgue c'est encore pire quoi. [...] Parce que c'est un… dernier… contact en fait, avec cette personne." Lorsqu'elle se sent débordée dans cet endroit mortifère par manque de contenance institutionnelle, l'angoisse se mue en révolte, étayée par ses valeurs morales : "Y a un côté où… le respect pour moi bah… il y est pas. Et ça ça me dérange. Je… oui j'aime pas"

Cette ultime tâche semble en effet faire fonction, au même titre que la toilette mortuaire, de rituel qui clôture l'accompagnement, un accompagnement du corps, physique, et en même temps un point final à l'accompagnement relationnel dans cette continuité entre la vie et la mort. Il peut aussi permettre de se séparer.

Val le décrit, Lou aussi, dans le prolongement de son discours sur la housse mortuaire qui rend le décès plus concret, elle dit que c'est "encore plus concret quand on l'amène dans le frigo." Pour Manu, la toilette associée au transport du corps en chambre mortuaire marquent ce passage par un changement de dénomination et par là de statut : il parle de "patient" pour une personne vivante, de "défunt" pour une même personne décédée : " C'est plus le patient, c'est le défunt". Le terme "défunt" marque le passage du sujet à l'objet, mais comprend encore la trace subjective de la relation soignant-soigné.

La confrontation aux corps morts est empreinte d'enjeux complexes et mobilise angoisses et défenses. Un en-trop d'angoisse peut générer du trauma. Les actes de soins propres à la fonction soignante, ou qui en marquent un prolongement, exposent et contiennent en même temps face à l'angoisse. La fonction de soignant.e donne sens et permet de tenir, elle soigne le corps et protège les professionnel.les.

La relation aussi : il existe un continuum du soin aux vivant.es vers le soin aux mort.es, continuité de la relation au patient ou à la patiente. Il devient ainsi étrange ou intrusif de s'occuper d'un corps inconnu, ou de simplement y être confronté d'un point de vue sensoriel, c'est aussi en cela que la chambre mortuaire est singulièrement angoissante.

Le travail en équipe, mais aussi l'étayage par les valeurs morales et les croyances spirituelles, personnelles ou partagées dans l'équipe, sont protectrices. Associé à la fonction soignante, cela permet d'effectuer un soin qui se veut suffisamment digne des mort.es et ainsi de juguler le potentiel traumatique. Mais cela demande à ce que le cadre institutionnel soit suffisamment contenant, sans quoi le risque traumatique paraît majoré.

B-2 : Le moment de la mort

Conditions au moment du décès

Le moment du trépas et les conditions qui l'accompagnent est fréquemment mis en avant par les participant.es. Il s'agit de souligner la temporalité du trépas et les circonstances plus ou moins marquantes ou souhaitables qui le contextualisent pour les soignant.es.

Le trépas semble représenter un temps de bascule de l'agonie vers le décès, qui peut être vécu comme un passage lent ou au contraire rapide voire brutal et génère dans les deux cas des affects.

Vic exprime par exemple son désarroi face à une personne en train de décéder, avec une certaine angoisse : "Quand je vois que les gens ils vont bientôt partir, j- ça me fait cette image-là de, en fait, c'est le corps, y a le corps euh, comme s'il y était, puis y a le corps qui… [aspire entre ses dents] le cœur qui bat quoi. Hm. [claque la langue contre ses dents] Ça se voit, hein, ça c'est euh…" Cette mort de l'autre qui survient, difficile à penser, est représentée par une image : celle du cœur qui cesse de battre.

En réanimation cela est particulier, car la mort qui arrive est comme matérialisée par la technique de surveillance médicale. Charlie explique ainsi qu'elle sait qu'un décès n'est pas encore survenu "parce que on voit toujours le… le… battement sur le… sur le scope. Gwen le constate par ce même outil : "Y a plus de tracé". La mort est alors signifiée par l'altération des chiffres qui diminuent jusqu'à s'arrêter.

Pour les soignant.es qui l'évoquent, assister à ce temps du mourir semble les mobiliser de façon singulière. Quelque chose d'une angoisse archaïque paraît à l'œuvre, peut-être en lien avec les jeux identificatoires qui se déploient dans la relation. Le regard paraît capté par la scène, une fascination opère peut-être, mue par une pulsion scopique. Une perspective intersubjective de la question fait penser à la conceptualisation du travail de trépas par De M'Uzan, dans lequel la personne mourante cherche à emporter quelque chose du vivant avec

elle. Les soignant.es seraient comme happé.es par la personne mourante au moment du décès.

Ce moment particulier peut aussi mobiliser des défenses. Lou témoigne ainsi d'une forme de refoulement qui semble avoir opéré dans l'entre-deux des entretiens : "[hésitation] Je crois qu'on avait abordé le moment-même du décès. Il me semble que je vous avais dit que… je sais plus, je crois que je voulais rajouter un truc par rapport à ça que je vais peut-être me rappeler tout à l'heure."

Mais ce temps peut aussi être intégré dans la dynamique du soin de la personne mourante et de l'accompagnement de son entourage. Fred et Tann expriment ainsi tenir à rester auprès de la personne mourante. Fred étaye ce discours sur des éléments qui relèvent plutôt de la question d'être seul.e ou accompagné.e au moment de mourir. Tann dit précisément vouloir être "auprès de… de… du malade [...] dans ses dernières minutes, ses dernières secondes".

Concernant la famille, Charlie raconte penser à les mobiliser pour qu'elle puisse assister au décès : "Ça m'est arrivé hein… euh… dire : « Oh là là là a y est ça va partir, il est, là, il part… » et de venir chercher la famille". Cela semble lié à une représentation normative de l'accompagnement de la personne mourante par son entourage, peut-être dans une certaine forme de tradition.

Il semble s'agir ici de permettre un temps d'au revoir, de séparation lorsque le décès est attendu. Une représentation qui se retrouve en filigrane dans l'échantillon des participant.es. Mais quand le décès est soudain, la présence de l'entourage peut être vécue comme négative, sans doute en lien avec une identification à la famille qui les renvoie à leur impuissance, et en même temps dans une dynamique qui vise à la protéger au titre de son accompagnement. Fred le mentionne par exemple au détour d'une situation marquée par une relation très étroite entre le patient et sa compagne : "Il est décédé devant elle, d'une hémorragie euh cérébrale massive".

Les conditions du décès sont importantes. Il peut s'agir de l'"apparence physique" (Val), des causes du décès qui sont mentionnées comme le fait Fred, ou encore Val ("suite à une chute") et Charlie ("d'un cancer multimétastasé"). L'agonie peut être marquée par des signes cliniques qui se repèrent de façon rationalisée, en s'appuyant sur les connaissances professionnelles (diagnostic, paramètres biologiques par exemple) qui sans doute protègent, mais aussi en s'appuyant sur une forme d'instinct qui repose plutôt sur l'expérience professionnelle.

La temporalité du trépas est aussi largement abordée. Elle peut être considérée comme rapide ou lente. Un décès rapide apparaît souvent comme préférable, comme lorsque Gwen dit : " Voilà, ça a été rapide. Ils sont morts mais ça a été rapide."

Mais à l'inverse, Lou décrit une situation où un décès plus lent aurait été préférable pour le patient qui a potentiellement souffert des actes de réanimation qui n'ont pas permis

de le sauver : “Si on l’avait laissé partir tout seul, ça aurait sûrement pris plus de temps mais il aurait fini par partir.”

L’emploi de la conjonction “mais” témoigne en même temps d’une représentation péjorative d’un décès lent.

En effet, un processus lent du trépas est en général considéré comme pas souhaitable, péjoratif. Cela est mis en avant par Lou et Vic en termes de souffrance des équipes.

Vic élabore ainsi de façon détaillée une situation clinique éprouvante, “une situation qui a été lourde dans le service, où la patiente était très longue à partir [...] surtout sur la fin, parce que ça a duré un bon mois”. Dans cette situation, elle s’est sentie en position d’*attente*. Une forme de passivité mortifère face à la mort qui arrive, que les soins ne suffisent pas à structurer. Ou bien est-ce l’absence d’espoir curatif dans une perspective d’accompagnement palliatif d’une situation à l’évolution établie qui est angoissant ? Le temps s’étirant, cette attente passive se meut en souhait de mort : “Faut qu’elle parte”. Il ne s’agit pas d’une dynamique de désir ici, mais plutôt d’une volonté que cette situation qui génère angoisse et souffrance pour la professionnelle s’arrête. Une forme d’identification à la personne mourante opère peut-être ici aussi.

Cela entraîne néanmoins de la culpabilité : “C’est pas mon souhait, hein, mais à un moment donné, on se dit stop quoi. Faut… [aspire]”. La question du contexte institutionnel et de l’identification à la famille reste présente en trame de fond : “Quand t’attends comme ça… Là c’était vraiment la période difficile quoi, canicule, tout [renifle légèrement]. La famille euh, j’ai pas trop vu la famille [...] mais bon…”

Bien que les participant.es associent surtout sur leur propre souffrance dans ces *longs mourir*, la représentation d’une mort rapide comme généralement préférable à une mort lente est étroitement liée à l’idée que la personne mourante ait conscience du processus agonique. Se “[voir] partir” (Charlie), se “[voir] mourir” (Manu) est perçu comme négatif, ce qui rejoint la représentation actuelle de la bonne mort, sans conscience voire dans le sommeil. Un état d’inconscience qui peut être lié à l’aggravation de l’état somatique, ou aux traitements palliatifs comme l'indique par exemple Oliv à propos d’une patiente “plongée dans un coma artificiel, et elle est partie sereinement”.

U**ne mort rapide limite la conscience de mourir. Une mort lente semble représentée comme étant pleinement vécue par les mourant.es** (“avoir ressenti”, Manu), à moins de n’être plongé.e dans un état ressemblant au sommeil (la sédation, le coma), rendant silencieuse la personne mourante en même temps que ses symptômes. S’identifier à ces personnes semble activer des angoisses archaïques.

En lien avec ces deux dimensions articulées entre elles, la temporalité et la conscience du mourir, **la question de la souffrance** est sous-jacente.

Gwen, Manu, Oliv et Val expriment vivre plus difficilement la confrontation au moment du décès lorsque la personne est en souffrance. La douleur physique peut être mentionnée, mais la question de la souffrance psychique semble présente, et les deux ne sont pas toujours différenciées. Cela s'oppose aussi aux valeurs promues par le mouvement des soins palliatifs, qui tendent vers un apaisement maximal en fin de vie et lors du décès.

L'incertitude sur les conditions du décès est difficile aussi pour ces professionnel.les qui se donnent pour devoir de soulager la souffrance. Se demander : "Est-ce qu'il a souffert [...] s'il était douloureux, ou pas" pour Manu, ou encore Val lorsqu'elle parlent des corps retrouvés dans "de sacrées positions", ou "les patients [...] qui souffrent beaucoup alors qu'ils ne le disent pas" pour Oliv, amènent un sentiment de culpabilité. Elle est peut-être liée à un sentiment de ne pas avoir *bien* fait son travail, ou résonne dangereusement avec des pulsions sadiques. La question de la maîtrise mise en défaut semble aussi présente.

La question de la souffrance évitable ou disproportionnée est aussi mentionnée. Elle est sous-tendue par la problématique de ce que la législation française appelle aujourd'hui **l'*obstination déraisonnable***, par opposition à une approche palliative qui propose des soins proportionnés et priorisés sur le confort. L'ancien terme législatif d'"acharnement" est présent chez Oliv et Vic. Pour elles, mais aussi pour Fred et Lou, il s'agit de gestes douloureux qui sont poursuivis ou initiés alors que l'état de la personne est très dégradé.

Oliv raconte ainsi une situation clinique de plaie incurable reprise plusieurs fois au bloc opératoire pour "gratter", et une fois en chambre alors que "c'était un bloc opératoire avec anesthésie qu'il lui fallait". Ce geste apparaît alors comme une maltraitance pour la soignante qui s'étaye sur son équipe, dont elle a été témoin et passivement partie prenante.

Dans la situation de long mourir décrite par Vic, elle insiste sur le fait que "c'était acharnement, acharnement, acharnement", contribuant à prolonger cet accompagnement d'autant plus éprouvant pour la professionnelle qu'il était long et que la patiente exprimait de la souffrance. Ce qui constituait un "acharnement", c'est qu'"on continuait à l'hydrater et tout" à la demande de la famille.

Fred mentionne en outre un "patient avec qui on s'est énormément attaché, qui est mort, avec euh le masque à VNI incrusté dans sa tête !" Elle accentue le mot "tête", cette atteinte au visage qui restera indélébile la révolte. La question d'une dynamique groupale autour de l'investissement du patient paraît majorer ses affects, qui s'apparentent là aussi au deuil en ce qu'ils parlent de la relation et de la perte.

Ces situations peuvent entraîner de la colère à l'endroit des soignant.es qui s'acharnent, que ce soit "les collègues" paramédicales (Vic) ou les médecins. Mais aussi une culpabilité liée aux actes qui sont faits ou qui ne sont pas faits, et qui s'opposent aux valeurs morales éminemment ancrées dans les soins palliatifs et dans le *care*, dans lesquelles s'ancrent largement les soignant.es rencontré.es.

Lou explique par exemple : “Si on sait que c’est le dernier geste douloureux, on se dit: “Mais pourquoi, pourquoi le faire”. C’est vrai que ça c’est vraiment pas bien vécu.” Dans cette même perspective, lorsque les prescriptions médicales entrent en contradictions avec le discours des patient.es aussi : “Aller à l’encontre des volontés du patient pour les paramédicaux c’est très difficile”. L’injonction médicale du côté du *cure* semble opérer comme injonction paradoxale à cette interface entre médecins et patient.es où ces soignant.es se situent.

Manu exprime un sentiment de culpabilité différent au regard de sa propre angoisse, vraisemblablement sous-tendue par une identification aux personnes mourantes. Il est ainsi difficile pour lui de “prendre... la décision de laisser mourir quelqu’un en fait [...] Prendre la décision de... oui la personne est, va mourir, enfin, est morte et puis voilà quoi, on décide d'arrêter.” Bien qu’il soit le seul à verbaliser cette difficulté à contribuer à une abstention thérapeutique, les nombreux récits cliniques des participant.es montrent une certaine ambivalence à ce propos. Car bien que consciemment ancrés dans ces valeurs du care et du soin palliatif, de nombreuses situations racontées montrent une forme d’obstination déraisonnable à laquelle ils et elles prennent part inconsciemment.

L’un de ces contextes, qui fait l’objet d’une forte ambivalence chez la plupart des soignant.es qui en parlent, est **la question de la réanimation, et son corollaire du mourir réanimé.e**.

Ce sont surtout ces contextes-là sur lesquels Manu associe lorsqu’il raconte les situations de décès auxquelles il a été confronté. Cela est lié d’après lui à sa jeune expérience de terrain, mais cela semble aussi relever d’une forme de dénégation de sa confrontation à des situations de fin de vie clairement identifiées dans son service, et potentiellement aussi d’une défense similaire du corps médical qui ne parvient pas toujours à les identifier.

Charlie et Lou, qui travaillent en réanimation, souffrent particulièrement de ces décès. Lou l’a largement exprimé dans les verbatims précédemment explorés, concernant les meurtrissures, les côtes cassées, mais aussi le besoin de “pause” après une réanimation “traumatisant[e]” pour le corps comme pour les soignant.es. Charlie mentionne aussi comme vu précédemment les côtes cassées au détour d’une situation clinique qui l’a révoltée. Ce qui a été difficile pour elle dans cette situation, ça a été le positionnement médical qui lui paraissait disproportionné et formait l’injonction d’agir à l’encontre de son propre positionnement : “Faut le masser, faut masser [...] même s’il y a plus rien dans le cœur faut masser !”, alors que pour elle la personne était déjà morte : “Mais faut masser quoi ? C’est… c’est pas lui qu’on masse là.” Le pronom relatif “quoi” de l’objet remplace le “qui” du sujet.

Dans les situations identifiées par les soignant.es comme de l’acharnement, et tout particulièrement de réanimation, le rapport au médecin dans sa fonction de décision et de prescription d’actes et de traitements entre en jeu. Fonction qui semble assurer une forme de contenance structurante dans la confrontation à la mort lorsqu’elle permet de clarifier une situation. Mais cette fonction peut se montrer carencée et entraîner un en-trop d’angoisse

potentiellement traumatique. La figure du médecin semble alors prise comme support projectif de la souffrance au travail.

Oliv l'a décrit précédemment ainsi que Lou et Charlie, Vic aussi dans cette dernière situation où le positionnement médical était envahi par celui de la famille jusqu'à ce que les médecins à un moment donné disent : "Stop, là, on reprend notre place de médecin, euh… Voilà. On n'a pas à tenir compte".

Cela parle aussi de cette sensible place d'interface entre la personne malade et son entourage notamment au regard de l'angoisse de perte, ainsi que d'une certaine tendance à la maîtrise sur le corps malade.

Fred décrit par ailleurs des difficultés à se faire entendre dans son évaluation des malades : "Là où ça va devenir problématique, c'est quand euh… on a l'impression que… on n'a pas été entendu, qu'on a appelé 22 fois le médecin, que il n'a pas répondu, qu'on a donné l'alerte…" Elle parle ici d'aggravation de malades, mais cette problématique s'exprime largement dans le rapport aux médecins au niveau de l'évaluation des symptômes et de l'inconfort en fin de vie.

Cette réanimation comme source d'acharnement rencontrée par beaucoup des soignant.es est une démarche d'urgence qui vise à éviter la mort par une somme d'actes invasifs et corporellement engageants. Ils semblent néanmoins investis de façon ambivalente du fait d'une certaine excitation pulsionnelle inhérente, en lien avec une forme de toute-puissance, que certain.es désignent par le terme "adrénaline". C'est une excitation qui pour certain.es, surtout parmis les plus jeunes semble-t-il, est préférable à l'attente mortifère de la fin de vie annoncée qui suit une temporalité lente. Kim en dit : "Je préfère euh, plus euh, essayer de réanimer les gens plutôt que les laisser partir en fait."

Les actes de réanimation sont mus par l'agir et font l'économie de la pensée. Gwen évoque ainsi "l'activité, l'effervescence extrême, et du coup, on n'a, on n'a pas le temps de se dire euh... On fait [...] On est dans la, dans l'urgence, dans l'adrénaline, on fait on fait on fait, le patient décède". En décider l'arrêt est la fonction du médecin spécialiste, qui souvent arrive en tiers pour trancher. Cela peut être difficile voire culpabilisant car constituant un échec qui signe l'impuissance. Pour Manu, "ça fait partie du jeu".Mais lorsque la réanimation est considérée comme déraisonnable, son arrêt qui aboutit à la déclaration du décès est le plus souvent vécu comme un soulagement.

Au plus près des malades, les soignant.es sont attentifs et attentives au moment où le décès survient et aux conditions de ce *passage* de vie à trépas. Cela semble les renvoyer aux représentations de leur travail en termes de *bien* ou de *mal*, dans un mouvement éthique téléologique.

De nombreux facteurs vont conditionner leur représentation du déroulement d'un décès. Ils semblent tous renvoyer à une représentation normative du côté de la *bonne mort* et du *bien mourir*, étayée entre autres par les principes véhiculés par le mouvement des soins palliatifs. L'angoisse et la culpabilité entrent en tension avec la satisfaction pulsionnelle et narcissique liées à l'exercice de leur fonction, en lien avec leur façon de se saisir de ces représentations et de pouvoir se confronter à une si grande proximité de la mort.

Les décès attendus ou soudains

Le caractère attendu ou non d'un décès ressort comme une dimension particulière dans l'appréhension de ces morts par les professionnel.les rencontré.es. Toutes et tous le mentionnent, dont 6 dans les deux entretiens. Elle est étroitement liée à la question du pronostic annoncé par les médecins, mais relève aussi du rapport singulier de chacun.e à la mort du point de vue de l'angoisse, des défenses, et des capacités d'élaboration. Tann l'évoque concernant une situation clinique : "C'était attendu mais sans... On n'est jamais vraiment prêt, je pense." L'appréhension du caractère soudain ou anticipé du décès revêt finalement une dimension subjective au delà de l'annonce médicale (celle du pronostic), qui rencontre d'autres paramètres impactant le vécu de cet évènement, comme l'exprime Lou : "Une prise en charge de décès, c'est jamais la même. Ça dépend de la famille, du patient, si c'est prévu ou pas."

Les décès décrits comme "soudains", pas "attendus" ou "prévus" sont consécutifs à un épisode aigu ou à une aggravation rapide ou vécue subjectivement comme tel. Ce sont souvent des décès "dans l'urgence" explique Pat, qui y a été largement confronté dans les premiers temps de son expérience de soignant. Il a du mal à les définir plus précisément malgré plusieurs relances : "Où la mort n'est pas attendue. [...] C'est pas… suite à un [bafouille]… c'est vraiment… [pause] pas acc-accidentel j'allais dire, mais c'est… subitement".

La question de l'agir est sous-tendue par cette notion d'*urgence*. Charlie, qui évoque beaucoup plus cette configuration de décès que celle où la mort est attendue, donne l'exemple d'une "gastro-entérite" chez un enfant déjà vulnérable, Val d'"une chute", Nell d'un "arrêt cardiaque, une obstruction ou quelque chose", et précise notamment qu'"un arrêt [...] qu'on n'arrive pas à le récupérer, c'est soudain".

Différents facteurs contribuent à rendre ces décès inattendus. L'âge, précédemment évoqué, en ce que les décès de patient.es jeunes sont moins attendus. Tann mentionne par exemple le cas d'une personne "plutôt jeune". Manu aussi indirectement, même si pour lui ce facteur là n'est pas prédominant : "C'est pas spécialement, hein, parce qu'on est en maison de retraite que c'est attendu."

La temporalité rapide aussi, comme vu dans la partie précédente. Val l'inscrit par exemple dans la temporalité de sa journée de travail : "Même un patient qu'on s'occupait le

matin et en fait on passe à 13h pour son... son change et en fait il est décédé." Elle situe la temporalité rapide au regard de la dynamique d'un accompagnement : "Quand c'est leur patient qu'ils ont pris en charge, qu'ils ont fait une démarche, qu'ils connaissent toute leur vie et ils arrivent le lendemain il n'est plus là quoi." À nouveau, la question de la relation et de l'investissement affectif particulier qui se déploie au fil de la prise en soins est au cœur de la souffrance ressentie, elle signe un véritable et spécifique vécu de perte.

Un décès peut aussi être considéré comme soudain quand l'état de santé préalable est jugé comme pas assez grave pour entraîner la mort (croisant cette autre dimension repérée quant au contexte de la mort). Les soignant.es qui évoquent ce type de contextes le font par des récits cliniques. Tann associe ainsi au contexte de patient "plutôt jeune" dans une situation clinique qui l'a "marquée" du fait qu'il soit aussi "plutôt bien". Handy raconte en outre : "On s'attendait pas du tout à… son décès à ce monsieur, il allait quand même vachement mieux". Charlie aussi mentionne le décès inattendu d'un patient transféré de son service qui "était bien". Vic essaie d'y mettre du sens via une croyance populaire : "Le mieux avant la fin". Tann le mentionne aussi.

Même dans les situations de fin de vie identifiées un décès peut être considéré comme soudain. Val décrit ainsi comme "brutal" le décès de "quelqu'un qui est en fin de vie euh, qui s'améliore et puis qui en fait ben non, ça s'aggrave et puis ça finit". L'emploi du pronom "ça" signe la difficulté d'évoquer directement la mort. Charlie aussi raconte : "Les collègues elles m'ont dit : « Bah il est bien, il était stable euh… tout va bien. » Mais bon c'est une fin de vie. Donc euh… [...] à 7h20 euh, paf." Sa difficulté à intégrer cet événement s'exprime à travers cette interjection qui marque le caractère soudain. Handy fait un récit similaire : "On commence notre journée euh… normalement et puis euh… bah les filles elles me disent : « Oh bah tel monsieur, il est il est mort, et tout » euh… C'était attendu, mais peut-être pas aussi rapidement."

Ces facteurs semblent ne pas avoir permis de construire de représentation de la mort de l'autre qui arrive, de s'être en quelque sorte *préparé.e* à la perte du ou de la patiente.

Les récits cliniques apparaissent comme voie d'une possible mise au travail des affects restés en suspens. Val en dit quelque chose : "Ben inattendu, que du coup on rentre dans la chambre pour voir juste si la personne elle dort et on la retrouve". Là encore le décès est difficile à nommer. Pat aussi raconte la situation d'un patient suivi à domicile qui a été hospitalisé : "Je pensais aller le retrouver là-bas, et en fait quand j'y suis arrivé, bah on m'a dit qu'il était décédé. Ça ça m'avait marqué."

Quelque chose échappe aux représentations, mais aussi à la maîtrise soignante lorsque Handy parle de façon hésitante d'un "monsieur qui était venu pas forcément pour ça", ou Charlie d'un décès dont "on s'attendait pas du tout du tout, 'fin, pas comme ça." Cela les expose à une perte brutale et met à mal les ressources que ces professionnel.les puisent dans leur fonction, vis-à-vis des malades mais aussi de leur entourage. Pat explique ainsi : "Soudain, à gérer dans l'urgence, c'est pas comme la fin de vie [...] je trouve euh… où on essaye de se

préparer, on essaye d'accompagner la famille". Gwen aussi : "C'est vrai que pour ces patients-là, on se dit, euh voilà « ils sont euh malades, voilà, ils vont sortir », puis pouf ils décèdent, alors que c'est pas attendu, là c'est compliqué."

Globalement **tou.tes vivent difficilement les décès soudains**. Le ton de Val s'amenuise quand elle dit : "Y a des patients qui des fois, qui décèdent et on... c'était pas du tout attendu quoi [bas]." Le discours d'Oliv est hésitant quand elle dit que "c'est pas facile, c'est pas pareil." Manu l'exprime à propos d'une situation clinique en s'étayant sur le "on" groupal de son équipe : "On aime pas… Voilà euh… Voilà, après… Surtout là, quand c'était pas entre guillemets pas attendu euh…" Pour Lou, cela semble passer par un état de sidération transitoire qui peut être traumatique. Elle garde "une image en tête, comme une photo de l'instant présent" de sa première confrontation à un corps mort, celui d'un patient décédé brutalement : "Je pense que dans ma tête j'étais un peu figée, peut-être un peu choquée de voir la fin, comme ça, d'un coup". De manière générale, "pour les décès brutaux", elle analyse que comme "on s'y attend pas, en fait tout va très vite". Elle décrit une forme de sidération, le rapport au temps est modifié, s'accélère dans l'agir en même temps que la pensée reste figée : "C'est vrai que nous-mêmes et toute l'équipe on ne s'y attend pas, donc déjà, il faut nous l'intégrer mais en fait on a pas le temps de l'intégrer parce qu'il faut tout de suite le dire à la famille. Tout va très très vite".

Les termes "d'un coup" reviennent aussi chez Charlie et Fred. Val dit : "On s'y attend pas donc on est... choqué quand même". Vic décrit quelque chose d'identique : "Même si je sais bon, des fois, t'as des décès qui sont pas prévus, donc quand t'as le temps de te préparer tout ça, mais c'est, c'est, ça m'est déjà arrivée en médecine interne, j'arrive dans la chambre : « Madame bonjour, je vais vous prendre la tension », et elle a aucune réaction, et la patiente était décédée quoi. Donc là, le choc". Pour ces soignant.es le décès soudain semble faire effraction et revêt un potentiel traumatogène particulier.

Gwen l'évoque à plusieurs reprises, disant notamment que "c'est là où c'est dur", "c'est plus compliqué". Elle peine à nommer la sidération que cela entraîne : "Du coup euh, ça nous met euh…". Une difficulté à élaborer la situation et un sentiment de culpabilité s'expriment en condensé dans son discours : "Un... décès qui était pas attendu et là on se pose beaucoup de questions". Cette question de la culpabilité dans un contexte de décès soudain se retrouve chez plusieurs participant.es.

Handy développe ces questions qui peuvent se poser lorsqu'un décès survient sans être attendu : "Quand on passe et que ça allait, que ça allait, que ça allait et que… là il est mort euh… ouais. On se dit : « Merde euh…[...] je lui ai mis la sonnette à côté de lui… euh… est-ce que j'ai pensé à rebrancher l'oxygène ? Est-ce que » et du coup on se fait tout un film en se disant : « Si ça se trouve c'est de notre faute »". Avoir mal fait son travail, ne pas avoir été une suffisamment bonne soignante semblent être les représentations qui sous-tendent ce questionnement. Il s'agit aussi d'impuissance.

Vic, dans son discours portant sur le fait que ce type de décès soit "pas du tout pareil", décrit aussi "une sorte de culpabilité" quand un décès soudain arrive ou qu'une réanimation est menée sans succès. Même lorsque les médecins se veulent rassurants, "on culpabilise un peu, je pense, toujours".

Ce discours s'étaye sur une situation clinique récente vécue par ses collègues. Passer par l'identification aux collègues rend plus aisée l'élaboration d'une pensée sur ce sujet. Elle explique que bien qu'ayant été confrontée à des situations d'urgence qui sont "un stress" pour elle, elle a "de la chance" car elle n'a "pas eu de décès vraiment direct, comme ça". Le qualificatif "direct" montre quelque chose du manque de pare-excitation dans cette confrontation à la mort, le verbe *avoir* marque une certaine forme d'appropriation par la voie de l'identification et au regard de l'appartenance à son corps de métier. Cela contribue sans doute à son sentiment de culpabilité.

Dans cette perspective de culpabilité, Nell décrit un sentiment d'échec : "Quand c'est un patient qui décède brutalement alors que, on sait pas pourquoi, [...] pour moi c'est une défaite. [...] C'est qu'on n'a pas réussi, 'fin, quand c'est moi qui, en tout cas, qui suis là, [s'éclaircit la voix] c'est que… On a loupé quelque chose, ou alors y a eu, un manque". Sa pensée se construit au fil de son discours : "Je réfléchis moi-même hein". Elle réfléchit aux questions qui sous-tendent ce sentiment d'échec :

"On n'a peut-être pas donné l'alerte assez vite. On n'a peut-être pas vu les signes comme il faut…" Ce sont des situations qui la mobilisent beaucoup : "Je réfléchis énormément, quand on a un décès qui, qui n'est pas prévu. Je trouve pas de solution, forcément hein, mais euh…[...] c'est quand même pour moi une défaite. On a perdu une vie [...] c'était peut-être pas son heure quoi."

La notion de perte ressort en filigrane, à l'aune de la maîtrise soignante. Nell décrit ici quelque chose de la toute-puissance médicale mise à mal dans ces décès inattendus. Le contexte de service de réanimation dans lequel elle travaille y contribue sans doute par le haut niveau de technicité et la fonction mise en avant par leur nom-même : il s'agit avant tout de sauver des vies.

Pour Oliv le décès inattendu d'une personne en soins curatifs est aussi un échec. Mais elle nuance en expliquant que si la personne était en fin de vie alors c'est une "victoire" : la personne est décédée, elle ne risque plus de souffrir. Le décès semble prendre la forme d'un objectif atteint, ou en tout cas qui ne pourra plus être mis en échec par un symptôme ou un acharnement.

Ce sentiment de culpabilité et d'échec peut aussi s'ancrer dans une perspective de soins palliatifs, comme c'est le cas pour Lou concernant une situation clinique où un patient dont le décès n'était pas attendu a été retrouvé "inanimé" : "On sait pas depuis combien de temps c'était et tout. Donc, on... Voilà, on a pas accompagné, on était pas…" La soudaineté du décès empêche ici une adaptation de la prise en soins au regard de la mort à venir.

Pour certaines, ce sentiment de culpabilité s'étaye sur une identification aux familles. Handy exprime ainsi : "Quand c'était pas forcément attendu bah… on se prend un peu un train dans la tronche, un peu comme la famille finalement ou… Ou des fois on se sent coupable on se dit : « Mince est-ce que euh… est-ce que si j'avais vu, un signe, est-ce que j'aurais pu l'éviter ? »".

Lou décrit aussi quelque chose d'un affect partagé avec la famille : "Quand c'est vraiment brutal et qu'on s'y attend pas, ils arrivent en panique [...] des fois, il est déjà décédé, c'est vraiment pour eux un choc, c'est très dur." Pour elle son vécu d'une mort brutale est déterminé à la fois par la temporalité rapide et la souffrance massive de l'entourage : "Je pense que c'est les deux. Ils n'y en a pas l'un sans l'autre. Je pense que c'est un mélange des deux qui fait la situation."

Tann inclut cette considération dans cette notion de se *préparer* au décès des malades : "Quand il arrive soudainement, que même nous on n'est pas préparé…" Un discours difficile à construire par les affects qu'il mobilise chez cette soignante marquée par un deuil traumatique personnel, qui a tendance à s'identifier massivement aux familles. L'espace de l'entretien lui permet finalement d'en élaborer une pensée : "Quand c'est soudain, et que la famille ne s'y attendait pas, nous on s'y attendait pas, et je pense qu'on fait ressentir à la famille [...] que nous-mêmes on n'était pas préparé".

Gwen exprime une pensée assez proche, avec le recul de son expérience professionnelle : "Parce que c'est pas attendu non plus pour la famille. Puisque puisque c'est pas attendu pour nous, on n'est pas dans un, on renvoie pas [pause] la possibilité de mourir."

Le caractère soudain de la mort éprouve les professionnel.les subjectivement, mais complique aussi leur accompagnement de l'entourage. Cela compromet en partie leur satisfaction par leur travail, et les expose aux affects massifs de familles auxquelles ils et elles ont tendance à s'identifier. La tâche d'accompagnement des familles devient plus compliquée encore, décrivent Manu ("Après euh, quand c'est [pause] pas attendu, ils ont beaucoup plus de questions, et d'interrogations auxquelles…") et Vic ("quand t'as un patient il arrive et que, voilà, la famille s'attendait pas du tout, ça c'est dur, c'est dur à gérer quoi. Hm. C'est très, c'est très dur").

Dans cette difficulté ressentie, **le contexte institutionnel joue aussi**. Tann met ainsi en avant la question de la formation initiale et continue : "Quand c'est soudain, bah en général euh, notre manque de formation fait que…" L'insuffisance qu'elle repère semble entraîner un défaut de contenance dans ces contextes qui ne permet pas un étayage suffisant de ses pratiques et qui l'expose à l'impuissance. Il est intéressant de noter que l'entre-deux des entretiens de recherche a d'ailleurs permis à cette soignante de se positionner sur une formation institutionnelle en soins palliatifs dans l'idée de mieux repérer et accompagner les situations de fin de vie.

Au regard de son expérience de plus de 10 ans, Val identifie que la spécialité du service dans lequel elle travaille est un facteur aussi. Elle raconte concernant une expérience passée : “Il y avait moins de décès brutal euh... qu’ici”. Kim, jeune professionnelle, fait une comparaison similaire avec un autre service où elle intervient ponctuellement: “Là-bas en fait c’est vraiment soudain.” Le type de service expose donc plus ou moins à ces décès sidérants qui peuvent mettre à mal.

La question du fonctionnement de l’équipe est aussi évoquée, plus particulièrement dans le rapport aux médecins.

Tann parle d’une relation à une médecin soutenante dans les décès soudains et en général : “Y a une médecin qui… voilà qui est plutôt à l’aise au niveau du palliatif et, ou même de la… de la dégradation brutale”. Fred évoque au contraire un défaut de la fonction médicale qui là aussi entraîne un manque de contenance et d’étayage particulièrement éprouvant, quand “l'infirmière a alerté, alerté, alerté puis les médecins n’ont pas bougé [...] pas entendu”, qui peut être la cause d’un décès soudain : “Et puis, ben, le patient dévisse d’un seul coup, et en général là tout va mal quoi”. Elle emploie un jargon soignant par le verbe “dévisser”, qui signifie une décompensation somatique brutale. Le débordement de ces situations est signifié par “tout va mal”. Ces soignantes décrivent comment un contexte institutionnel carencé ou au contraire suffisamment soutenant peut devenir facteur de risque ou de protection face à ces situations qui confrontent à l’angoisse, l’impuissance, voire le trauma.

Bien que ces décès soudains soient toujours vécus comme difficiles, cela peut néanmoins être pris dans l’économie défensive ou libidinale de certain.es.

Cela est repris dans la question de l’agir qui protège. Manu préfère agir que “laisser mourir”. Tann dit par exemple : “Je préfère quelque chose de soudain, à gérer dans l’urgence”. Pat dit aussi préférer la pratique de l’urgence malgré son investissement des accompagnements de fin de vie dans son service actuel où il y est fréquemment confronté. Une distanciation défensive peut se mettre en place, pour Vic notamment qui explique dans un rire, là aussi défensif, le mécanisme d’évitement fréquemment rencontré : “On se fait une carapace aussi, hein.” Oliv utilise le même mot.

Val inclut ces décès soudains dans une forme d’élaboration par une croyance propre à la culture soignant, celle de *la mouche* qui annonce les décès : “Et bah souvent c’est un patient qui n’est pas attendu quoi.” Il s’agit là d’une forme de mise en sens, qui permet une certaine anticipation de ces évènements comme le “mieux avant la fin” de Vic (qui parle d’ailleurs aussi de “la mouche”).

En opposition à ces décès vécus comme soudains, les participant.es qui en parlent opposent des contextes de fin de vie repérés comme tels. Des **décès attendus** en ce que l'événement à venir apparaît plus conscientisé. Ils font l’objet le plus souvent d’une adaptation de la prise en soins dans une approche plus ou moins palliative, qui permet une forme de

cheminement atténuant le choc de la perte, ainsi que de déployer un travail satisfaisant pour la plupart.

Il peut s'agir de situations annoncées par un pronostic médical, à l'initiative d'un.e médecin ou concerté en réunion pluridisciplinaire de "LATA" comme le précise Charlie, utilisant l'appellation ancienne mais toujours usuelle.

Il peut aussi s'agir d'un repérage plus subjectif et informel qui repose sur une forme d'instinct soignant semblant reposer sur des représentations qui se forment à un niveau préconscient, étayées par l'expérience professionnelle.

Quand "ça faisait déjà quelques semaines que c'était compliqué" dit Tann, en fonction des pathologies comme cela a été précisé précédemment, ou comme le développe encore Vic : "Quand t'as un patient, on le voit, 'fin moi avec mon expérience je vois tout de suite, euh je veux dire dans les 24h, il va partir, ou il va pas partir". Elle nuance : "Après on se trompe hein, des fois y a des patients qui, qui tiennent hein. Qui tiennent longtemps, même on se demande comment… Et puis d'autres patients, où on se dit : « Bon lui, euh, c'est pas, c'est pas pour tout de suite », et en fait il va décéder plus rapidement que… [inspire]". Ces représentations semblent viser une mise en sens de ces situations complexes au travail, en parallèle voire en concurrence avec les représentations objectivées par les connaissances médicales et paramédicales. Une tentative de maîtrise s'exprime aussi.

La technicité permet là aussi d'objectiver la mort imminente, notamment en réanimation comme le précise Nell : "En général nous… […] ils sont scopés donc on… on s'y attend plus ou moins [délié] [...] les paramètres ici font que… les décès sont [pause] rarement finalement… soudains".

Ces situations permettent de déployer un accompagnement pensé en équipe, ce qui apparaît comme contenant pour la plupart de ces professionnel.les. Handy élabore ainsi une réflexion dans un discours scandé par des pauses : "Du coup on sait que, elle est là pour ça, elle va partir, dans les conditions… les mieux qu'on pourra lui donner, et… à moins que ça se passe très très mal ou qu'elle ait une mort euh… violente ou que sais-je encore, euh… à la fin, si la personne est décédée on se dit : « Bon [pause] elle est soulagée en fait »." Une pensée rassurante au regard de l'identification à la personne mourante, et qui amène "moins de culpabilité" malgré l'échec de la médecine du *cure*.

Dans le temps du deuxième entretien, Tann élabore une situation clinique qui s'est déroulée dans l'entre-deux, mouvement dont elle s'est saisie pour s'exercer à l'accompagnement en fin de vie dans un contexte où celle-ci était identifiée. Elle raconte : "Vu que ça dure depuis deux semaines, et que pendant deux semaines j'ai été sur ce secteur-là, euh ça va, je l'ai pas trop mal vécu [le décès ndlr]". Son implication volontaire dans la situation et le caractère identifié de la fin de vie lui ont permis de ne pas se sentir trop débordée par cette tâche, elle "arrivai[t] à [s]'occuper de tous [s]es autres patients, sans penser à cette

dame", "le soir [elle n]'y pensai[t] pas du tout" en rentrant chez elle, ce qui avait pu être le cas par le passé. Elle garde le souvenir d'une "prise en charge [...] de qualité".

La temporalité du décès devient secondaire pour Lou qui repère "plusieurs situations : le décès qui est attendu, qui peut prendre du temps, soit qui va très vite et qui prend quelques heures, voire quelques minutes, ou qui peut prendre une semaine". C'est pour elle le fait que le décès soit "attendu" qui permet qu'"on accompagne, on fait le nécessaire et tout…"

Le fait que des termes comme *fin de vie* ou *soins palliatifs* soient clairement énoncés par une fonction médicale semblent structurer la prise en soins. Gwen explique comment cela permet de construire une représentation du décès à venir et en clarifie les objectifs en même temps qu'un processus de préparation à la perte semble se mettre en place : "Des patients en soins palliatifs qu'on va prendre euh… On s'attend, au décès. On n'est pas là, on n'est pas très actifs [...] c'est pas compliqué".

Fred décrit aussi trouver plus confortable une situation "bien calée [...] dans 48 heures, on réévalue, et puis peut-être qu'on arrêtera [...] que la messe est dite quoi, les choses sont euh bien… hiérarchisées". Se projeter dans un protocole de soins proportionnés semble redonner de la maîtrise malgré la situation médicale qui échappe au *cure*.

Handy aussi se saisit du deuxième entretien pour mettre au travail une situation de fin de vie récente dans son service, saisie dans quelque chose d'encore actuel dans la mesure où le décès est survenu le matin-même. Elle explique comment un décès "très attendu" a permis de mettre en place "du soin palliatif" pour une "prise en charge [...] mieux que d'habitude". Ce qui était différent et positif pour elle, c'est que l'équipe avait "vraiment rassemblé tout ce qui est soins de confort". Les gestes protocolaires inconfortables pour la patiente, qui peuvent mettre les soignant.es en position de se sentir maltraitant.es, avaient été suspendus : "On n'était pas à lui prendre la tension tr- trois fois par équipe". Pour elle ce décès a été "moins dur à vivre" par cette réduction des soins inconfortables au "minimum pour qu'elle parte tranquillement" et qu'elle ne soit pas "douloureuse". Un adjectif qui se veut décrire l'état de la patiente, mais qui peut aussi être entendu par l'effet que cet état produit sur la soignante souffrant de la confrontation à une douleur à laquelle elle peut s'identifier, et qui l'expose à une certaine impuissance à la fois du *cure* et du *care*.

Ces termes renvoient aux principes fondateurs de l'approche palliative en médecine, qui promeut la qualité de vie comme prioritaire dans les cas de maladie les plus graves, sans espoir de guérison. Bien que beaucoup des participant.es expriment se sentir insuffisamment formées à cette approche spécifique du soin, tou.tes s'y réfèrent directement ou indirectement dans leur discours, et décrivent des pratiques de soins qui en relèvent. **Une certaine culture des soins palliatifs semble s'être diffusée chez ces soignant.es, éminemment étayée par les valeurs du *care***.

Cela se retrouve aussi dans la pensée que Manu développe sur ses pratiques lors du premier entretien, malgré le caractère anxiogène que ces situations revêtent pour lui : “Les personnes où c’est attendu, on apporte, pour soulager les douleurs, enfin... On fait le nécessaire pour les apaiser et qu’ils partent euh tranquilles [...] sereins, pas douloureux, pas... crispés”. La question des signes visibles de la souffrance des malades est intrinsèque à beaucoup de ces discours.

Cette prise en soins claire peut sembler presque passive pour Gwen qui parle de soins “pas très actifs”, ou pour Lou qui décrit ces accompagnements comme “à peu près tous pareil”. Dans son discours cela paraît presque désubjectivant, alors même qu’une grande attention est portée au vécu de la personne mourante : “Notre but c’est vraiment qu’il soit bien, mais au final on fait rien. On fait rien… des soins de confort, [...] on maîtrise leur douleur au maximum, leur anxiété, leur bien-être. Après, ce sont des prises en charge qui se ressemblent quand même.” La mort annoncée semble dépressiogène ici, peut-être en lien aussi avec un défaut d’agir protecteur qui serait lié à des soins plus techniques. Ou bien s’agit-il d’une perte de l’excitation liée à la toute-puissance du *cure*, dont la position est abandonnée au profit d’une forme de résignation face à l’inéluctable ?

Le caractère plus ou moins conscientisé de ce temps d’accompagnement de la fin de vie permet d’adapter la prise en soins et de la faire correspondre à la représentation d’un *bon* accompagnement, moins gratifiant du côté du *cure* mais plus gratifiant du côté du *care*, ancré dans la philosophie des soins palliatifs.

Vic considère ainsi que “les décès attendus, on a plus le temps de se préparer et tout, d'accompagner la famille”. Se retrouve ici la notion de processus qui vise à se préparer en tant que soignante à la séparation, et que ce processus permettrait aussi de favoriser l’accompagnement de la famille.

Lou explique que “c’est un accompagnement différent parce que la famille s’y attend”. Elle nuance son propos, témoignant son empathie pour ces familles auxquelles elle s’identifie sans doute, et mettant en avant les actes d’accompagnement posés par l’équipe pluridisciplinaire : “Je ne dis pas que c’est plus facile, c’est toujours aussi difficile pour eux. Ils ont été “préparés”, ils ont déjà vu les médecins fois, ils savent très bien l’issue de la prise en charge.”

Conscientiser l’issue fatale permet en effet d’ajuster les pratiques d’accompagnement au regard de la mort qui arrive : “C’est attendu, en général il y a la famille [...] qui peuvent venir quand ils veulent”. Comme Charlie, Nell le mentionne aussi à propos de la surveillance des paramètres vitaux par scope : ”En général on a quand même euh… ce temps où euh… on peut prévenir les familles si elles veulent être présentes”. Manu trouve que cela facilite le travail : “Quand c’est attendu, ils posent moins de questions, ils sont préparés”.

Une dimension intersubjective apparaît dans certains de ces discours, sous-tendue par les jeux identificatoires, comme lorsque Lou précise concernant la passivité ressentie dans les

accompagnements de fin de vie : “C’est peut-être bizarre à dire mais on attend comme la famille.” Quelque chose de mortifère semble à l'œuvre. La relation entre l’équipe et la famille permet peut-être de tenir ensemble face à la déliaison de la mort qui arrive.

Ce lien particulier peut être gratifiant pour Tann. Concernant la situation clinique de l’entre-deux entretiens, elle précise à propos de sa représentation positive de la prise en soins “dans l’annonce à la famille” dans le même mouvement que “la prise en charge de la dame, le fait qu’on s’acharne pas, qu’on soit vraiment là pour son confort…” De manière plus générale, elle remarque que “quand c'est attendu, hum, les familles sont... remercient l'équipe, elles verbalisent que, elles savent”. Là encore des affects partagés, pris dans les jeux d’identification et de projection, rendent la relation singulière et gratifiante.

Une forme de préparation partagée à la séparation de la mort et à la perte du sujet mourant, qui parle aussi du **deuil des soignant.es** qui paraît par là facilité.

Fred explique ainsi qu’une “fin de vie a été euh… bien vécue” pour elle quand “ça s’est fait [...] comme ça doit se faire”. Cela renvoie à une forme de norme ritualisée.

Tann décrit une représentation positive de son travail dans ces contextes de décès attendus qui permettent de pratiquer un accompagnement ajusté. Elle dit ainsi : “Ça s’est plutôt bien passé quand [...] on a pu prendre le temps. À ce moment-là avec le patient et [...] qu'on a bien fait les choses”. Cela parle d’une représentation du travail bien fait, narcissisant, et d’une dynamique de séparation dans la relation. Elle conclut : “C’était attendu, tout était mis en place pour [...] Là ça va.”

Ce type de prises en soins s’ancre dans les valeurs personnelles aussi, comme Handy, Lou et Charlie ont pu le décrire précédemment par exemple. Pat en parle aussi au regard de son service actuel où les situations de fin de vie sont fréquentes : “La pneumo où […] on le sait un peu à l’avance. C’est [...] le dernier euh… la dernière étape. Ça change pas forcément pour moi après euh, ma vision que j’ai de la mort”. Ce dernier appuie en effet beaucoup ses pratiques sur une représentation de la mort comme “compagne dans [son] travail”. Une façon de composer, peut-être de sublimer cette angoissante confrontation, d’autant plus que ce dernier évoque un deuil personnel traumatique dans son histoire.

Dans ces situations de décès *attendus* comme pour les décès considérés comme *soudains*, le contexte institutionnel peut s’avérer facilitant ou entravant. Tann met ainsi en avant les difficultés à penser les situations de fin de vie qu’elle repère dans son service “qui est rarement le cas ici.” Néanmoins dans la situation clinique d’entre-deux entretiens, elle met en avant un contexte favorisant : le fait “que en ce moment la surcharge de travail soit moins intense”. Cela lui a permis de prendre “plus de temps pour s’en occuper, [...] faire de l’effleurage euh, changer de position, l’hydrater etc. On a un peu plus de temps quand même.” Avoir un temps suffisant semble lui avoir permis de se poser dans la situation, et de pouvoir mobiliser ses connaissances, qu’elle identifie pourtant comme insuffisantes, pour mettre en place des soins de confort qui relèvent d’une approche palliative.

La fonction médicale est centrale. Kim explique comme la conscientisation de la mort à venir s'étaye sur elle : "Ici encore on s'y prépare parce qu'on nous dit : « Bon, ce monsieur, voilà, il rentre pour fin de vie etc », donc on le sait psychologiquement voilà, qui… qu'il [...] va décéder sûrement chez nous". Cela génère une angoisse qui se manifeste par les hésitations de son discours, mais structure aussi la prise en soins.

Mais lorsque cette fonction est carencée ou fait défaut, cela majore encore la souffrance au travail. Manu cite par exemple le contexte d'une structure médico-sociale dans laquelle il a travaillé en tant qu'aide-soignant pendant ses études[49]. L'absence de médecin la nuit, qui relève d'une organisation institutionnelle, pouvait mettre les aides-soignant.es en position d'informer l'entourage d'un décès par téléphone. Des situations le plus souvent anticipées, travaillées avec l'entourage, mais qui mettaient ces professionnel.les en position d'effectuer une tâche qui relève de la fonction médicale. Cela était difficile pour lui, dans un évitement défensif où il préférait demander à son ou sa collègue de le faire. Pour lui "c'était attendu mais [il] trouve que ça aurait dû être plus quand même au médecin".

Les mentions qui sont faites du caractère soudain ou attendu des décès semblent parler d'un besoin d'anticiper ces évènements qui risquent de faire effraction dans la vie du service. S'attendre à un décès mobilise des mouvements psychiques qui relèvent de de la liaison, prévenant de potentiels effets traumatiques, et structurant la prise en soins. Mais cela peut aussi générer de l'angoisse ou déprimer. Une mobilisation groupale pluridisciplinaire et institutionnelle peut être insuffisante à soutenir les soignant.es et les usager.es du soin, mais lorsqu'elle est opérante elle semble permettre une forme de régulation qui soutient les pratiques.

Mourir seul.e ou accompagné.e

Les trois quarts des personnes participantes, soit 9 en tout, ont mis en avant la question de la présence ou de l'absence aux côtés de la personne mourante au moment du trépas. Le sujet mobilise des affects importants et fait appel aux représentations de leur travail ancrées dans les valeurs du soin (notamment palliatif), associées à des représentations sociétales autour de la bonne mort.

Comme mentionné dans la partie quantitative de cette analyse, les soignantes de réanimation en parlent le plus. Peut-être est-ce lié au fait qu'elles accueillent des personnes dans des états critiques, à la fréquence des décès dans ces services de soins intensifs, à des situations de fin de vie rapides, ou plus anonymes dans le cas de personnes amenées par les secours de la voie publique. Cela n'est pas précisé directement dans leur discours.

[49] Après validation de la première année d'étude, les élèves en Soins Infirmiers ont en effet une qualification d'aide-soignant.e qui leur permet de travailler sur ce type de postes.

Il en ressort par contre **une représentation négative du fait de mourir seul.e au cœur de cette préoccupation**. Il s'agit en général de personnes "qu'ont pas de famille" dit Nell, "ou alors on a pas encore retrouvé" explique Lou. Cela peut être dans la continuité de conflits comme le raconte Nell concernant une patiente : "Les familles qui sont pas du tout présentes, [...] on a eu une patiente qui avait c- vraiment coupé tout lien avec euh sa famille, [...] elle voulait pas qu'on les appelle". La soignante semble ici se sentir impuissante face à l'isolement de la patiente. Elle voudrait agir en appelant la famille, sans doute par projection de son propre désir ou par défense contre l'angoisse que cette solitude face à la mort mobilise par la voie de l'identification.

Charlie explique la conséquence de cette situation, avec un certain sentiment de révolte, que ces individus "dans une chambre tout seuls quoi". Ce sentiment est partagé par Fred, qui décrit un positionnement marqué dans son équipe : "Le fait de ne pas partir seule, ça c'est… [...] C'est pas possible quoi. Un patient qui part seul, qui a pas de famille, non quoi". En lien avec ce positionnement professionnel qu'elle exprime, elle explique solliciter ses collègues, notamment les plus jeunes qu'elle trouve moins mobilisé.es à cet endroit que ce qu'elle a pu et vu pratiquer au regard de ses 15 ans d'expérience en tant qu'infirmière, 20 ans au totale en tant qu'agent hospitalier. Elle décrit la dynamique d'équipe qu'elle souhaite voir en place dans ces cas-là, avec une forme de maîtrise : "Si t'es occupé.e euh j'irai, ou machine ira". La pensée qui préside pour elle à ce moment-là est "que quelqu'un dans le service parte seul, non, non, c'est horrible", l'équipe a à se mobiliser et faire corps pour accompagner. D'après elle, son avis est somme toute "partagé [...] par les équipes".

Fred illustre son propos de situations cliniques. Lors du premier entretien, elle parle d'une patiente transférée de réanimation vers un service de médecine, décédée dans la nuit qui a suivi. La temporalité du décès et le caractère anonyme de son accompagnement, sans entourage et avec une équipe plus réduite, qui la connaissait moins et qui n'était pas à son chevet au moment du trépas, la met en colère. Elle aurait préféré poursuivre cet accompagnement dans son propre service, dans la continuité de sa prise en soins : "Fallait qu'elle décède à ce moment-là, pas toute seule à trois heures du matin. Dans un lit de médecine euh… Fallait qu'elle soit entourée".

Elle commence le deuxième entretien en associant dès les premières minutes sur une situation clinique rencontrée au sortir du premier, où justement une patiente en fin de vie était en train de mourir seule. Elle explique le fait que cette "nonagénaire" était dans ce processus physiologique progressif du mourir, une situation identifiée par l'équipe comme accompagnement de fin de vie. La télévision de la chambre était allumée et diffusait des clips vidéos modernes. Cette situation heurte les valeurs de Fred, révoltée par le fait que cette dame âgée décède "en écoutant du Mariah Carey" car c'est "pas du tout adapté !", s'exclame-t-elle. Elle analyse que la collègue qui s'en occupait, une "jeune infirmière", "s'est pas posée la question d'accompagner cette dame, ou pas." Ce qui a entraîné la diffusion d'une musique

dont elle estime que ce n'est "pas spécialement euh… ce qu'elle aurait aimé". Une situation qui majore ses affects face à cette femme "très isolée", sans entourage, et qui après sont décès sera "amenée aux indigents". Une personne "vraiment seule", qui par manque d'accompagnement aura été pour elle "seule du début à la fin", une situation "triste, quelque part".

Se retrouve ici la question de la fonction phorique que peuvent prendre certains membres des équipes soignantes. La dynamique conflictuelle qui en résulte avec sa jeune collègue laisse encore penser à une forme de position héroïque qui tend vers le sacrificiel, avec une dimension masochique en ce que cela expose à une souffrance reprise dans l'économie libidinale de la soignante. Dans cette situation, la question de l'identification à la patiente semble sous-jacente.

Sa collègue Gwen exprime un mouvement similaire lorsqu'elle évoque cette question du *mourir seul.e* dans son premier entretien. Il est en effet important pour elle "de pas mourir tout seul" car elle "trouve que c'est horrible". Elle s'imagine, se mettant à la place de ces personnes : "Bon, quand vous êtes endormi, on se dit que bah, on se rend pas compte, mais quand vous êtes éveillé, mourir tout seul ça doit être horrible". Elle poursuit plus loin, son discours étant ponctué de rires défensifs : "Dans une chambre, euh... Je voudrais pas finir comme ça ! [...] [rire] J'espère que quelqu'un me tiendra la main [rire]".

Ces situations peuvent être sidérantes pour Lou et son équipe lorsqu'elle décrit le rangement de la chambre après le décès et la toilette mortuaire : "Quand il est tout seul et qu'il est déjà décédé, c'est particulier, mais au final, on a rien à dire, rien à débriefer." La parole reste suspendue, peut-être du fait d'un caractère traumatique de cette identification à la personne qui meurt. Il semble aussi ici que l'absence d'entourage, qui ampute finalement cet accompagnement global mis en avant par les participant.es et ancré dans la philosophie du *care* et des soins palliatifs, les prive d'un certain étayage dans la relation à la personne malade. Surtout dans des services lourds comme la réanimation, où il est fréquent que des sédations empêchent les échanges verbaux entre malades et personnel.

Vic aussi, dans son service de médecine polyvalente, est confrontée à ces décès de personnes isolées. Pour elle ces personnes seraient mieux dans une USP "que… quelqu'un qui meurt comme ça dans une chambre de, d'hôpital". Le personnel y est plus disponible pour accompagner les derniers instants en ce qu'il est plus en nombre et aussi parce que "c'est le but". Cette pensée revêt sans doute un caractère d'évitement défensif.

Elle met en avant le même principe : "On ne meurt pas tout seul", et s'identifie aux mourant.es avec une angoisse qui paraît abandonnique : "Je pense que ça doit être dur, de mourir euh toute seule quoi [...] y a rien de pire que rester [pause] seul".

Elle se souvient elle aussi de "personnes âgées", "qui ont pas de famille, qu'ont pas de proches", "qui ont plus leurs enfants, ou euh, qui sont fâchées". Cela suscite en elle un sentiment d'injustice : "Et à côté de ça, y en a d'autres qui sont très très accompagnés. [...]

C'est tout ou rien quoi". Deux types de contextes bien différents, mais qui la sollicitent beaucoup pour des raisons différentes. Les personnes isolées en ce qu'elles mobilisent des affects d'angoisse sous-tendus par l'identification, et les personnes très entourées en ce que les proches peuvent solliciter un accompagnement éprouvant, soit sous-tendu également par des identifications, soit en ce que cela requiert un effort débordant dans son travail qui peut parfois être usant. Elle conclut dans un humour défensif : "C'est pas très équilibré tout ça !".

Dans le discours des participant.es, **la question de l'entourage** est principalement abordée à l'aune du travail, de l'accompagnement, en premier lieu celui de la famille qui constitue le plus souvent l'entourage proche des malades. C'est un rapport complexe et singulier qui prend beaucoup de place dans ces situations de fin de vie et de décès qui comprennent cette tâche d'accompagnement des familles comme composante de celui des malades. C'est aussi une relation intersubjective singulière dans chaque situation.

Parler de la relation entre soignant.es et entourage décrit indirectement comment celui-ci accompagne son proche mourant. La question de l'accompagnement des malades par leur propre entourage ressort de manière singulière lorsqu'il est évoqué directement par les soignant.es rencontré.es. Il s'agit de la place que ce dernier occupe auprès de la personne mourante, indépendamment de la fonction des soignant.es, au moment de la mort.

Il ressort globalement du discours des soignant.es que **l'accompagnement du décès par l'entourage est considéré comme la situation la plus normale et la plus souhaitable**. Cela semble relever de cette représentation de la *bonne mort*, qui comprendrait un temps d'*au revoir* qui marque la séparation comme cela a été évoqué précédemment.

Cela va amener des pratiques soignantes où la famille peut être appelée, attendue, reçue, parfois même accompagnée jusque dans la chambre ou jusqu'au chevet. Cette démarche vise en même temps à assurer un accompagnement relationnel, et en même temps à éviter un décès solitaire redouté, à passer ou rendre le relai aux proches. Sa présence est considérée comme prioritaire auprès de la personne mourante.

Gwen l'exprime le plus clairement : "Si y a la famille, c'est une histoire de famille, c'est pas notre rôle." Sa collègue Fred nuance un propos identique : "La famille, elle a un peu la place qu'elle a envie de prendre." Se retrouve ici cette priorisation de la famille au chevet des mourant.es, mais aussi une représentation d'un accompagnement suffisamment contenant des personnes mourantes. Cette même idée de la famille prioritaire au chevet semble centrée plutôt sur les besoins de la famille pour Gwen, et plutôt sur les besoins qu'elle identifie pour la personne mourante chez Fred. Cette dernière exprime quelque chose du côté de la maîtrise, sans doute protectrice dans cette confrontation à la mort.

Cela parle d'une forme d'accordage entre soignant.es, mourant.es et entourage dans ce moment particulier du trépas. Une dynamique intersubjective où les processus psychiques en jeu pour chacune des parties se rencontrent et concourent à ce mouvement d'accompagnement vers la fin. Cela peut être propice à des alliances et étayages croisés, mais

aussi entraîner une forme de rivalité dans un enjeu de maîtrise. **Un rapport ambivalent à la présence des familles peut s'exprimer**.

La présence de l'entourage au moment de mourir, considérée comme souhaitable pour la personne qui meurt, expose en effet les professionnel.les à ses affects, souvent massifs. Une identification à l'entourage est mobilisée, et peut aussi résonner avec des expériences personnelles comme cela a été souligné précédemment, et ce que Gwen mentionne aussi à ce propos : "Ça nous renvoie à plein de choses [personnelles ndlr]". S'ajoute à cela un investissement affectif spécifique de l'entourage lorsque celui-ci est connu de l'équipe, qu'une relation s'est construite au fil du temps, des rencontres, des échanges. Il s'agit même parfois de la principale relation d'accompagnement, lorsque la personne malade est inconsciente ou que sa capacité à communiquer est altérée. Lou souligne que dans ces cas-là, la personne hospitalisée n'est connue qu'à travers son entourage. Être confronté.es à ses affects peut ainsi devenir débordant pour les professionnel.les. Dans l'ensemble, l'entourage personnel, et notamment la famille, est pris dans ces jeux identificatoires et la fonction soignante liée à la mission d'accompagnement relationnel, au regard de cette position d'interface entre la personne malade et ses proches.

Lorsque l'entourage fait défaut donc, que son absence soit liée à une contingence ou à l'histoire de la personne mourante, l'accompagnement de la mort par des soignant.es s'impose comme substitut aux familles.

Nell explique ainsi que dans ces cas-là, "on est très présents dans les chambres par contre du coup". Une présence facilitée par une équipe qui s'est agrandie au fil des évolutions de la réanimation en France, et récemment dans son service qui s'est ouvert à plus d'enseignement : "On est beaucoup plus nombreux maintenant parce qu'il y a des nouveaux médecins qui sont arrivés. Plus d'internes, plus d'externes qu'on n'avait pas avant." Cela permet "beaucoup de passage" dans les chambres où cela semble le plus nécessaire. Se rendre disponible pour une personne "seule" et "sans visite", surtout lorsque sa vie s'achève, lui "paraît logique". Son ton s'amenuise, son discours devient hésitant lorsqu'elle dit cela. Des affects dépressifs semblent déliter son discours. Un positionnement soignant qu'elle inscrit dans un mouvement collectif de son équipe, le groupe étaye là encore. Mais cela peut être clivant et des mouvements désorganisateurs dans l'équipe paraissent néanmoins à l'œuvre quand elle nuance : "Après c'est pas logique pour tous les soignants".

Cet accompagnement du trépas par les soignant.es se manifeste donc par une présence physique au chevet, tactile aussi pour ces soignant.es du corps. L'importance de "tenir la main" est mentionnée par Fred et Gwen plusieurs fois. Pour elle "[tenir] la main chez quelqu'un qui meurt tout seul" a pour but d'éviter un sentiment de solitude dans les derniers instants, "pour qu'ils partent sans peur". Cela revêt aussi une dimension éthique et nourrit une représentation positive du travail effectué. Elle se dit "satisfaite d'avoir accompagné les gens, qu'ils soient pas morts tout seul dans une chambre d'hôpital".

Pour Fred cela relève aussi de la représentation d'un bon accompagnement au regard de la fin qui arrive : "Il faut tenir la main, faut être là". Un engagement physique minimum pour elle se concrétise, il semble s'agir ici d'une véritable mise en acte de l'accompagnement. Elle ne comprend pas et exrpime sa colère à l'endroit des "soignants qui veulent laisser partir les gens euh sans… sans tenir la main, sans être là quoi". Une dimension projective d'un en-trop effractant dans cette confrontation à la mort opère peut-être ici.

Ce ressentiment s'exprime aussi lors du deuxième entretien à propos de la situation de la nonagénaire décédée seule avec une chanson de Mariah Carey : "Si y avait au moins un truc qu'on pouvait faire, c'était euh, qu'elle ne parte pas seule quoi". Elle raconte l'échange qui a suivi avec sa jeune collègue : "Je lui ai demandé pourquoi [...] y avait personne dans cette chambre, pourquoi elle était partie toute seule. Donc elle m'a dit qu'elle était occupée à côté". De par son expérience, Fred essaie de transmettre ses valeurs et ses pratiques, donnant des conseil pour quand "ça se précipite" : "Si t'as pas d'urgence, si t'es pas en stérile, en train de brancher une dialyse, ou je ne sais trop quoi… Tu y vas. Et si tu ne peux pas, et bah y a toujours des collègues qui sont disponibles. Donc à ce moment-là tu, tu demandes aux filles euh [pause] qu'elles viennent prendre ta place". La dimension défensive probablement à l'œuvre chez sa collègue n'est pas traitée directement, bien que cela semble susciter sa colère à un niveau plus inconscient.

La question du caractère accompagné ou non de la mort semble saisi en creux, par le négatif de l'absence autour des personnes qui meurent seules. Ce vide invite à penser la présence de l'entourage, particulièrement familial, habituellement silencieux en ce sa présence représente la norme. Les nuances de sa présence deviennent conscientisables : il y a des entourages plus faciles que d'autres à accompagner. Cela invite à penser les pratiques de leur accompagnement. Une hiérarchie se construit par ailleurs dans les représentations d'un travail satisfaisant quant à la présence dans l'accompagnement du trépas : d'abord la famille, sinon les soignant.es, surtout pas seul.e.

B-3 : Le Contexte qui l'entoure

Pronostic connu ou non

Ce code thématique a trait au discours manifeste, il recouvre les références liées à la connaissance ou l'absence de connaissance du pronostic létal dans la maladie d'un.e patient.e suite à une annonce médicale, ainsi que ses effets. Cette connaissance pronostique peut concerner la personne malade elle-même, son entourage ou les professionnel.les qui les accompagnent. En d'autres termes, les verbatims de ce thème décrivent comment ces différentes configurations vont impacter la prise en soins et le vécu des situations cliniques par les soignant.e.s, selon si une situation de fin de vie est appréhendée comme telle par les

soignant.es-mêmes, la personne malade ou son entourage. Cela rejoint la question du caractère soudain ou attendu d'un décès, mais se réfère plutôt à l'information pronostique plus ou moins formelle et à l'accompagnement qui précède le décès plutôt qu'à sa survenue elle-même, en ce que ce paramètre est cité par les participant.es comme concourant à leur prise en soins.

Pour les soignant.es, savoir semble permettre de se préparer à la perte lorsqu'une relation s'est développée avec la personne malade, et aussi d'adapter son travail. Cette adaptation se réfère implicitement à des valeurs de soins palliatifs comme priorisation du confort et de qualité de vie dans la prise en soins. Par exemple Pat dit dans ces contextes "tout faire pour que... ses derniers instants soient… [...] Essayer de voir pour qu'il soit bien installé, qu'il ait pas de douleur, même être présent s'il y a besoin de parler, ou, le moindre euh… petite chose". Il semble aussi s'agir d'une forme de *prédeuil soignant*, des soignant.es et qui passe par le soin, leur action.

Mais savoir à l'avance peut aussi être angoissant. Ainsi Manu, qui a tendance à s'identifier aux malades, décrit comment la confrontation à ces malades au fait de ce devenir est "difficile". Il dit par exemple de malades en USP : "Ils savent euh, qu'ils sont - entre guillemets - condamnés et que… -fin, ils vivent la même chose. Donc je pense au niveau moral, enfin, moral, au niveau psychologique pour eux, ça doit être difficile aussi".

Lou exprime quelque chose qui relève plus de la manifestation d'affects dépressifs du fait de "moins se battre" lorsqu'elle explique qu'elle trouve que les situations de fin de vie "c'est plus compliqué parce que la fin on la connaît : ils vont décéder".

Cette connaissance du pronostic peut être amenée par un discours médical qui clarifie la situation et structure ainsi la prise en soins. Mais lorsqu'il fait défaut, il est parfois remplacé par une appréciation pronostique soignante instinctive. Un jeu d'identifications aux malades et de projections de l'expérience antérieure, étayé par les connaissances biomédicales acquises en formation et sur le terrain, permet de comprendre quelque chose de cette mort qui arrive. Comme quand Vic dit repérer fréquemment les personnes proches de la fin.

Gwen estime par exemple : "Y a des patients, [...] y a 90 % de chance qu'ils puissent décéder". Oliv décrit : "Des fois on est, on est tout de suite au courant, ou alors on voit le patient, on voit les patho- les, les antécédents aussi. On se dit: « Oh ! »", et elle s'arrête sans pouvoir nommer plus précisément cet élément qui semble maintenu au niveau préconscient. Ces soignant.es semblent vouloir substituer des représentations anticipatrices au discours médical afin de pouvoir *se préparer* au décès.

Quand tout le monde sait : malade, entourage, soignant.es, cela peut faciliter le travail en ce que les objectifs de la prise en soins sont clarifiés, au regard de valeurs liées aux soins palliatifs. Pat dit par exemple : "Pour moi accompagner c'est, c'est être présent auprès du patient. Parce qu'il sait, lui, comme moi, qu'il va mourir". Vic revient sur son expérience de stage en USP : "Les patients ils arrivent, bon bah ils savent pourquoi ils sont là. Et euh, on est

très à l'écoute du patient. « Qu'est-ce que vous aimez, qu'est-ce que vous voulez dans votre chambre, qu'est-ce que vous pouvez apporter, vos photos, vos trucs »". Tann trouve aussi que "même si on n'est jamais prêt je pense à ce genre de situation, ils sont préparés, en tout cas on leur a dit vraiment, ça a été verbalisé." **Savoir semble permettre aux patient.es que puissent se mettre en place les processus psychiques spécifiques au mourir.**

Mais ces processus psychiques sollicitent l'accompagnement : "C'est des patients qui ont besoin de beaucoup d'attention, de beaucoup de choses avant - d'être sur cette fin-là". Tann paraît mise à mal par cette connaissance des patient.es de leur mort à venir, qui mobilise leur sollicitation à son endroit. Cela est angoissant.

Elle repère aussi des mouvements désorganisateurs au niveau groupal : "On n'arrive pas à adapter, du coup, la demande du patient, qui verba-, qui sait qu'il est en fin de vie".

Pour Manu aussi, lorsque la personne malade sait qu'elle va mourir, "c'est plus compliqué". Il dit ainsi en parlant de situations cliniques : "Il savait que... Le monsieur savait en plus, euh... qu'il allait pas... s'en sortir, et euh... Effectivement oui ça été difficile aussi". Concernant une autre patiente : "Elle savait qu'il lui restait plus que quelques mois à vivre, donc euh…". Son discours reste suspendu, les mécanismes identificatoires sont au premier plan et entraînent une angoisse de mort. Imaginer travailler dans un service de soins palliatifs est difficilement pensable, laisse présager le risque d'un débordement par l'angoisse.

Il arrive aussi que les soignant.es soient au fait du pronostic mais pas la personne malade et/ou son entourage, que tout le monde n'ai pas le même niveau d'informations ou de leur intégration. Fred décrit par exemple au détour d'un récit clinique : "Nous on le sait, tu sais aussi que les deux parents, le frère du patient lui est très au clair, tu sais que le papa et la maman eux sont pas du tout du tout là-dedans, sont dans le déni complet et… voilà." Comme souvent dans ces entretiens, l'adverbe "voilà" semble condenser quelque chose de la difficulté, de l'angoisse mobilisée par ces situations, qui peine à être élaborées dans la dynamique d'entretien.

Ces contextes paraissent mettre les soignant.es dans une situation complexe et désorganisatrice tant au niveau du travail soignant que du fonctionnement d'équipe. Vic raconte : "Des fois, bon, on voit des trucs dans le dossier médical, et la famille est pas tout à fait au courant non plus, donc faut faire attention aussi à tout ce qu'on dit [...] notre point de vue médical, en gros on n'a le droit de rien dire, y a que le médecin qui peut". Elle se sent coincée, le manque d'étayage par le discours médical auprès de l'entourage l'empêche dans son travail d'accompagnement de peur de se sentir en défaut, coupable d'une transgression par la parole. Elle poursuit : "Mais les familles des fois nous posent des questions. Et bah toi, tu peux pas répondre, souvent on dit : « On sait pas, faut voir avec le médecin ». C'est compliqué [...] on est vraiment entre le médecin et la famille, donc euh, faut vraiment qu'on fasse attention à tout ce qu'on dit." Une situation inextricable qui amène une tension éthique, partagée entre le principe de transparence lié à ses valeurs du soins et le respect de sa fonction paramédicale sans glisser vers une fonction médicale.

Mais ce manque de transparence peut aussi être lié à la volonté de la personne malade. Cette dernière est alors non seulement dans son droit au regard de la législation française, mais aussi des valeurs du soin, et notamment des soins palliatifs qui mettent la volonté des malades au centre de la prise en soin, dans une perspective humaniste et autonomiste.

Aussi, après une pause dans son discours, Vic reprend :

"Ouais, c'est pas facile. Et puis, ouais, c'est dur aussi quand toi tu sais beh que la famille euh, par exemple elle a un cancer, elle est engagée et tout, [...] des fois t'as des patients aussi qui veulent pas qu'on le dise aux proches [...] et puis quand on entend la famille ou des enfants : « Maman, tu vas bientôt rentrer, tu vas voir, on va faire comme avant », [...] toi tu sais très bien et la patiente aussi que… non, ça n'existera plus euh, la personne va peut-être mourir euh, voilà, à à l'hôpital. Tout ça, c'est… hm. [se racle la gorge] Des secrets quoi."

Gardienne du secret de la patiente, Vic semble ici s'identifier à la famille et se projeter après le décès, avec une certaine culpabilité, dans des affects de deuil alourdis par le non-dit du pronostic létal.

Lorsqu'un ou une patiente intègre le service, la question du pronostic semble se poser en fonction des antécédents et du diagnostic, sur la base à la fois des connaissances médicales des soignant.es, et aussi sur la base de leur expérience clinique des situations de fin de vie. Le discours médical a une valeur structurante, mais parler de la mort qui arrive peut mobiliser des processus psychiques singuliers chez chaque professionnel.le.

Son absence laisse place à la projection, à partir de mécanismes de défenses qui visent à se protéger de cette question de la mort, ou au contraire par la construction de représentations de la mort à venir à partir d'une intuition clinique qui vient se substituer au discours médical. Une problématique qui se joue dans le lien triangulaire entre soignant.es, malades et entourages.

État préalable : contexte somatique, pathologies et évolution vers la mort

Dans les entretiens, les soignant.es ont porté une attention particulière à l'état des patient.es dans les derniers temps de leur vie, avant l'agonie et le trépas. Il s'agit d'une période de quelques jours, semaines ou mois, lors de laquelle les soignant.es vont être confronté.es dans leurs soins, au corps à corps, à l'évolution de l'état de la personne en fin de vie.

La question du "diagnostic" (Lou), c'est-à-dire du **type de pathologie** et de ses symptômes dans leur évolution plus ou moins incurable, sous-tend les discours sur l'état des malades qui finissent leur vie dans les services.

Oliv explique ainsi que les diagnostics de “cancer” sont associés pour elle à des représentations de gravité et de symptômes précis, en plus d’avoir une valeur pronostic sur le risque létal, surtout s’il est “métastasé”. Elle s’appuie sur le “on” groupal de l’équipe pour étayer son discours. Elle parle aussi d’”Alzheimer” ou de “Parkinson avancé”, des maladies neuro-évolutives dont elle connaît les symptômes en phase avancée.

La question d’une certaine temporalité revient aussi, dans le sens d’un temps d’accompagnement et de soins où l’état de la personne malade évolue. Elle parle ainsi “des pathologies qui traînent en longueur, vraiment très très en longueur”. Vic aussi parle d’”un patient qui était venu pour une décompensation [...] BPCO” qui “décompensait [...] au fur et à mesure” du fait de cette insuffisance respiratoire chronique à l’évolution lente, par paliers plus ou moins réversibles. Les pathologies évoquées directement sont toujours des maladies graves, évolutives et incurables, dont les soignant.es constatent les effets sur les personnes malades au fil de l’hospitalisation ou des séjours répétées.

Derrière la question de la pathologie et de son évolution, il ressort la notion d’**un état dégradé ou qui se dégrade,** particulièrement éprouvant pour ces soignant.es. Tann mentionne ainsi à propos d’une situation clinique antérieure : “Dans cet état-là [...] il a fait que de se dégrader de jour en jour”. En creux apparaît l’aboutissement de cette dégradation inexorable que sera la mort.

Il semble particulièrement difficile pour les soignant.es qui en parlent d’être confronté.es à des corps très dégradés, d’autant plus lorsque l’issue de la prise en soins sera létale. Cela peut laisser des traces dans la psyché, qui restent en suspens et font trauma. Mais elles peuvent aussi être mises au travail par le soutien groupal dans l’équipe, le plus souvent de manière informelle.

Nell explique ainsi : “On reparle souvent de nos patients euh… qui… qu’on a eus [...] des histoires assez quand même euh… compliquées et… plus ou moins dures et puis long, aussi.” L’appropriation marquée par le verbe *avoir* semble signer ici quelque chose des affects de deuil à l'œuvre dans ces échanges entre collègues. Parler de situations “compliquées” semble aussi renvoyer à l’engagement dans les soins, les efforts qu’ils ont requis.

Il s’agit d’un état considéré comme dégradé en fonction de l’état antérieur de la personne malade, telle qu’elle a été rencontrée par le ou la soignante, ou telle qu’elle est connue par son dossier médical. Gwen se repère à “son degré de dépendance, [...] sa qualité de vie d’avant…” Une considération qui semble porter aussi la question du désir en ce que la projection vers l’avenir est envahie par la massivité des symptômes actuels, sans espoir d’amélioration au regard de la maladie et de son évolution.

Cette dégradation peut être marquée par **des symptômes qui débordent** en ce qu’ils s’imposent aux soignant.es à un niveau sensoriel, en amont du décès, et cela semble se poursuivre après le décès comme vu précédemment dans le rapport au cadavre.

Oliv parle de “quand on voit le patient complètement recroquevillé”, une position étrange et qui symbolise une souffrance physique ou psychique. Elle évoque aussi, dans un discours marqué par un soupir et des pauses fréquentes “les vomissements, les nausées, les pertes de cheveux et tout ça”. Les termes “et tout ça” paraissent condenser quelque chose de la grande variété de symptômes dont elle est témoin, et dont la confrontation peut-être effractante. Même si “on est habitué maintenant” dit-elle, l’énonciation témoigne du caractère éprouvant qui persiste malgré l’expérience et les mécanismes de défense qui visent une mise à distance de ces situations difficiles.

Là encore, **raconter des situations cliniques permet d’élaborer une pensée** sur cette exposition aux symptômes de personnes à l’état dégradé. Charlie, Pat, Oliv et Vic se saisissent de l’espace de l’entretien de recherche pour élaborer quelque chose de ces situations dont des traces traumatiques semblent être restées en suspens.

Charlie mentionne ainsi, dans son récit sur la réanimation qui lui semblait déraisonnable, le fait que le patient “devait faire quoi 35 kilos” parce qu’”il mangeait plus, [...] y avait plus rien”. La dégradation corporelle de la personne en fin de vie revêt ici un potentiel désubjectivant. Le corps décharné et inactif, où le désir semble avoir disparu jusqu’au plus fondamental qui s’appuie sur la pulsion orale, est comme vidé de sa substance. Le sujet de ce corps disparaît avec l’espoir de sa survie, et plus encore d’une amélioration de son état de santé qui permettrait une dynamique de désir : “y avait plus rien”.

Pat développe aussi longuement une situation clinique qui l’a beaucoup marquée, par la relation singulière qui l’unissait à ce patient. Il avait “fait son entrée” et a vu son état se dégrader au fur et à mesure que son cancer pulmonaire évoluait malgré les traitements curatifs. Il raconte les évolutions marquantes, symboliques, des symptômes et de la prise en soins alors que son état se dégradait “de plus en plus” : “la fatigue”, la “perte de cheveux”, la perte de l’autonomie, des fonctions cognitives, l’incontinence. Une évolution qui “change un homme” : “il parlait plus qu’en [sa langue natale], et sa femme disait, il insultait tout le monde, quand il bavait pas”.

Il décrit cette évolutivité de son état qui l’a marqué : “C’était affreux de… de s’en rappeler comment il a été au début [pause] et comment il était là”. Une situation prise dans son histoire professionnelle, qui y laisse une trace : “C’est… la première fois que je mettais une grenouillère à un… homme âg-… enfin qui avait quoi quarante-cinq, cinquante ans”.

Un refoulement semble opérer quant aux concertations formelles sur l’évolution palliative de la prise en soins : “Je sais plus si après y a eu… [souffle légèrement] une étape où on a dit : « Bon, ça sert plus à rien » ou quoique ce soit.“ C’est ici le corps du mourant qui , dans sa dégradation, semble revêtir déjà au même titre que le cadavre, une inquiétante étrangeté, peut-être dans cette séparation symbolique repérée par Higgins (2003).

Oliv aussi raconte en détails une situation clinique qui l’a marquée en ce que l’état de la patiente était très dégradée. Comme Charlie, il s’agit de la situation d’obstination évoquée

précédemment, à propos d'une patiente porteuse d'une grave infection à bactérie multi-résistante. Il a été éprouvant d'être confrontée dans les soins à "un escarre infecté [...] sur la hanche" qu'elle a vu évoluer, qui était "tout petit" et qui, malgré différentes interventions chirurgicales, "s'est creusé à l'intérieur [...] et plus ça allait plus ça descendait". La plaie infectée s'étendait finalement sur "la fesse, la hanche, et euh, jusqu'au genou. Même on desc- et à un moment on descendait même sur le- sur le... le tibia."

Le discours se désorganise ici sous l'effet de l'archaïsme mobilisé par cette "plaie énorme", une plaie qui "coulait énormément". Ses connaissances semblent lui permettre de tenir : "On le voyait, les sécrétions étaient vertes, donc c'était vraiment infecté". Une forme d'élaboration peut-être sous-tendue par une rationalisation défensive face à la massivité des percepts : "Elle est morte de ça en fait. Parce que la bactérie qui était dans l'escarre [pause] a migré [...] jusqu'au cœur. Euh... et après alors… les antibiotiques euh, elle a commencé à faire des résistances. C'était... Après elle a commencé à avoir des diarrhées, donc ça infectait aussi le- le pansement".

Il s'agit là d'une situation complexe où l'état de la patiente mobilise une angoisse archaïque, mais aussi de l'impuissance liée à l'échec des traitements médicaux et des soins infirmiers. Des soins longs et techniques, engageants, qu'elle évoque en utilisant beaucoup le verbe *falloir*, marque d'un agir empreint d'une maîtrise protectrice. Une forme de toute-puissance médicale paraît opérer de façon groupale dans cette situation. Elle révèle une certaine ambivalence entre la poursuite d'une approche médicale technique qui amène une forme de jouissance, et aussi une culpabilité liée à une angoisse de castration en même temps que des angoisses plus archaïques de mort, de morcellement et de vidage semblent à l'oeuvre.

Vic aussi décrit des situations cliniques qui semblent marquées par une véritable saturation sensorielle dans l'exposition aux symptômes qui évoluent irrémédiablement. Comme Oliv, elle évoque une notion d'"habitu[ation]" à ces situations. Passer par l'identification aux familles semble lui permettre de projeter une partie de l'angoisse à l'extérieur : "Après, quand c'est, quand c'est ton, c'est t- tes proches, ça a rien à voir hein".

Elle décrit la situation d'une patiente dont l'état "se dégrade [...] de jour en jour", évoquant "l'image qu'elle présente" marquée par les symptômes qui s'aggravent dans un discours empreints de pauses :

"Et puis, t'as beau avoir un matelas anti-escarres et tout, après, c'est voilà, quand c'est dénutri, c'est complètement… déshydraté et tout, ça s'abîme plus vite, y a [pause] les odeurs qui s'installent [...] Y a… la couche qui se, voilà, y a des encombrements qui arrivent."

Là encore le ton de sa voix s'amenuise, effet de l'angoisse à l'œuvre, ou peut-être d'affects dépressifs. Elle explique que "t'as l'impression que la patiente elle est déjà, elle est déjà, voilà. Y a plus que le cœur qui bat mais qu'elle est déjà [pause] décédée quoi. 'Fin, vous voyez la, je sais pas, l'image que ça peut représenter quoi". Elle mobilise la relation dans la rencontre en entretien de recherche par des oscillations entre tutoiement rhétorique et

vouvoiement de circonstance. Cela semble témoigner d'une mise en partage d'affects peu élaborés, restés en suspens et repris dans la rencontre.

Ce type de description des corps en fin de vie revient plusieurs fois dans ses deux entretiens. Elle mentionne par exemple un patient dont la plaie "sentait le pourri". Concernant une autre patiente, elle parle aussi, à partir d'un ton de voix bas, de "l'image que ça dégageait" dont elle dit via une minimisation défensive que "c'est un peu compliqué [...] pour tout le monde".

L'emploi du pronom "ça" de l'objet revient pour désigner **un corps qui semble désubjectivité par sa dégradation**. Elle explique que "le corps se… s'abîme de plus en plus" dans une situation d'accompagnement palliatif où "faut laisser la nature faire". Elle liste les éléments de cette dégradation corporelle qui mobilise chez elle des excitations sensorielles sur différentes modalités, avec des scantions par des pauses et des jeux de souffle : "Les images étaient pas très… [...] La bouche ouverte, les yeux creusés, 'fin, c'était… Le teint… L'odeur euh… L'état cutané… Le bruit euh…" Quelque chose de mortifère semble à l'œuvre. Le corps dégradé en fin de vie, mourant, apparaît comme à la fois mort et vivant, un être vivant qui **se confond de plus en plus avec le cadavre**.

La question des escarres revient aussi. Elle évoque un autre patient dont la gravité des escarres entraînent aussi une confusion avec l'état de cadavre : "Ce monsieur en fait il avait des escarres de fou ! Mais quand je vous dis de fou… Au trochanter et tout, y avait des asticots [sur le ton de la confidence]". Se retrouve dans ce discours une certaine forme d'excitation comme pour Val, par défense ou par débordement pulsionnel.

Elle insiste sur le caractère "horrible" et "épouvantable" éprouvé pendant les soins, inefficaces. La question de l'impuissance est encore mobilisée, ainsi que des angoisses archaïques dans la confrontation à ces véritables ces trous dans le corps, qui entraînent une forme de porosité entre le dedans et le dehors du corps. La dégradation de l'état cutané semble signifier une perte de la contenance du corps qui le désorganise. Là aussi se retrouve les éléments difficiles mis en avant par Fornezzo (2021), relevant du *dégoûtant* dont parle Lhuilier (2007).

Les corps qui se dégradent beaucoup sont éprouvants, mais dans la perspective de la temporalité du mourir ressort aussi **la question des corps qui se dégradent vite**.

Oliv le mentionne concernant une situation clinique qui l'a beaucoup marquée, Handy aussi parle d'un patient "qui se dégradait euh… très rapidement et euh…", son discours restant là aussi suspendu. La vitesse de la dégradation du corps semble avoir un potentiel sidérant qui rend difficile l'élaboration du discours. Cela prend toute la place dans sa description du contexte : "Alors franchement je pourrai plus vous dire la pathologie, etc".

Cette évolution rapide, qui ne laisse peut-être pas le temps d'intégrer la situation et d'élaborer la mort à venir, peut entraîner ces vécus de décès soudains précédemment décrits. Contrairement aux patient.es "qu'on a vu vraiment évoluer" (Oliv) dont la dégradation s'inscrit

dans la continuité de la prise en soins. Cela est plus difficile pour les patient.es “u’on a reçu, qui étaient bien, ou qui avaient une petite pathologie, et ça s’est… enchaîné, ça s’est aggravé, et puis à la fin ben on leur dit: « Bon, ben finalement il y a plus rien à faire, soins palliatifs »”. À défaut de pouvoir intégrer une situation d’évolution rapide vers la mort, elle semble vivre une accélération qui la laisse démunie, là encore impuissante.

Val décrit un vécu assez identique, mais parle plutôt des fluctuations de l’état avant une aggravation finale qui conduit au décès. Des situations où “quelqu’un qui est en fin de vie euh, qui s’améliore et puis qui en fait ben non, ça s’aggrave et puis ça finit”. Ou des évolutions non perceptibles, qui mettent en défaut sa perception intuitive de la situation : “Des fois physiquement, ça s-, ça se voit pas forcément. Même des fois [...] nous, en tant que soignants, on peut se dire: « Ah bah ça va mieux », en fait sur le plan euh biologique euh, ect, on voit que ça s’aggrave et... en fait on se dit: « Ah ouais, il va partir, déjà bientôt, ah bon on dirait pas ». Ouais [aspiré]”. Une mise en défaut de processus protecteur semble majorer l’angoisse.

La dégradation de l’état des malades dans le temps semble concourir à ces représentations anticipatrices quant au décès à venir. Son appréhension paraît se faire via le traitement des informations médicales et de façon plus inconsciente sur une élaboration intuitive basée sur l’expérience.

En lien avec cette dégradation corporelle, se retrouve la question de la confrontation à **la souffrance des malades**, surtout lorsque celle-ci est difficile à soulager malgré les soins et les traitements. Cela expose à de l’angoisse par la voie de l’identification, et à un sentiment d’impuissance par la mise en défaut des soins apportés. C’est le cas pour Vic, dans certaines des situations cliniques qu’elle énonce. Concernant le patient qui “sentait le pourri”, elle répète par exemple qu’”il souffrait, il souffrait, il souffrait”. Une boucle qui semble marquer la valence traumatique de la confrontation à sa souffrance, d’autant plus que la fonction médicale semble ici faire défaut pour elle, par manque d’acculturation à une approche palliative : “Je sais qu’ils avaient du mal des fois à mettre en place l’Hypno, la morphine, tout ça pour… [aspire]. L’ancienne cheffe avait beaucoup de mal, c’était une ancienne et, [aspire entre ses dents] elle avait du mal là-dessus”. La difficulté de la médecin ne fait pas sens pour Vic dans l’après-coup du fait que le “patient [...] a fini par être tran-sféré en soins pall’ [en USP ndlr]” après plusieurs mois dans son service.Son discours est à nouveau marqué par le souffle, tantôt aspiré tantôt soufflé, et les pauses qui mettent en suspens.

Elle se souvient de cet homme et de son histoire. La relation qui s’est construite au fil du temps, empreinte là encore d’identification, laisse trace : “Il souffrait le pauvre. En plus, s- c’était un monsieur, il avait une, une une bonne situation. Je crois qu’il travaillait chez [compagnie aérienne], [...] il était chef. [aspire entre ses dents] Et tu te dis, mais quand tu vois comment tu deviens et tout.”

C**ette souffrance réfractaire peut mettre les soignant.es en position de se sentir maltraitant.es**, ce qu’évoque Fred à propose de “ces patients-là [...] dans une telle souffrance” : “T’as des patients qui sont tellement douloureux que leur faire une glycémie, c'est c'est c'est

les torturer". Ici la mise en tension de l'intensité de la souffrance avec un acte de soin faiblement invasif et très banal en milieu hospitalier offre un contraste éloquent. Là encore les mots qui se répètent marquent un caractère traumatique de la situation, en lien avec un sentiment de culpabilité par la souffrance majorée de façon induite.

Une culpabilité émerge aussi lorsque l'état de la personne gravement malade est altéré du fait des soins et traitements. Cela explique sans doute la place des effets de l'obstination déraisonnable dans certains discours, notamment les récits de situations cliniques évoquées par Charlie sur le massage cardiaque et Oliv concernant l'escarre infectée nosocomiale.

Toutes les participantes travaillant en réanimation parlent de la difficulté à se représenter comme faisant souffrir. Gwen le mentionne spécifiquement dans son discours sur les facteurs qui rendent un décès plus ou moins difficile pour elle, s'appuyant sur la dimension groupale de la prise en soins : "Si on a été euh déraisonnables ou pas dans les thérapeutiques". Lou parle de la lourdeur des soins qu'elle et son équipe prodiguent : "La réanimation, c'est dur, c'est lourd pour les patients, c'est galère, c'est traumatisant". Un mécanisme identificatoire semble en jeu. Les qualificatifs "galère" et "traumatisant" venant après "pour les patients", ils revêtent une dimension plus ambiguë, pouvant être rattachés à la fois aux patient.es et à la soignante.

Fred évoque de façon plus spécifique les symptômes induits par la réanimation : "Ils ont les mains comme ça, tout gonflé… y a une… non reconnaissance physique, des fois, hein. Tellement ils sont oedématiés etc." Concernant un patient en particulier, elle explique : "Il avait plus de ventre, il avait plus rien, 'fin c'était euh du… carton plein de cicatrices de partout, 'fin… Puis on lui a cramé les neurones quoi." Là aussi la dégradation extrême, causée à la fois par la pathologie et par la lourdeur de soins intensifs, entraîne une forme de désubjectivation où le patient est réduit à ses cicatrices, elle même réduites à de la matière (le carton) dans une inquiétante étrangeté qui altère sa présence subjective : on ne le reconnaît plus par son apparence physique, il n'est plus lui-même par l'altération de ses fonctions cognitives.

Nell aussi parle de ces soins "compliqués" qui vont être douloureux pour les malades. Démarrant une formation spécifique en soins palliatifs, elle voudrait pouvoir plus "mettre en œuvre" ce qu'elle apprend "par rapport [...] à l'état du patient". Une approche et des connaissances étayées par la dynamique de formation, qui semblent permettre d'atténuer ce sentiment de culpabilité face aux patient.es qui souffrent le plus.

La confrontation à cette souffrance dans une position d'impuissance peut entraîner un souhait de mort chez certain.es soignant.es. Cela peut s'exprimer par une volonté d'arrêter les thérapeutiques lourdes, dans un ancrage à un référentiel palliatifs. C'est le cas de Fred dans cette dernière situation : "Le cerveau est… est grillé et… du coup là on est sur un espèce de truc où, va falloir arrêter vite quoi, parce que ça n'a pas de sens si tu veux". Dans cette situation, la souffrance extrême sans espoir de rémission ôte son sens à une prise en soins

lourde. Cette souffrance induite apparaît, de façon sous-jacente, plus supportable lorsqu'elle concourt au *cure*.

Tann et Kim ont pu exprimer ces souhaits de mort. Tann à propos d'une situation clinique : "Son état se dégradait tellement que je pense qu'il faut vraiment, qu'on arrive à un, voilà à un point final." Kim, dans une réflexion de portée plus générale : "Après, ça dépend, quand on voit dans [pause] l'état où ils sont, on a juste envie de se dire : « Bon bah [pause] qu'ils partent et qu'ils soient… en paix, reposés », parce que quelquefois, on les voit, ils souffrent [pause] énormément. [pause] Ça dépend vraiment du profil euh de la personne".

Dans ces deux cas l'exposition à un en-trop de dégradation et de souffrance des patient.es entraîne directement le souhait que cela s'arrête. Il ne s'agit pas réellement d'un désir dans le sens où il s'agit vraiment ici de fuir un déplaisir, et non de tendre à une satisfaction pulsionnelle, bien que dans les deux cas une forme de tension opèrent sur les soignant.es. Il est aussi intéressant de noter que Kim et Tann sont les plus jeunes de l'échantillon. Avoir peu d'expérience de terrain et un développement psychique de jeune adulte, encore pris dans des fonctionnements de jeunesse, concourt peut-être à cet insupportable, là où Fred ancre le souhait de mort dans un référentiel palliatif qui finalement le structure.

Même si, au niveau du discours des soignant.es, une certaine ambiguité ou ambivalence peut apparaître quant à l'intentionnalité des limitations de soins, aucun.e n'aborde directement un positionnement éthique en faveur d'une démarche active dans le processus du mourir comme dans l'euthanasie par exemple. Il semble plutôt s'agir pour les soignant.es qui ont pu exprimer un souhait de mort à l'endroit de patient.es, d'une recherche de mettre fin à une dimension anxiogène ou traumatogène liée cette confrontation aux personnes mourantes dans un état de souffrance.

Si cette souffrance peut entraîner un souhait de mort chez des soignant.es, cela peut également être le cas pour ces personnes qui souffrent : **des souhaits de mort exprimés par des patient.es pour mettre fin à une souffrance vécue comme trop intense ou trop longue**.

Là aussi cela peut-être de façon indirecte par le refus de soins, comme lorsque Lou cite les patient.es qui disent : "Laissez-moi, laissez-moi". Vic détaille tout particulièrement le récit d'une situation clinique où le patient demandait expressément à mourir : "Il le disait clairement : « Je veux mourir, laissez-moi mourir [...] je souffre ». Il l'exprimait en actes aussi. Vic décrit ses conduites suicidaires via une banalisation défensive par le registre de l'infantile : "Lui il faisait que des bêtises". Un matin ses collègues l'ont ainsi trouvé dans sa chambre avec "la ceinture de sa robe de chambre [pause] autour du cou. Et une blouse autour du cou." Une situation difficilement supportable pour Vic du fait de la confrontation à la souffrance de cet homme qui demandait à mourir et "pleurait" beaucoup, dont la prise en soins était très lourde techniquement : "Il demandait une heure et demie de soins quoi, le matin quoi, entre faire la toilette, il avait des, [pause] des plaies partout, il pouvait plus bouger la jambe, dès qu'on le touchait, on l'effleurait, c'était des hurlements."

Se retrouvent ici la question du corps dégradé et de la culpabilité à faire souffrir pendant les soins. La question de la temporalité aussi : un suivi long, une fin de vie très progressive chez un monsieur dont les médecins disaient qu'il avait "presque plus de cœur" et qu'il allait "partir". Elle met d'ailleurs en sens ses passages à l'acte suicidaires, par induction intuitive : "Je pense qu'il le sentait quoi."

La dimension débordante de cette situation clinique entraîne aussi une dynamique d'évitement, mais qui ne s'exprime pas par un souhait de mort. Elle aurait souhaité qu'il soit transféré en Unité de Soins Palliatifs, du fait du pronostic létal et de la lourdeur des soins, ce qui correspond d'ailleurs aux indications d'orientation dans ce type de services. Cela parle aussi d'impuissance dans un contexte où en tant qu'infirmière son action dépend des prescriptions médicales, avec lesquelles elle n'est pas toujours d'accord.

Elle s'exclame avec une certaine colère qui se décharge de façon motrice dans l'entretien que "les doses n'étaient pas assez [...] fortes !", se référant là encore à ses connaissances de l'approche palliative acquise au fil de sa vie professionnelle. Concernant les passages à l'acte suicidaires, elle exprime même une certaine forme de maîtrise de l'équipe soignante à l'endroit du patient : "J'ai dit aux collègues : heureusement qu'ils l'ont vu."

Comme pour d'autres qui ont participé à cette recherche, son discours laisse paraître la question de la relation et d'un certain investissement affectif de ce "petit Papy" qui l'a touchée, prise encore dans des jeux identificatoires : "Il me faisait mal au cœur ce petit père". L'emploi du mot "cœur" parle de cette dimension affective. Il est aussi intéressant qu'elle emploie ce mot précisément dans un discours où elle mentionne un patient qui "avait presque plus de coeur" dans le sens de la dysfonction organique. Un lien contigu semble se former ici entre patient et soignante.

Elle raconte qu'il "est décédé quelques jours après" cette tentative de suicide, décès qu'elle a appris "quand [elle est] rentrée, revenue de repos". Dans son récit et plus particulièrement quand elle parle du décès, le ton de sa voix s'amenuise. Là encore des affects dépressifs semblent à l'œuvre. La massivité de cette situation et le fait de n'avoir appris le décès que dans l'après-coup semble compliquer un processus de deuil.

En s'appuyant sur l'équipe, elle raconte la tentative de liaison groupale face à la déliaison de cette situation débordante : "Il m'a choquée hein, il avait choqué l'équipe. Et là on avait demandé à rencontrer euh, la psy, parce que c'était trop difficile pour l'équipe."

La question de l'institutionnel est saisie ici de façon ambivalente, mettant en même temps en avant cette ressource de la psychologue qui intervient de manière transversale pour les équipes de l'hôpital, et son discours aboutissant sur une plainte institutionnelle où la projection permet surement d'évacuer le trop plein d'angoisse dans un cadre de travail qui peut manquer de contenance : "Quand t'as… 30 patients en bas, comment tu veux… Bon on est deux infirmières hein, le matin, ça fait 15 patients." Une forme de rationalisation de sa souffrance qui liquide partiellement la question de l'affect.

Une autre dimension mise en avant par les soignant.es qui parlent de l'état de la personne à la fin de sa vie concerne les modalités de relation. Il s'agit du **degré de communication verbale** des malades.

Lou analyse ainsi le vécu des patient.es différemment "si le patient peut parler ou pas". Elle conçoit sa fonction de soignante de manière particulière lorsqu'elle s'occupe d'une personne qui ne parle pas, comme dans une suppléance aux besoins qu'elle ne peut pas exprimer. S'appuyant sur le *on* groupal de l'équipe, elle explique que "très rapidement on essaye, en fonction des besoins du malade d'expression, de passer sur des choses du quotidien qu'il aime bien : les vacances, sa maison, sa famille, la musique… plein de choses comme ça." C'est une façon de soigner par la parole en parlant pour la personne de choses qu'elle aime. Une façon aussi de préserver sa subjectivité malgré la perte d'une capacité à l'exprimer.

Cela se retrouve aussi dans sa considération des volontés de la personne malade. Une dimension très importante pour elle, qui s'ancre aussi, peut-être inconsciemment dans les principes de l'approche palliative telle qu'elle est formalisée par la législation française.

Mais elle a besoin pour cela de s'appuyer sur un discours subjectif minimum de la personne soignée. Il peut s'agir de son discours antérieur : "À partir du moment où il a pu s'exprimer et nous dire ce qu'il voulait franchement… bah pour moi c'est le mieux parce que au final on fait vraiment ce qu'il souhaite". À défaut, le lien avec l'entourage comble le vide de représentation lié à l'absence de parole : "On sait ce qu'ils souhaitent quand on a parlé soit avec le patient, soit avec la famille'. Ces discours structurent ce qu'elle appelle une "prise en charge personnalisée", soit un accompagnement subjectivé : "On sait les croyances pour le coup, comment il souhaite mourir, comment il souhaite que ça se passe après… Oui ça ça change beaucoup [...] on sait très bien ce qu'il veut et ce qu'il faut faire."

Lorsque cette base vient à manquer, cela désorganise son approche. Ce sont des situations qu'elle rattache aux spécificités de son service : "On est plutôt dans une optique de respecter les croyances du patient mais c'est vrai qu'en général on les connaît pas en réanimation. En tout cas, s'il n'y a pas de famille on ne les connaît pas parce que les patients pour la plupart quand ils décèdent ils sont intubés, ventilés donc on a pu ne même pas pouvoir leur parler peut-être avant."

En effet, quatre soignantes mentionnent **le cas des patient.es inconscient.es**, du fait de leur pathologie ou par sédation. Des patient.es qui "ne peuvent pas le dire parce qu'ils sont intubés et en incapacité de répondre, ils sont dans le coma" précise Lou, "surtout en réanimation, en général, ils sont intubés, sédatés, ils ne peuvent pas ouvrir les yeux". Une situation en effet fréquente, aussi évoquée par Fred qui travaille en réanimation. La sédation est par ailleurs signe de gravité, ce qui semble entraîner là aussi une forme de représentation pronostique pré-consciente : "C'est pas toujours évident, mais ces patients-là, qui, en général quand on les endort c'est qu'ils sont en train de récidiver quelque chose, ils sont pas dans un état top, etc…"

Elle parle aussi du cas particulier des morts encéphaliques dont la prise en soins est formellement explicitée, où les patient.es sont maintenu.es artificiellement en vie pour “de potentiels dons d’organes”. Au caractère désubjectivant de l’absence de parole semble s’ajouter un projet de soins mortifère pour la personne hospitalisée, qui à nouveau la met à une place intermédiaire entre le sujet et le cadavre.

Pour Oliv en service de maladies infectieuses, la confrontation à des personnes sans communication verbale du fait de leur inconscience est aussi souvent le fait d’une maladie grave. Cela signifie pour elle quelque chose de la dimension palliative de la prise en soins. Elle dit dans un discours délié que “à p-eine réveillée ou pas, là… [pause] ça, ça change. [...] Quand la personne elle parle plus, elle est p-lus beaucoup réveillée, ça change…”

Ce qui change, c’est sa représentation de sa fonction soignante dans les soins : “On est là plus pour… du soin de confort”. Elle associe sur les traitements de l’inconfort souvent donnés en fin de vie, et qui peuvent concourir directement ou indirectement à une modification de la conscience : “Généralement c’est parce que… aussi… les patients, ils sont, quand ils arrivent à la fin c’est… protocole Hypno euh… Morphine.” Une situation qu’elle estime “difficile”, mais qui en même temps semble structurer son travail en ce que cela révèle implicitement le pronostic létal : “Donc quand c’est là, on sait que c’est la proche fin”.

Dans son service de médecine, Val aussi est amenée à s’occuper de personnes inconscientes. C’est toujours compliqué pour elle, mais cela peut-être transitoire : “Des fois, c’est pas évident parce que y a pas de contact, les premiers temps, [aspire entre ses dents dents] parce que des fois ils peuvent être sédatés par les urgences.” Nommer le service des urgences revêt peut-être ici une dimension projective liée à la difficulté que l’absence d’échange avec les malades apporte à son travail.

Val est en effet une soignante qui, comme Lou, met particulièrement en avant une dynamique subjectivante dans le soin. Elle en parle aussi au regard des personnes inconscientes, pour lesquelles elle identifie un risque de désubjectivation maltraitant au regard de sa fonction d’aide-soignante : “Une personne qui ne répond pas, bah on lui donne ce qu’y a”, là où elle s’attache particulièrement à respecter les goûts des malades. Le soutien de la subjectivité passe ici par la question de l’oralité, et donc du désir.

Si l’absence de communication avec les malades les plus graves, parfois jusqu’à l’inconscience, complique leur soin, **cela vient aussi entraver quelque chose dans le lien à leur entourage**.

Oliv en parle au regard de la première situation clinique qui l’a marquée, où elle semble s’identifier à la fois à la malade et à son conjoint dans la relation de couple. Elle décrit comment la perte de la communication verbale peut perturber la relation entre malade et entourage, mais aussi comme d’autres approches peuvent compenser cela : “Il y avait plus trop d’interaction mais quand elle le, il la touchait la main, elle se détendait. Voilà, elle comprenait quand même que c’était lui.”

Mais cette absence de parole entre malade et entourage peut être aussi irrémédiablement désorganisatrice, et mobiliser les soignant.es dans cette interface entre eux.

Lou explique ainsi que quand une personne malade “communique avec sa famille [...] ils sont vraiment avec le patient”, alors que quand les patient.es “ne parlent pas”, les familles “s’appuient peut-être un petit peu plus sur nous”. Elle imagine par la voie de l’identification qu’“ils se sentent seuls face à la situation”. Elle repère une différence entre l’expression de leur détresse selon si la personne malade communique ou non.

Ces situations peuvent mettre les professionnel.les à une place délicate dans cette interface entre l’entourage et son proche gravement malade, notamment du fait “qu’ils ont du mal à percevoir qu’il va mourir alors qu’il respire encore ou que son cœur bat encore sur le scope” en réanimation.

Dans le cas où la personne est sédatée, cela peut aussi entraîner de la tension entre soignant.es et entourage, et un sentiment de culpabilité chez les soignantes. C’est le cas pour Tann qui raconte que quand “les familles arrivent” et que “le patient ne parle même plus, communique même plus”, elle leur demande des explications : “Bah qu’est ce qui s’est passé ?”. Lorsque la perte de conscience est en effet liée à des traitements, prescrits par les médecins et appliqués par l’équipe paramédicale, elle se sent mise en défaut et répond : “Bah en fait cette nuit on lui a mis ça ça ça euh”, ce qu’elle trouve “délicat parce que [déglutit]” et ne peut élaborer plus loin ce sentiment de culpabilité.

Lou explique quelque chose de similaire concernant l’arrêt des suppléances vitales en réanimation :

“Ils savent qu’il respire artificiellement, qu’il est maintenu juste par les médicaments que l’on administre, mais ils ne comprennent pas qu’une fois que l’on va tout arrêter les médicaments ou la ventilation, il va décéder. Ça peut aller très vite ou comme ça peut prendre un peu plus de temps, mais il ne se maintiendra pas seul.”

Ici l’acte direct d’arrêter un dispositif technique ou médicamenteux peut compliquer la relation équipe-entourage en ce que les affects de l’entourage au regard de la perte sont contradictoires avec le raisonnement médical palliatifs, et entraînent ce sentiment de culpabilité sans doute étayé aussi par l’identification aux familles.

Les soignant.es sont particulièrement sensibles à l’état des malades. La proximité liée à leur fonction fait que leur travail est impacté immédiatement et sensiblement par les évolutions de leurs conditions. Prendre en charge les différents symptômes et s’adapter aux capacités des malades est le fondement de leur travail.

En fin de vie, ces variations de l’état des malades peuvent être particulièrement intenses et les mobiliser dans une acuité singulière. Elles sont aussi sources d’angoisse et

d'impuissance, signifiant la mort qui arrive voire touchant au *dégoûtant* du corps qui se dégrade jusqu'à parfois se confondre avec le cadavre étrangement inquiétant.

Fréquence des décès, accumulations et séries

La dernière dimension saillante dans le discours des soignant.es rencontré.es concerne la fréquence des décès. Comme à propos de la mort esseulé.e (ou plutôt à l'inverse mais dans un mouvement semblable), cette question émerge par la fréquence importante de décès qui survient par périodes dans l'activité clinique. Un intervalle temporel rapproché (dont l'appréciation est d'ailleurs assez subjective) entre les décès va se démarquer de la normalité silencieuse, marquée par l'absence de décès. Cela entraîne un véritable effet d'accumulation voire de séries où ces événements paraissent liés entre eux tant les processus psychiques mobilisés entrent en résonance.

Il peut s'agir d'**une conjoncture singulière, ou des périodes clairement identifiées** comme le précise Gwen : "Les périodes hivernales par exemple", marquées par les épidémies de grippes qui mettent à mal les personnes les plus vulnérables.

Vic analyse, se reposant à nouveau sur son expérience clinique intuitive qui amène la construction d'une représentation relevant presque de la croyance : "Souvent c'est par séries de trois [...] c'est quand ça commence, après ça s'arrête plus." Cela relève presque de la pensée magique, tentant d'appréhender ce phénomène par la maîtrise, la toute-puissance peut-être, ce qui ouvre à la question d'une forme de destructivité.

Ce sont toujours des contextes douloureux pour ces soignantes qui l'évoquent. Gwen l'exprime avec une angoisse qui délie son discours : "C'est difficile quand les décès s'accumulent". Elle précise plus loin : "Quand vous enchaînez les décès, ben à un moment euh [souffle]…" Cela est difficile à nommer et à élaborer bien que cette soignante ait de bonnes aptitudes réflexives. La question de la relation revient aussi : "C'est… Voilà, même si on le supporte, même euh, même si y avait pas de lien, c'est quand même des décès, c'est pas... anodin." Les séries de décès sont éprouvantes, et son discours sous-entend que cela est encore plus difficile lorsqu' un investissement affectif spécifique qui s'est noué au fil de la relation.

Lou décrit des mouvements organisateurs groupaux mis en échec par un en-trop effractant : "Surtout quand c'est un enchaînement. Si c'est juste une personne par ci par là, on se soutient et on passe le cap". Comme pour Gwen, un soupir exprime quelque chose de cette déliaison, peut un effet dépressiogène lié à cette accumulation mortifère : "Après quand c'est tout le monde qui au final est démoralisé, parce que beaucoup de situations de décès d'affilée, quand on fait un décès par nuit ou même deux dans la nuit, on se dit : « [soupir] Qu'est ce qu'on fait? »" Au niveau individuel aussi : "Quand ça s'enchaîne, c'est une fatigue morale".

Pour Vic aussi “ça joue” sur le moral. Par ailleurs, Charlie est épuisée en début de deuxième entretien, elle explique que l’un des facteurs de sont état est qu’il y a eu “beaucoup beaucoup, beaucoup de décès” dans son service récemment. La répétition de l’adverbe “beaucoup” marque cette accumulation.

Fred exprime quelque chose d’identique, qui questionne aussi l’appartenance à son corps de métier, à la fonction soignante comme pensée sous le prisme du *cure* : “On sait que les patients vont tous décéder dans le même secteur. ‘Fin tu vois, quand t’es infirmière, t’es pas là pour euh… faire ça, que ça”. Une forme d’usure semble s’installer dans cette accumulation des décès.

Kim aussi parle des contextes où “on en a beaucoup d’un coup”. Le verbe *avoir* marque ici encore une forme d’appropriation de ces situations. Son discours témoigne des mécanismes de défense qui peuvent s’installer. Elle projette ainsi son angoisse sur ses collègues : “C’est dévastateur pour une personne qui vraiment est sensible.”

Pouvant finalement en élaborer quelque chose, elle témoigne d’une forme d’évitement qui s’exprime avec un humour semblant relever d’un mouvement maniaque protecteur face aux affects dépressifs qui se mobilisent : “Moi en général, je… ferme mon cerveau, je fais un blocage et je fais : « Bon allez… voilà ! » [rire léger]. [...] je, j’y pense pas… [...] Comme ça après, quand… tu rentres chez toi, et tu fais « Wahoo ! Bon, super, encore une journée comme ça...»” Quand elle parle parle ce moment où les pensées reviennent lorsqu’elle rentre chez elle, le ton de sa voix s’amenuise, puis elle se remobilise à nouveau : “Oui, il se débloque quand je suis à la maison, je me pose sur le canapé et je fais : « Oh, la journée mon Dieu ! » [rire]”.

C**ette dimension de série de décès est aussi souvent relevée au détour du récit de situations cliniques**. Gwen étaye ainsi son discours sur les périodes d’épidémies grippales par l’actualité dans son service : “On a beaucoup de décès quand même, [...] beaucoup de grippes chez les patients âgés, donc forcément c’est beaucoup de gens qui décèdent, c’est compliqué d’avoir euh, je vois comme sur la garde de ce week-end où ils ont fait 3 ou 4 décès.”

Kim raconte par exemple : “Moi une après-midi, j’en ai fait trois”. Comme le verbe *avoir*, le verbe *faire* utilisé par Kim et Gwen montre une certaine appropriation de la situation, qui passe par un positionnement dans l’agir en ce qu’il concerne la *gestion* de la mort. Ponctuellement dans son discours, elle évoque des “période[s]” où, dit-elle avec une énonciation marquée par la déliaison qu’opère l’angoisse, “on enchaî-, on enchaînait les décès”. Cela a d’ailleurs marqué quelque chose dans son entrée dans le service : ”Moi quand je suis arrivée, on en avait euh, énormément.” Un peu comme Charlie qui raconte son arrivée en gastro-entérologie où elle a été confrontée dès le début de son travail à deux décès. Pour elle aussi la dimension traumatique de la situation s’exprime par une forme de répétition et d’exclamation, une excitation qui permet de tenir face aux affects en jeu : “Ouais les deux étaient morts. [...] Ouais les deux ! Ouais les deux décès.”

Être confronté.e à ces séries de décès semble éprouvant en ce que cela expose de manière répétée à une angoisse de mort par la voie de l'identification, et de perte du point de vue de la relation. Mais **cela expose aussi est difficile aussi aux affects des entourages** accompagnés, notamment les familles pour Fred qui le met en avant : "T'as l'impression de faire que ça, parce que t'as l'impression de faire un accompagnement qui est un accompagnement de fin de vie auprès des familles". Ce qui est "difficile" pour elle, c'est que "toutes les familles sont pas dans l'acceptation" alors "ça peut être compliqué". Se retrouve ici la notion d'un en-trop de travail dans ces accompagnements plus difficiles, qui demande un plus grand effort dans un contexte qui expose déjà à une forme d'usure par l'excès.

Les fluctuations de l'activité cliniques peuvent amener des des séries de décès, entraînant un effet d'accumulation. Angoissant ou déprimant sur le moment, cela peut s'avérer usant au long court, surtout lorsque le contexte institutionnel ne permet pas de faire face à ce débordement. Débordement par la charge de travail, une fréquence importante de décès expose aussi à un débordement effractant du pare-excitation.

B-4 : Conclusion sur l'analyse qualitative de La mort au travail

La confrontation à la mort touche chacun et chacune de manière singulière. La question de la relation est centrale : structurée par les objectifs du soin, il s'agit toujours de rencontres intersubjectives où ce qui se joue échappe, se situe à un niveau inconscient. Aussi cette relation soignant.e-soigné.e va être soumise aux mouvements psychiques en lien avec la grande vulnérabilité des malades, potentiellement en lien avec les processus du *mourir*. Les relations avec l'entourage aussi sont aux prises avec la question de la perte, en tension entre espoir et désespoir, élaboration et défenses. Cette dimension singulière du travail soignant mobilise la question de la mort dans la psyché, à savoir de la peur de la mort (Ruszniewski, 1999) mais aussi de la perte et du deuil.

Ce qui fonde les sujets en présence, dans la rencontre, mais aussi des paramètres relatifs au contexte de la fin de vie et de la mort vont impacter cette expérience d'accompagnement, jouer sur le travail des soignant.es. Le contexte institutionnel l'englobe, et les différents mouvements de la vie psychique de l'institution et des groupes dans les services peuvent venir soutenir ou au contraire fragiliser ce travail difficile des soignant.es. Cela parle aussi du rapport à la mort dans et pour l'institution, de ses capacités à se (re)mobiliser face à la déliaison qui se traduit par des dysfonctionnements, des impensés, qui rendent son cadre plus friable pour les soignant.es qui cherche son étayage.

3.4. Études de cas

L'analyse transversale des données, notamment dans sa dimension qualitative, apporte un aperçu très riche sur le discours des soignant.es quant à leur confrontation à la mort. Pour approfondir cette analyse, il s'agit maintenant de se centrer sur l'étude de trois cas des passations. Leur articulation se veut aller dans une certaine progression quant aux problématiques à la fois transversales et singulières dont il sont dans une certaine mesure paradigmatiques.

Ce parcours propose de rencontrer trois soignant.es différent.es, dont les âges et les parcours professionnels différent, qui ont choisi de participer à cette recherche sur leur confrontation à la mort dans leur travail. Pour offrir un éventail de portraits le plus large possible, ces personnes travaillent aussi dans des services de spécialités différentes, deux sur le site * et un.e sur le site #.

Ce retour à la clinique invite à un approfondissement de la réflexion avec une attention particulière portée aux mouvements psychodynamiques qui sous-tendent leurs discours, prise dans une vision plus exhaustive que la vignette clinique et plus holistique que l'analyse transversale.

1- Tann : Devenir infirmière entre liaison et "coupure"

Lorsqu'elle commence à parler de son poste, Tann mentionne surtout qu'elle peut en partir : cette place "de coupure" dans l'équipe en fait un élément mouvant qui va combler les manques là où cela est nécessaire par surcroît d'activité ou par carence institutionnelle, comme par exemple quand "la cadre demande de mutualiser" par manque de personnel. Elle est souvent amenée à "[aller] dans les autres services" en renfort ou remplacement. Lorsqu'elle reste dans son service de rattachement qu'est la Médecine polyvalente, semblant agir comme un point d'ancrage, elle "absorbe le flux" qui déborde l'équipe, "que les collègues peuvent pas gérer".

C'est une position qui répond à un double impératif en termes d'économie psychique : c'est une place narcissisante qui maintient une distance défensive avec la relation de soin dans ce poste "où on est partout et nulle part à la fois, on n'a pas de prise en charge réelle [...], on n'a pas de continuité de soin".

Dans le rapport au groupe, une dimension sacrificielle semble opérer dans le sens où “c’est un poste que personne n’apprécie dans [son] service”, elle l’a “plus accepté que les autres” parce que ça la “dérangeait moins”. Il ne semble pas tant s’agir de désir à l’endroit de cette fonction. Cela la met à une certaine place dans l’équipe, constitue un don ou crée peut être une forme de dette. Être “aux petits soins de tout le monde” lui confère aussi une place maternante valorisante, dans une mise en abîme de la fonction soignante qui crée une certaine asymétrie dans le rapport aux collègues.

Ces modalités de travail semblent aussi répondre à une pulsion de savoir quant à la découverte de son métier, du corps humain et de ses pathologies, de leurs prise en soin “pluridisciplinaire”... Dans cette mouvance-là, elle a pour projet de “demander un DU” intitulé ‘Plaies et cicatrisation”, et a déjà accepté une proposition de DU sur la drépanocytose faite par sa cadre, pour mieux répondre aux besoins du service.

Étant interrogée à savoir si ce poste lui convient, elle associe : “Ça me convient parce que j’ai un projet pour, d’aller aux urgences après”. Ce projet va dans le sens de l’évitement défensif de la relation, en lien avec le “reproche” faits par l’encadrement de ses stages “de pas savoir mettre de distance professionnelle avec [ses] patients”. Une problématique qui s’exprime encore dans la proximité qu’implique l’emploi de l’adjectif possessif pour qualifier la relation soignante-soigné.e. Cette proximité s’est particulièrement ressentie “avec des jeunes”, lorsque les rapports identificatoires étaient trop forts, amenant tutoiement et usage du prénom. Aussi “en psychiatrie”, peut-être parce que la médiation du corps n’intervenait plus, ou bien a-t-elle été prise dans des modalités relationnelles archaïques, de l’ordre du collage ou de l’identification projective ? Elle en dira par ailleurs en milieu d’entretien que ce stage l’a “aidée” à développer ses compétences en matière d’”accompagnement relationnel”.

C’est néanmoins en réaction à ces expériences qu’elle a “décidé de [se] mettre cette barrière-là”. Une “barrière” comme distance défensive, apparaissant aussi comme quelque chose qui sépare, qui coupe ce lien transgressif trop proche. Intérioriser l’injonction surmoïque de “bonne distance” par les fonctions de formation et par les pairs semble permettre une relative triangulation dans la relation de soin.

En ce qui concerne la confrontation à la mort, elle évite tout particulièrement ces situations. Lorsqu’elle est questionnée sur le moment où elle a rencontré la question de la fin de vie au travail, elle répond par un chiffre : “Alors, j’ai été confrontée, euh... trois fois”. Se référer à ces situations cliniques bien précises semble circonscrire l’angoisse à l’évocation de cette thématique.

Elle repère et appréhende ces situations par un abord très rationnel, via son évaluation clinique associée à ses connaissances des champs médicaux et paramédicaux, auxquelles elle se réfère régulièrement. **Cette réflexion semble étayée par les échanges en**

équipe pluridisciplinaire, et aussi dans son groupe de pairs dans une dynamique de soutien : “On est très très soudé. On en parle beaucoup”.

Le groupe semble se représenter comme se suffisant à lui-même lorsqu’elle raconte plus loin que l’équipe a à plusieurs reprises refusé “d’aller voir la psychologue du travail” : “On pense qu’on n’a pas besoin [rire léger] de parler ailleurs”, “on se complète toutes parce qu’on sait où chacune est la plus à l’aise et on prend le relai”. Ce soutien endogame paraît renvoyer à un narcissisme primaire groupal. S'exprime d’ailleurs sans doute ici une forme de résistance transférentielle adressée à la psychologue-chercheuse.

Pourtant **l’angoisse et l’usure menacent lorsqu’il s’agit de la mort** : “On a une collègue qui a fait un burn out, suite à un, une fin de vie ici”. Elle devient en quelque sorte la patiente désignée du groupe, “qui est suivie du coup”, qui a besoin de consulter un.e psychologue. Elle raconte la situation clinique qui précipitée sa décompensation, l’empêchant tout à fait de travailler : le décès soudain d’une patiente suite à un défaut de surveillance ayant entraîné “fugue” et “chute”, puis une difficulté à diagnostiquer les complications de la chute qui a conduit à son décès.

Les décès “attendus” sont moins compliqués pour Tann, notamment parce que les familles peuvent se montrer gratifiantes : “Quand c'est attendu, hum, les familles sont... remercient l'équipe, elles verbalisent que, elles savent qu'on a eu beaucoup de travail, et qu'on a quand même pris le temps, qu'on a bien fait les choses [...] et ça fait plaisir”. Elle a alors le sentiment d’avoir bien fait son travail, tant au niveau du “respect” des patient.es que du soutien des familles auxquelles elle a tendance à s’identifier malgré sa volonté de rester à distance. Elle considère pourtant son équipe “fébrile” dans ces situations par “manque de formation”, ce qui fait que pour elle “ici euh, on est à côté de la plaque” en étant trop “dans l’acharnement”.

Elle trouve que **les accompagnements de fin de vie se passent mieux quand “on a le temps”**, surtout du point de vue des relations avec la famille. Mais elle constate que cela est rendu difficile par la charge de travail et les contraintes organisationnelles : pouvoir prendre le temps est finalement “rarement le cas ici”, “avec nos vingt-quatre patients”. La marge de manœuvre pour “s’adapter” aux besoins singuliers est très faible. Elle repère des conséquences sur la qualité de la communication en équipe, qui se répercutent nécessairement sur les familles en quête d’informations.

Le manque de matériel adapté peut aussi compliquer son travail. Elle donne des exemples au fil de son discours : “On peut pas isoler parce qu’on n’a aucune chambre seule“, “on fait des toilettes mortuaires euh… On met des draps euh, on n’a pas de mentonnière”. Elle compare avec les moyens alloués à d’autres services très confrontés à la fin de vie, “comme en oncologie, par exemple”.

De manière ambivalente, du fait de ses mouvements défensifs par le recours à l’agir et à l’évitement, **elle dit pourtant être moins angoissée par les décès soudains** qui ouvrent en

fait sur la perspective d'une lutte contre la mort : "Je préfère quelque chose de soudain, à gérer dans l'urgence". Elle a d'ailleurs pour projet de travailler dans un services d'"urgences pures" par la suite. D'autant plus qu'"aux urgences [...], c'est des infirmières coordinatrices qui reçoivent, qui font l- les… les entretiens d'accompagnement des familles". L'angoisse transparaît par les scansions de son discours à l'idée de cet accueil des familles qui confronte à leur souffrance, qu'elle préfère éviter.

Cet intérêt pour les urgences est aussi mû par la pulsion et pas seulement par la défense, elle exprime un attrait pour "cette adrénaline" liée à l'action et à l'enjeux de ces actes : "On doit être efficace, maintenant, tout de suite sinon euh… sinon la la suite euh… peut-être euh… Voilà peut être fatale". Cela semble narcissisant, une position de toute-puissance paraît s'exprimer, sublimée par l'ancrage dans son corps de métier : "Être dans le soin technique, donc dans la dextérité, le… Ouais vraiment [...] toute cette technicité du… du pourquoi je, j'ai fait trois ans d'études." Elle rappelle l'objectif du soin sous le prisme de la médecine technoscientifique : "Être dans cette technicité-là et [...] dans le soin à proprement parler de mon métier... pour en fait euh sauver une la la vie, être dans cette aide-là".

Paradoxalement, cette place de "coupure" dans son équipe l'expose néanmoins à l'accueil de l'entourage autour des fins de vie : quand "les collègues sont dans leur secteur, ben... Elles viennent s'adresser à nous [les soignant.es de coupure qui sont dans les couloirs, ndlr] les familles, donc du coup c'est à nous de... les prendre en charge". Cela semble pesant mais être porteur de sens, et elle ne se dérobe pas. Surtout lorsqu'elle finit par connaître les patient.es à force d'interventions ponctuelles au fil du temps : "Quand les gens restent longtemps dans le service, ben petit bout par petit bout, il y a quand même un suivi qui se met en place". Malgré son discours manifeste de prime abord, il semble qu'elle ne soit pas si à distance de la relation.

Dans les tâches éprouvantes psychiquement qui relèvent de l'accompagnement en fin de vie, **l'appartenance au groupe de pairs** est un appui majeur. De manière paradoxale par rapport à l'évitement défensif qu'elle met en avant, elle repère que ses pairs et elle sont au premier plan dans cet accompagnement, et que leur avis n'est pas toujours apprécié à sa juste valeurs en ce que les "infirmières et aides-soignantes", qu'elle désigne par le pronom "nous", "sont vraiment proches du patient tous les jours".

Elle décrit une équipe paramédicale dont beaucoup de membres sont jeunes, avec un certain *turn over* au niveau du personnel infirmier : "Quand on est là depuis deux ans, on est une ancienne limite". L'appui sur ses quelques collègues plus expérimentées lui est précieux : "Heureusement qu'on a nos aides-soignantes parfois… Parce qu'en fait elles sont beaucoup plus anciennes et… Du coup elles nous aiguillent beaucoup". L'ancienneté des aides-soignantes par rapport aux infirmier.es questionne l'organisation du travail : il semble plus difficile de tenir à cette dernière fonction qu'à la première.

Dans son équipe pluridisciplinaire, **elle se décrit comme une soignante qui a tendance à adopter des positionnements forts**, “à assumer” et à affirmer son avis : “J’ai pas de souci à dire aux médecins que je ne suis pas d’accord avec eux”. Elle semble ainsi porter, avec quelques collègues dont Val dit-elle, sa binôme “de coupure”, **une fonction phorique dans l’équipe** : “Parfois, on m’envoie un peu au, à la décision, parce que du coup [...] ça va pas m’empêcher de dormir le soir euh, de, d’avoir été contre l’avis d’un, d’un médecin”. L’hésitation de son discours dans la locution “un peu au, à la décision” relève presque du lapsus, ou peut-être d’une reprise plus conscientisée pour atténuer une dimension violente de ce mouvement groupal, où elle semble adopter une position sacrificielle.

Elle analyse : “Je pense que... ça... permet de soulager un peu l’équipe”. Sa place de “coupure” plus à distance dans l’équipe permet sans doute de se confronter plus facilement aux tensions qui peuvent émaner de divergences de points de vue, notamment lorsqu’ils opposent équipe médicale et paramédicale, souvent clivées dans le service.

Elle est en effet en désaccord avec certaines pratiques des médecins de son service, qui semblent l’exposer à un débordement par le travail ou les affects du fait d’un manque de contenance, notamment lorsqu’il s’agit de fins de vie ou d’accompagnement relationnel : “Nous les médecins i…. Ils parlent pas beaucoup. Ni- niveau relationnel ils sont très limités, ils ne parlent pas beaucoup avec les familles.” Elle décrit par exemple : “Ils annoncent parfois des décès au téléphone”, “Ils ne reçoivent pas les familles quand elles arrivent…” Elle trouve que trop de médecins considèrent les traitement de confort en fin de vie comme “de l’euthanasie”, ”on a du mal à entendre le refus du patient”, elle trouve aussi que les médecins “ne sont pas du tout formés”.

Ces positionnements médicaux constituent un frein dans les prises en soin palliatives, elle se sent parfois très limitée avec pour seules ressources ses soins de nursing. Après une première relance avant de conclure le premier entretien, elle évoque la difficulté qu’elle ressent dans le dialogue entre ces deux parties de l’équipe : “Parfois on sent un patient se dégrader, et nos médecins ont du mal à l’entendre”. Elle décrit un mode de fonctionnement où les médecins s’appuient de manière privilégiées sur des éléments techniques comme “les examens” et “les bilans”, alors que ses collègues paramédicales repèrent des signes plus intuitifs : “Nous on voit le patient [...], la fatigue, le patient qui se dégrade euh physiquement”. Elle décrit cela comme “notre science plutôt physique, et, paramédicale”. Ses expériences variées dans les autres services lui montrent qu’il peut en être autrement : “En médecine infectieuse” par exemple, où “on se sent beaucoup plus - comprise, et entendue. Et on agit en binôme avec le médecin, même trinôme avec l’aide-soignante et le médecin”.

Cela peut causer des tensions avec les familles et la mettre à une place inconfortable :

“Quand la famille vient, la famille, ils voient le patient se dégrader. Donc ils vont voir les médecins, les médecins vont transmettre ce qu’ils ont à transmettre de médical. Et nous, quand on leur dit ce qu’on pense, ils disent : « Mais je ne comprends pas, le médecin a dit que

ça allait mieux sur le bilan sanguin aujourd'hui.» Donc on, voilà, [...] on arrondit les angles, on dit : « Oui, après voilà aujourd'hui il est un peu plus fatigué qu'hier… » Donc du coup c'est un peu compliqué".

Une croyance populaire, saisie par l'équipe paramédicale, l'aide à mettre en sens ce décalage entre facteurs biologiques scrutés par les médecins et évaluation clinique paramédicale : "On a une phrase ici euh : « C'est le mieux avant la fin »". Leur évaluation est souvent correcte, la mobilisation de ce savoir issu de l'expérience opère presque comme une pensée magique : "Il se redégrade tout de suite derrière. Et en général, on ne se trompe pas en fait", surtout ses collègues aides-soignantes plus expérimentées et "les plus proches des patients".

Elle associe sur une autre croyance qui relève plus de la culture soignante : "la mouche dans le service" annonciatrice de décès. **Ces croyances semblent permettre d'appréhender quelque chose de l'angoisse amenée par le surgissement de la mort dans le service**. Il est intéressant de noter un lapsus qu'elle fait en énonçant cela, remplaçant le terme "superstitions" par "substitutions : "C'est des substitutions en fait, comme la mouche dans le service". Cette pensée se substitue finalement à l'angoisse.

Parfois, elle semble se sentir maltraitante, lorsque les médecins lui demandent par exemple de mobiliser les malades plusieurs fois par jour alors qu'elle les trouve inconfortables et voudrait les solliciter moins. Mais aussi lorsque les familles voudraient pratiquer des rites spécifiques et que le cadre institutionnel ne le permet pas, ou qu'un nouveau patient est fléché sur la chambre d'un défunt avant même qu'il n'ait quitté le service. **Le décalage entre ses valeurs morales et les contraintes organisationnelles génère une tension** : "Je pense qu'on est, on est on est pleine de valeurs euh… théoriques, mais en pratique on n'arrive pas… à les mettre en place, donc c'est un peu frustrant". Tous ces contextes sont moins satisfaisants pour elle : "On se sent incompétente, du coup, dans notre travail".

Il est intéressant de s'arrêter sur **les deux récits cliniques qu'elle élabore en début d'entretien. Ils témoignent de son angoisse face à la mort, et de sa tentative d'en élaborer pourtant des pratiques de soins**.

Elle raconte un premier décès "de nuit". Ses défenses habituelles n'ont pu lui permettre de maintenir une distance protectrice : "Je finissais mon poste à 6h et demi et c'est arrivé à 6h". Elle a assisté au moment du trépas, et cela semble sidérant tant par l'angoisse que par la fascination générées : "Avec ma collègue, du coup on a été auprès de… de… du malade à, euh voilà, dans ses dernières minutes, ses dernières secondes. Avec l'épouse, du coup, et le fils". **Faire corps avec sa collègue, faire ensemble, permet de tenir cette place dans l'accompagnement à la fois du mourant et de son entourage**. La juxtaposition du duo de soignantes avec celui de la famille donne l'impression d'un assemblage qui se tient par appui réciproque, se soutient dans un moment suspendu où la limite entre famille et soignantes est plus poreuse, dans ce moment de bascule entre la vie et la mort. Les

mécanismes identificatoires semblent porteurs dans cet *entre chiens et loups* du passage de vie à trépas où soignant.es et familles deviennent moins disctinctes.

Le second récit met l'accent, là encore de façon paradoxale avec le positionnement professionnel distancié que Tann met en avant explicitement, sur la question de la relation. C'est une situation récente ("la semaine dernière") où un patient hospitalisé plusieurs fois en deux ans est mort dans le service. Une fin de vie repérée et accompagnée par l'équipe, mais même lorsque les décès sont "attendus", "on n'est jamais vraiment prêt je pense" souligne Tann. C'est une phrase que pourrait dire une famille.

L'identification porte d'abord sur le patient "plutôt jeune", un qualificatif qu'elle utilisait plus tôt pour parler de sa trop grande proximité relationnelle dans ses expériences de stage. En parallèle, un mécanisme projectif se met en place, dont le repérage est court-circuité par un processus dénégatif : "Sans faire de transfert, qui a l'âge de nos, de, de, de mon grand-père, donc du coup [inspire]", et sa phrase reste suspendue à son souffle contenu.

Cette dynamique semble l'avoir poussée à transgresser les règles du service : elle a laissé les petits-enfants visiter leur grand-père le week-end malgré l'interdit institutionnel ré-affirmé par la cadre et les médecins. Elle explique la projection qui sous-tend ce positionnement : "Je me suis mise à la place et je me suis dit : « Ben si ça arrivait à mon grand-père, j'aimerais que ma petite sœur puisse le voir. Une dernière fois.»"

Cette élaboration émerge plutôt en fin d'entretien, comme dans un effet d'après-coup, alors que Tann demande "un avis de psychologue" sur ce geste qu'elle analyse avec ambivalence. Elle exprime une culpabilité liée à sa "trahison" envers "[son] équipe" ("J'aurais pas dû attendre, attendre que tout le monde parte pour euh…") et une certaine excitation dans le fait de les avoir "faufiler", d'avoir été "dans l'interdit" : "Je me suis sentie complice de la famille un petit peu". L'emploi de l'adjectif "complice" renvoie au registre de la faute, ici vis-à-vis de la Loi symbolique formalisée par les fonctions médicales et hiérarchiques. C'est une voie qui floute les limites, ce qu'elle a bien sentie lorsqu'après le décès "le fils [lui] a fait une bise". Quelque chose de transgressif dans la relation-même à ce patient opérait déjà vis-à-vis de l'impératif transmis aux soignant.es quant à l'investissement affectif des patient.es : c'était son "patient chouchou", avec lequel elle s'est "le plus impliquée".

Elle se rassure en expliquant son accompagnement des enfants, l'attention qu'elle a porté à leur expliquer les soins qu'elle faisait à leur grand-père devant eux : "J'ai eu le sentiment que les enfants ils avaient été contents, ils avaient pas été euh… traumatisés". Elle semble redouter que son acte ne leur cause du tort.

Ses valeurs morales s'expriment aussi à travers cette mésalliance avec la famille et contre l'équipe, elle a à cœur de les accompagner dans cette perte à venir. Son discours ouvre sur l'élaboration d'une pensée sur ses pratiques : "J'ai pas regretté, mais… c'est vrai, je que pense on aurait dû faire autrement. J'aurais dû en discuter avec ma cadre et mon médecin,

pour essayer que on reçoive les enfants avant peut-être, qu'on explique et qu'ils puissent y aller".

Dans le récit de cette situation clinique, l'angoisse de perte paraît déplacée sur sa petite sœur, alors que la perte est une problématique devenue centrale dans le fonctionnement psychique de Tann. En effet, la distance défensive chez Tann, dans une dialectique ambivalente entre le *trop-près* et le *trop-loin*, ainsi que son rapport à la transgression, semblent renvoyer à ce **trauma de la mort du père**.

Elle va y faire plusieurs références au fil de l'entretien, pour finalement en faire le récit à la fin. Cela semble avoir été au travail tout au long de la rencontre, peut-être pris dans une lutte défensive ou dans une ambivalence entre vouloir dire et ne pas dire.

En tant que psychologue-chercheuse, la position est sollicitante d'un point de vue éthique : cette problématique personnelle affleure sans vraiment s'énoncer, or le cadre de la recherche prévoit de se concentrer sur l'histoire professionnelle en laissant les participant.es libres d'associer ou non sur des éléments plus personnels. Les thématiques de l'interdit et du savoir sont peut-être aussi données à vivre en partage : le cadre explicite une focalisation sur l'histoire professionnelle, et ces références régulières à une dimension plus personnelle au premier plan de la problématique psychique qui concerne l'exercice de son travail donne envie de l'interroger contre-transférentiellement.

Cet événement de la mort du père opère toujours dans sa tendance à s'identifier aux familles. Ainsi la première référence qu'elle y fait après quelques minutes seulement parle du fait que cette identification soutient son "empathie" envers les familles autour d'un décès : "Je comprends parce que je l'ai vécu". Elle évoque ce phénomène par un terme issu de la psychologie, répandu en IFSI, qui désigne une forme d'identification-projection : "Je pense que je fais un peu de… de transfert, ouais". Au risque de brouiller les limites tant ses propres affects de deuil sont mobilisés, et de parasiter son travail : "Le monsieur qui est décédé à six heures du matin euh, je pense qu'on aurait pu croire que j'étais de la famille. J'ai dû sortir, ma collègue a dû prendre le relais".

Cela intervient aussi dans sa mécanique défensive. Elle repère : "C'est pour ça que les décès j'essaye de… 'fin, si ça peut ne pas arriver avec moi, ça m'arrange." L'espace de la recherche offre un étayage à son élaboration à ce propos : "Aujourd'hui j'ai envie de faire des urgences et de… de pas être trop dans, impliquée avec mes patients, je pense que c'est lié".

Elle évoque aussi **son intérêt pour la cardiologie**, son père étant mort d'un infarctus. Elle explique avoir voulu être cardiologue, et à défaut d'avoir concrétisé cette idée de poursuivre un cursus en médecine, avoir voulu être infirmière en cardiologie "pour trouver des réponses". Elle y a fait son dernier stage. Son discours dévie ensuite, elle associe sur son choix de finalement "être dans un service varié" où "il y a plein de choses et… j'apprends". **La compulsion de répétition semble détournée vers la pulsion de savoir**. Il s'agit peut-être d'une forme de sublimation.

Elle fait finalement le récit de cet événement spontanément en fin d'entretien, après être revenue sur ces enfants qu'elle avait laissé entrer dans le service malgré l'interdit, demandant un avis de psychologue sur son acte. S'identifier aux enfants perdant leur grand-père, comme strate inconsciente de la projection de sa petite sœur plus conscientisée, a peut-être été un facteur de ce passage à l'acte transgressif.

Elle emploie pour raconter la mort de son père les mots "mon papa", dans un mouvement qui paraît assez régressif. Le même registre de langage est utilisé pour évoquer le deuil d'une collègue qui a perdu "sa maman", alors que pour parler de sa propre mère bien en vie, elle dit plutôt "ma mère".

Elle semble se déprimer, le ton de sa voix s'infléchit. Le contre-transfert est traumatique, marqué par la sidération, et amène à lui demander plusieurs fois de confirmer ce qu'elle est en train de dire. Un positionnement clinique s'active rapidement, visant à contenir les affects massifs mobilisés.

Elle explique qu'il est mort "d'une crise cardiaque", les sanglots puis les pleurs l'empêchent de poursuivre puis elle s'excuse, comme si l'expression de ses affects constituaient en soi une faute. Peut-être est-ce lié à cette représentation de la professionnalité soignante comme dénuée d'affects ? Elle en dit quelque chose un peu plus loin, se référant à **sa cadre de service** :

"C'est mieux qu'elle ne le sache pas. Enfin les, peut-être qu'elle le sait hein, peut-être que je me leurre et que les filles lui ont dit, mais, je préfère qu'elle le sache pas, parce que je n'ai pas envie [...] qu'on me voit comme le… le petit… le petit chien battu quand il y a des soucis et des décès ici. J'ai pas envie qu'on m'écarte des situations, sous prétexte que je peux être fragile [...]. Parce que je le suis, enfin… Je s-, j- je dois pas l'être, ici en tous cas."

Une répression des affects semble dictée par une représentation de la professionnalité agissant comme instance surmoïque, tendant vers un Idéal du Moi professionnel impassible, à distance d'affects qui la rendraient vulnérable et donc incapable de faire son travail. Ce positionnement revêt aussi une dimension sacrificielle.

Quant à ce non-dit à la cadre de service, elle se réfère aussi à une notion d'interdit par cette barrière artificielle imposée entre les dimensions personnelles et professionnelles de la vie psychique : "C'est mon travail. On doit pas ramener de privé normalement ici".

Cette tentative de mise à distance concourt-elle à la protéger ou la rend-elle plus vulnérable à ces situations sensibles ? Elle élabore ensuite de façon plus réflexive sur la dimension défensive qui concourt au non-dit : "J'ai plutôt été dans, j-, dans le déni pendant longtemps." La dimension pulsionnelle liée à la transgression de l'interdit semble contenue à un niveau plus inconscient.

Cette cadre, mentionnée plusieurs fois dans les deux entretiens, semble investie de manière ambivalente comme figure parentale, à la fois en tant que support étayant et

représentante de la Loi comme figure d'autorité hiérarchique. Elle paraît ainsi revêtir une dimension maternelle comme conseil bienveillant ("on a une cadre qui est très à l'écoute"), et une dimension paternelle qui pose un cadre structurant, et par là limite ("comme ma cadre elle m'a dit, je ne peux pas, je vais pas passer ma vie à faire du transfert quoi").

Le non-dit de la mort du père apparaît comme transgression à la loyauté due à cette figure parentale bisexuelle, la protégeant du pouvoir de sanction symbolique paternelle : "à moins que quelqu'un lui ai dit, mais j'ai jamais été très honnête sur cette partie-là euh…". Mais en même temps ce non-dit la prive du soutien réconfortant de la figure maternelle qu'elle incarne.

Il est par ailleurs intéressant de noter que Tann fait un parallèle entre le discours de sa cadre et celui de sa mère, à propos de cette séparation symbolique entre vie personnelle et vie professionnelle : "Même au-delà de ma cadre, même j'en ai déjà parlé avec ma mère euh… Enfin, elle m'a dit qu'il ne faut pas que je fasse de transfert". Ce discours de la mère semble plutôt relever d'une fonction paternelle, ce qui signe aussi une certaine bisexualité psychique de ces représentations parentales. Il est intéressant de noter que le même discours est attribué à la cadre et à la mère.

Ce rapport à la cadre n'est pas étranger au transfert dans la rencontre : c'est à partir de la proposition ciblée faite par cette-dernière que Tann a accepté de participer. Lorsque cette démarche de participation est questionnée au regard de sa souffrance encore très actuelle liée au deuil de son père, elle associe tout de suite sur la question du non-dit : "Je ne suis pas sûre que ma cadre soit au courant". Cela semble impliquer pour Tann que si elle l'avait été, elle ne lui aurait peut-être pas proposé de participer à une recherche sur la mort.

Le fait qu'elle participe néanmoins semble montrer une volonté de lui faire plaisir, de la satisfaire. Mais il semble s'agir aussi d'une opportunité pour elle de se mettre au travail sur ce point. Le récit de la mort du père dans l'entretien de recherche, dans un contexte de non-dit à la cadre, peut alors revêtir plusieurs significations : mise en dépôt, partage du secret avec la psychologue-chercheuse, passage à l'acte au risque que la cadre ne l'apprenne… Ou encore appui sur la fonction clinique symbolique de psychologue pour tenter d'en élaborer quelque chose. Cette démarche comprend peut-être plusieurs de ces significations possibles. Et les questions de la transgression et du savoir données à vivre dans le contre-transfert sont sans doute ancrées dans ce lien symbolique entre cadre et psychologue-chercheuse.

Face à la question de ce deuil personnel encore très actif, l'équipe est là encore une ressource. Elle décrit en effet une dynamique de soutien mutuel dans l'équipe paramédicale, associe sur les deuils de ses collègues, les énonce et conclut : "On se regarde et on se dit euh : « On sait. On-on sait ce que t'as vécu, mais euh… Viens on essaye de… C'est pas notre famille, on, on a vécu pire donc euh, faut qu'on essaie de relativiser »". C'est une communication par le regard, sans forcément le nommer lorsque cela se présente. Le groupe, ou peut-être est-ce les projections de Tann sur le groupe, semble se faire relai surmoïque de l'interdit de porosité

entre vie personnelle et professionnelle, de façon peut-être plus acceptable et plus opérante en ce que cela vient de l'intérieur.

Ce lien dans le groupe en fait pour Tann une équipe "pas forte, mais soudée". "Pas forte" car pas impassible face à la question des affects, "soudée" dans un lien qui les tient ensemble. **Au risque d'être un peu trop rigide, le lien de *soudure* semble contenant**.

À partir de ce récit sur la mort du père, elle associe aussi sur **son expérience personnelle avec les médecins** qui ont pris le relais des actes de réanimation et de l'accompagnement de Tann et sa mère à la mort du père. Cette expérience résonne aujourd'hui avec l'étayage parfois poreux de ses collègues médecins dans son travail : "C'est dans ça que je dis que les médecins sont pas… [...] formés, parce que… E-, ma mère elle a rien compris de ce que le médecin lui a dit à ce moment-là. Moi j'étais infirmière donc je savais. Mais, du coup, c'est pour ça que je dis que dans l'accompagnement des familles on est nul". Les deux expériences semblent se télescoper, peut-être que les défauts d'étayage médical sont particulièrement sensibles pour Tann en ce qu'ils résonnent avec cette expérience personnelle traumatique.

Traumatique par la perte brutale comme événement faisant effraction dans le quotidien et l'intimité du chez soi, violente et irréversible. Traumatique aussi par l'excès d'excitation suscitée par la situation : Tann se trouve, étayée par son expérience professionnelle de pompier volontaire et d'infirmière en devenir, à pratiquer un massage cardiaque à son propre père en attendant les secours. L'emploi du "on" dans "on a massé" à deux reprises, dont un suivi de la locution "avec ma mère", laisse penser qu'elles ont effectué ensemble, peut-être à tour de rôle, les gestes de premier secours. Mais la mère est plus généralement décrite comme passive dans cette situation, impuissante, là où les connaissances de Tann lui confèrent une certaine puissance par la capacité technique de sauver son père.

Cette énonciation paraît sous-tendre une dimension phallique et œdipienne dans le positionnement de Tann. **Le massage cardiaque semble prendre ici la forme, la fonction symbolique de scène primitive**, où une inversion s'opère entre Tann et sa mère : Tann effectue sur son père les gestes, mystérieux à la mère qui observe, susceptibles de rendre la vie. **Le savoir semble revêtir ici une dimension phallique, l'adrénaline mentionnée précédemment agir comme excitation sexuelle, l'échec du massage intervenir comme castration symbolique**. La mort effective malgré le massage cardiaque confère effectivement une dimension symbolique double sur le plan fantasmatique : **c'est à la fois une scène primitive et une scène ultime**. Cette condensation potentialise sans doute la dimension traumatique de la situation.

C'est aussi ce savoir d'infirmière qui la met en position d'annoncer le décès du père à la mère, rendue incapable de comprendre par son manque de connaissances et par le défaut d'adaptation des explications médicales que Tann identifie. Ce scénario fait fît des effets

traumatiques peut-être à l'œuvre chez la mère dans cette situation. L'identification à la mère semble ici tronquée, peut-être embolisée par la dimension œdipienne de la situation.

Ces événements paraissent pris dans **la question du savoir** qui est centrale chez Tann, et qui s'exprime par le recours à ses connaissances médicales tant concernant la mort du père que dans le cadre de son travail, peut-être dans une dynamique sublimatoire de la pulsion. Cela s'exprime d'une dans son récit de l'événement : "On sortait de nos, de nos vacances en famille,[...] aucun antécédent, rien, donc euh c'est arrivé brutalement. Y a y a eu zéro signe. Donc c'est c'est c'est de là, en fait, que je voulais faire de la cardio, euh…" Concernant son intérêt pour la cardiologie, elle dit aussi : "Je voulais comprendre, parce que voilà, quarante-cinq ans euh, on ne se dit pas que… voilà." Sa phrase reste suspendue dans un indicible de la mort.

Elle analyse ensuite son expérience de stage en cardiologie, mue par une compulsion de répétition envahissante, dévorante (elle en dit d'ailleurs que cette situation la "bouffait"). Des éléments particulièrement condensés se juxtaposent dans son discours : "Essayer de comprendre, mais en fait j-, j'étais un peu dans une… j'étais un peu dans une matrice où j'essayais de… le moindre de mes patients je déchiquetais les dossiers, je… C'était un peu malsain". Elle voulait "trouver des réponses", ce qui semble signer une forme de marchandage tel que décrit par Kübler-Ross (1975) pour négocier avec le caractère irrémédiable de la perte. Une forme de sublimation est peut-être à l'œuvre, qui apparaît trop plaquée au réel pour être opérante.

Se référer à une notion de "matrice" semble revêtir une dimension régressive. Cette matrice-là opère comme figure maternelle archaïque et aliénante. D'un point de vue plus secondarisé, la souffrance qu'elle entraîne agirait comme vengeance maternelle castratrice, peut-être en réaction à la pulsion de savoir sur le père détournée du complexe d'Œdipe.

La violence des affects mobilisés semble en outre s'exprimer à travers le lapsus "je déchiquetais les dossiers" répété à deux reprises, qui vient sans doute remplacer le verbe "décortiquer". Il semble décrire une analyse poussée, impérieuse, dont la violence est à la hauteur du trauma. Le qualificatif "malsain" repère les effets délétères de ce moteur dans son travail par un plaquage trop fort de la situation de son père sur les patient.es de cardiologie, entraînant une confusion dans la répétition traumatique qui l'amenait à "tout mélanger". Mais peut-être donc aussi "malsain" par la reviviscence de la jouissance œdipienne rattachée à ce souvenir, traumatique par son excès ?

Cette dimension débordante de la compulsion de répétition se rattache à une mauvaise représentation d'elle-même en tant que soignante : "Je n'étais pas une bonne infirmière." C'est pour cela qu'elle a renoncé à ce projet professionnel : "Je pense que c'est mieux pour, si je veux en tous cas, faire mon métier correctement".

Être satisfaite de son travail est en effet important pour elle, elle semble tendre vers une représentation idéale de bonne soignante : "J'essaye en tous cas". Cette dynamique

fragile paraît suffisamment satisfaisante au moment de notre rencontre : “Quand je rentre chez moi, j’ai, en général je suis satisfaite de mes prises en charge. Donc euh… Je n’ai pas envie de rentrer euh, et que ça me bouffe quoi, à la maison”. Elle employait déjà le verbe “bouffer” pour parler des effets de la mort de son père dans son travail, de son intérêt “malsain” pour les dossiers de cardiologie. Le travail, et les éléments traumatiques non élaborés qui s’y manifestent, apparaissent aussi comme menace dévorante. Peut-être épuisante ?

Les allers-retours entre récit de la mort du père et association sur le cadre du travail apparaissent à la fois comme élaboration des liens entre les deux expériences, mais aussi avoir une fonction défensive qui la protège d’une immersion trop forte dans son récit, une mobilisation trop importante de la charge traumatique de ces souvenirs.

Elle décrit la dimension réparatrice de son intérêt pour l’urgence, qui apparaît en même temps comme compulsion de répétition du trauma et comme excitation, avec une dimension qui relèverait à la fois du complexe d’Œdipe et de castration :

“C’est pas facile du coup, les, les situations aux urgences euh, vu que on a dû… pour mon papa on a dû masser, dans notre salon, on n’a pas… Avant l’arrivée des secours, avec ma mère, donc du coup euh... C’est pour ça qu’ici j’aime bien être dans le rush, parce que j’ai envie de… J’ai envie de, parce que on n’a, on n’a, on n’a rien pu faire du coup“.

Elle poursuit, son discours laisse apparaître l’expression tant de son angoisse que de ses défenses : “Mais du coup ça a été euh une issue… négative, donc… C’est pour ça que, quand j’irai aux urgences, j’espère que [déglutit] quand je vais masser etc, ce sera pour… Voilà, pour faire repartir euh un patient, et après s’il doit décéder ailleurs euh, ou être transféré, ça sera pas de, sous ma coupe.“

L’emploi du terme “coupe” est très intéressant ici : désignant manifestement sa responsabilité, il sous-tend le potentiel d’une faute entraînant une culpabilité en cas d’échec de la réanimation. À un niveau plus latent, il relève aussi du champ lexical de la coupure, et semble revêtir une dimension symbolique du registre de la castration.

C’est en lien avec cet événement doublement traumatique de la mort du père que la question de la faute et de la transgression opère en trame de fond dans son discours. Il y aurait une tension entre jouissance et défense, sous le joug d’une instance surmoïque éminemment intériorisée qui semble aussi être symboliquement portée par les fonctions médicales et hiérarchiques.

Cela se retrouve dans la situation du décès du jour, saisie dans l’actuel, où les questions sur les traitements terminaux posées par un fils médecin “mécontent” font fantasmer à l’équipe le risque de poursuites judiciaires. Le bruit court “dans les couloirs” car “les familles sont procédurières” et ‘il faut un coupable”. L’ombre de la faute plane, projetée sur la prise en soin palliative du défunt, et menace de revenir attaquer les soignant.es dans une mécanique aux allures persécutives. Les soins palliatifs semblent ici porter par déplacement la responsabilité de l’échec médical à préserver la vie.

L'entretien se termine après avoir évoqué le soutien entre pairs concernant les deuils personnels, comme une façon de se restaurer avant de conclure. Elle élabore d'ailleurs concernant les pratiques groupales d'accompagnement de la fin de vie : "Je pense que c'est pour ça que, même si on n'est pas formé, on s'est formé un peu toutes seules dans nos vies perso, et du coup je pense que, malgré ça, on arrive à faire un minimum de prise en charge - correcte humainement." Marquées par le sceau de l'interdit, il semble que les expériences personnelles, en ce qu'elles permettent un support identificatoire et projectif aux malades et aux familles, soit en fait inévitables et nécessaires dans le travail soignant.

En cette fin d'entretien, la dimension clinique de la posture de psychologue cohabite à nouveau, contre-transférentiellement, quelques instants avec celle de la chercheuse. Rassurée de la voir se rassembler après ce moment d'effondrement transitoire, soutenir son élaboration et reformuler sa pensée agit comme un fil conducteur. La dernière question de l'entretien, en écho au fait de s'être enquis de son état psychique tout de suite après qu'elle ait pleuré, traduit cette préoccupation : "Ça va toujours ?". Ce à quoi elle répond, signant ses ressources défensives et en termes de résilience : "Oui, oui, ça va nickel, merci."

Le deuxième entretien s'ouvre et se ferme avec la question de la transgression. Il commence en effet par l'annonce de transgression de la consigne de discrétion précédemment exposée dans la présentation clinique de Tann. Elle réarborde ensuite les thématiques liées aux injonctions pour se considérer comme bonne soignante, notamment celles des limites entre vie personnelle et professionnelle. Elle semble réaliser l'adresse à la fonction clinique qui s'est opérée dans les évocations de problématiques personnelles voire intimes lors du premier entretien, disant avec un humour défensif : "On vous a, je pense on... je vous ai trop pris pour [rire] une psychologue en fait [rire]". Là encore, elle décrit un débordement du cadre par le "trop". Le passage du "on" au "je" montre une capacité progressive à assumer ce mouvement.

Cet échange entre collègues entre les deux entretiens semble néanmoins porteur, concourant à son élaboration sur cette problématique sensible pour elle :

"Je me suis dit : « Non mais tu t'es mis dans un état euh », 'fin je m'attendais pas du tout à ce que ça prenne cette tournure-là. Et du coup, je me suis dit qu'il fallait peut-être que... que je prenne un peu de recul sur la situation, que ça restait mon travail et qu'il fallait [...] que je reste, en fait, dans cette distance-là [...] mais aborder les fins de vie et les familles, euh comme une soignante lambda et pas en faisant toujours du transfert sur ma vie personnelle".

L'injonction de l'Idéal du Moi soignant fait peser le risque d'une rigidification défensive trop importante. Une pensée émerge néanmoins sur son positionnement professionnel au regard de son histoire personnelle. Cela marque une évolution des modalités défensives mises au travail par les entretiens de recherche : "Puisque jusqu'à présent je l'ai pas, je m'occupe pas des fins de vie. Je les… refile à mes collègues en général".

Ces défenses restent nécessaires face à ces injonctions surmoïques parfois paradoxales, et qui menacent d'un certain épuisement :

"C'est délicat parce que d'un côté on a l'impression de pas trop avoir de coeur, quand on est euh… en fait euh… quand on est trop impliqué on se dit que [souffle] on dépasse totalement notre cadre, nos limites et que… on [souffle] si on est soignant c'est [...] justement pour pouvoir encaisser ça. Et ne pas être dans l'affect. On doit pas être dans l'affect, autant. On doit pas pleurer avec une famille. C'est pas, envisageable dans une carrière euh qui moi va peut-être durer quarante ans".

Elle questionne à nouveau le cadre de la recherche à la fin de l'entretien, demandant si l'anonymisation des participant.es est systématique "même si les soignants vous disent que eux ils ont pas de souci", sous-entendant ne pas souhaiter être nécessairement anonymisée. Le rappel du sens de cette règle la fait réfléchir : "Après c'est peut-être mieux…"

Lors de ce second entretien, **elle se montre très réflexive**, particulièrement concernant les effets de sa participation à la recherche. Elle s'appuie notamment sur un récit clinique assez détaillé sur lequel elle revient régulièrement au fil de l'entretien et qui en occupe près de la moitié. Il s'agit d'une situation de fin de vie récente intervenue entre les deux entretiens, lors de laquelle elle s'est appuyée sur sa participation à la recherche : "Je me suis dit c'est le moment [...] d'essayer de gérer une fin de vie euh… sans que ce, je sois trop impliquée euh… émotionnellement parlant, quoi. [...] Si je le fais pas maintenant, je le ferai jamais". Bien que cette élaboration semble assez confrontante, elle la poursuit avec relativement peu de défenses.

Ce contexte d'entre-deux entretiens a été favorable, en association avec l'âge avancé de la patiente plus économique psychiquement, et une identification-projection confortable pour Tann sur la petite-fille de la patiente qui est IDE dans un autre service de l'institution. La dynamique qui s'est opérée sur le mode des pairs est plus supportable que sur le mode éminemment affectif des relations familiales, suffisamment proche pour être étayante, suffisamment distanciée de son histoire pour éviter de trop y coller. Se tutoyer, parler franchement des symptômes et de la prise en soins a été aidant pour Tann, alors qu'une autre collègue participante s'est référé à cette même situation clinique comme ayant été vécue difficilement dans son propre entretien.

Contrairement à un récit assez similaire lors du premier entretien où le fils du patient réanimateur était vécu sur un mode persécutif, la petite-fille infirmière (en réanimation aussi d'ailleurs, ce qui n'est sans doute pas anodin pour Tann au vu de ses antécédents personnels) a une fonction facilitatrice du travail d'accompagnement. Le fait qu'il s'agisse d'une pair paramédicale et non d'un médecin y contribue sans doute. Mais il y a peut-être aussi des effets d'élaboration liés à sa participation à la recherche qui opèrent.

Le deuxième effet particulièrement notable de sa participation consiste en cette inscription à une formation institutionnelle sur les soins palliatifs, de concert avec sa collègue

Val avec qui elle travaille beaucoup **en binôme. C'est un mode de relation spécifique, privilégié dans l'équipe, qui semble porteur**. Elle s'appuie aussi sans doute sur l'expérience de cette collègue un peu plus âgée, elle qui se sent encore assez novice et très démunie lorsqu'il s'agit d'accompagner la fin de vie : "Je fais avec ce que je sais, mais…". Le savoir semble ici manquer, et la proximité du travail en binôme y pallier.

Sa motivation à participer est prise dans plusieurs mouvements dont cette relation de binôme : "Quand Mme [la cadre] elle nous a parlé, elle a dit euh : « Bon ça fait des mois, des semaines que j'ai affiché ça, y a personne qui s'y intéresse ». Et avec Val on s'est regardées, on a dit : « Mais on, nous on est… sacrément faibles là, dans ce niv-, dans ce domaine-là, donc euh pourquoi pas »". Ce bref récit montre aussi quelque chose des résistances et de l'ambivalence à participer dans cette équipe qui constitue pourtant la moitié de l'échantillon, ainsi que la place du rapport à la cadre dans sa participation.

Sa démarche revêt pour Tann une double dimension. **Elle met d'une part en avant un soutien adressé à la psychologue-chercheuse** : "On on s'est dit [...] ça pourrait être enrichissant pour euh cette chercheuse parce que euh, on est aussi des personnalités où on n'a pas de mal à parler, on n'est pas trop timide, on n'a pas de mal à s'exprimer". Ce soutien s'étaye sur leur mode de fonctionnement personnel et peut-être aussi sur cette place spécifique "de coupure" dans l'équipe. Il est avant tout adressé à un pair institutionnel dans un mouvement d'aide altruiste (voire sacrificiel dans la mesure où elle ne désirait pas vraiment participer dans un premier temps) qui semble relever de la fonction soignante : "Puisque après tout euh on est dans un hôpital, il faut qu'on arrive à s'aider les uns les autres". La participation est ainsi prise dans ce nécessaire soutien entre pairs qui permet de tenir ensemble.

Elle identifie aussi un intérêt plus personnel à l'origine de sa participation. Il s'agit d'une dimension formative, qui entre par-là dans la dynamique pulsionnelle du rapport au savoir : "On s'était dit que ce serait bénéfique pour nous. On avait vu ce point-là aussi. Du coup je m'étais dit : « Bah, Tann ça pourrait que t'aider pour euh, pour développer euh… des connaissances, de la formation même si c'est que oral, dans mes pratiques déjà ça pourra que me faire évoluer »". Elle en conclut dans une forme de bilan : "Au-delà du fait qu'à la base, cet entretien c'est pour vous, 'fin c'est pour votre thèse, bah je pense que ça m'a apporté pour moi du coup".

Cette professionnelle qui se sent très vulnérable face à la fin de vie du fait de son parcours professionnel encore débutant et de son expérience personnelle semble avoir saisi et s'être saisie des spécificités de la recherche-action. Le fait que le but des entretiens soit clairement orienté vers la recherche a été aidant, elle se sentait protégée par cette méthode d'entretien différente d'un entretien clinique, qu'elle a déjà expérimenté dans une démarche de thérapie personnelle. L'inscription conjointe à une formation apparaît comme une continuité du mouvement qui les a poussés à participer en binôme.

Cette motivation à participer a été le fondement des aspects transférentiels de la rencontre. Son discours témoigne en effet d'un mouvement identificatoire à l'endroit de la fonction de psychologue-chercheuse, analysant la méthode :

"Je savais que vous étiez psychologue, je m'étais dit peut-être que, je vais exprimer plein de choses [pause] et qu'après euh, elle va le reformuler, avec des thématiques, et, c'est ces thématiques-là qu'il faudra que je reprenne quand moi j'y penserai. Et en fait c'est, des fois c'est ce que vous faites."

Elle s'était semble-t-il construit des représentations anticipatrices de cette expérience, s'appuyant sur ce qu'elle connaissait de la profession de psychologue : "Je m'étais dit euh, peut-être que parfois j- ça va être brouillon, on va dire plein de choses, et du coup bah elle, elle pourra plus nous… nous centrer sur euh, voilà des thématiques". Cette identification soutient l'intérêt à visée formative : "Et du coup, ça c'est des thématiques que, ça fait des titres de chapitres en fait".

Il y a aussi quelque chose d'une dynamique de don/contre-don à contre-courant : "Vous venez m'aider. Moi. Donc euh bah… D'un autre [...] côté si moi je peux vous aider dans… dans un sens ou dans un autre ben… pourquoi pas en fait." Elle échangerait alors symboliquement une part de savoir contre une autre, transmettant quelque chose de son fonctionnement psychique dans la confrontation à la mort contre les connaissances extraites de sa participation. Il est intéressant de noter que sa représentation va dans le sens d'une aide pour elle-même alors que la participation est formellement orientée vers la recherche.

Les connaissances visent aussi une forme de réassurance chez Tann, de narcissisation dans le sens de l'Idéal du Moi soignant : à la fin de l'entretien elle pose des questions sur les autres participations, cherche à se situer dans une sorte de rapport à la norme. Elle semble chercher à être une bonne participante, peut-être être satisfaisante dans cet ancrage de la rencontre à son rapport à sa cadre : "Est-ce que ça vous a, hm, ça a été constructif n- nos entretiens, ou vous vous attendiez à, à tout autre ?". L'énonciation semble difficile. Elle se demande : "Si c'était enrichissant ou si en fait, euh ça dénotait de ce que vous pensiez".

L'espace de la recherche est finalement investi avec ambivalence, dans des mouvements pris entre élaboration et compulsion de répétition, entre désir et résistance, angoisse et défense. La fonction de psychologue est utilisée dans sa quête de savoir, en même temps qu'elle en dit de façon détournée lors du premier entretien, évoquant les clinicien.nes dans les services et concernant la distance défensive qu'elle peut mettre en place avec les patient.es : "L'aide relationnelle et l'accompagnement psychologique je pense que, i-, on a chacun son métier, on n'est pas tous je pense formés pour être là-dedans".

Elle questionne le cadre et le met partiellement à mal par la répétition de la transgression. C'est aussi elle qui a interrompu le premier entretien avec Manu, avant le sien propre, nous délogeant de la salle dédiée à l'accompagnement des familles parce que justement un décès était intervenu. Dans l'interstice de ce premier entretien avec son

collègue, elle avait donné à entendre quelque chose de la question de la jouissance dans son rapport à la réanimation, concernant ce décès-même où Manu avait opéré un massage cardiaque : “Tu as massé ? La chance !”.

Elle a néanmoins investi d’emblée cet espace de la rencontre en entretien de recherche. L’énonciation de son discours n’a pas été perturbée lors du premier entretien malgré les 12 interruptions par des membres de l’équipe qui cherchaient à savoir si le bureau où elle nous avait elle-même installé était disponible. Il y aussi une forme de maîtrise dans cette façon d’entrer dans la rencontre, peut-être dans une mouvance défensive liée au problématiques au travail à un niveau inconscient, avant même de commencer l’entretien.

Globalement, Tann est sans doute l’une des participant.es qui s’est le plus saisie des potentialités offertes par la recherche-action. Elle analyse sa démarche de façon réflexive et en fait un bilan positif. Finalement un peu comme dans cette situation clinique qu’elle développe au fil du deuxième entretien, elle s’est “lancée” non sans angoisse ni défense, mais avec une certaine satisfaction. Sa participation paraît saisie dans un mode de fonctionnement qu’elle identifie chez elle : “Moi je suis un peu comme ça en plus. Dès [...] que j'ai un tilt, ou que j’ai un déclic, je... je me lance”.

Pour synthétiser, le verbatim “Je suis de coupure” utilisé pour illustrer la présentation clinique de Tann est une formulation très descriptive de son poste qui revêt une dimension symbolique particulièrement riche et dense au regard de son histoire personnelle et professionnelle.

Coupure du père comme arrachement de sa perte et castration de sa jouissance, cette notion parle aussi du mode défensif de Tann qui vise à la protéger de la réactivation traumatique. Mais par sa tendance à s’investir malgré tout, malgré elle dans les situations cliniques, mue par un mécanisme d’identification-projection au risque du collage, elle se retrouve finalement là où elle veut éviter : dans la relation. Cela est de toute façon inévitable : pour être *une bonne soignante*, c’est-à-dire faire son travail et répondre ainsi aux exigences surmoïques qui la font tendre vers un Idéal du Moi soignant, elle ne peut pas se couper du lien.

La question de la castration, moteur central chez Tann, se rejoue jusque dans le cadre de la recherche, dans une mise en tension entre jouissance et angoisse autour du thème de l’interdit transgressé. Transgression qui résonne avec, et peut-être répète quelque chose du trauma de la mort du père sous les mouvements de son massage cardiaque où a pu se reconfigurer une scène à la fois primitive et ultime à valence œdipienne. L’échec du massage cardiaque, et donc la mort du père, interviendrait alors comme sanction castratrice de la jouissance œdipienne.

Il s’agit aussi de la coupure du trauma, ouvert, béant, qui a marqué d’emblée son empreinte dans la vie professionnelle de Tann, dans son sentiment d’échec à sauver le père

alors qu'elle était en formation pour devenir infirmière. Trauma répété par son projet de travail en cardiologie, où sa quête avide de le sauver en "déchiquetant" les dossiers l'épuisait, la consumait.

Ce trauma a été mis au travail dans une thérapie personnelle au préalable, et aussi saisi dans le cadre de la recherche-action. Il y émerge malgré elle, la rattrape et la déborde lors du premier entretien. Elle poursuit cette mise au travail en approchant différemment les situations de fin de vie rencontrées, s'étayant sur son cadre de métier, ses pairs, mais aussi sur son expérience croissante, sur des opportunités formatrices et transformatrices comme la participation à cette recherche et l'inscription à une formation institutionnelle sur les soins palliatifs. Ce sont des opportunités qui se présentent à elle, peu coûteuses en termes d'énergie psychique, dont elle se saisit pleinement, activement. Cette dynamique semble œuvrer dans une perspective à la fois réparatrice du trauma, mais aussi constructrice de son identité professionnelle. Aussi sa participation paraît prise dans un enjeu plus vaste, une dynamique qui vise à passer de la répétition traumatique à la sublimation, puis finalement à l'élaboration.

Dans ce processus, la question du désir est un moteur puissant. **Le savoir est au cœur de sa dynamique désirante**, il permet de travailler même dans les situations les plus éprouvantes, au risque de s'épuiser et se déborder par l'activation de ses traumatismes personnels que ses défenses et les modalités d'organisation du travail peinent parfois à contenir. La question du père est venue s'y intriquer dans un second temps, alors qu'elle était déjà en études d'infirmière et avait par le passé exercé comme "pompier volontaire" pour "sauver des vies".

La formation est un mode d'accès à ce savoir désiré, l'expérience professionnelle aussi. Mais l'organisation du travail ne permet là encore pas toujours un accès suffisant à la formation, ou du moins à son désir de formation (étant déjà inscrite dans un DU et ayant pour projet d'en faire un deuxième) : "On a demandé des formations, qui ont été annulées cette année, qui ont été reportées donc du coup on n'en a pas beaucoup eues". Les événements qui ont suivi le recueil des données quelques mois plus tard, à savoir la pandémie de COVID-19, a sans doute compromis cette formation institutionnelle sur les soins palliatifs à laquelle elle s'était inscrite, la privant vraisemblablement de cet étayage.

Car si Tann semble avoir intériorisé un référentiel de valeurs et de pratiques qui s'ancre dans le courant des soins palliatifs, il paraît difficile à mettre en oeuvre du fait du d'une organisation du travail qui peut s'avérer carençante face à la mort, et dans ce que cette confrontation à la mort vient activer de personnel à des niveaux conscients ou inconscients chez elle. Ce sont à la fois les moteurs et les freins de son travail dans ces contextes si sensibles.

2- Pat : Composer avec “la Compagne”

Pat est cet aide-soignant au parcours “atypique”, qui a investi d’emblée et largement la participation au projet de recherche. Sa démarche est nourrie par de nombreux échanges informels avant et après la passation. C’est un investissement qui paraît porté à la fois par le lien clinique étroit du fait que son service collabore fréquemment avec l’EMSP institutionnelle, et aussi par son intérêt pour la question de la formation en général, des connaissances et compétences qu’elle octroie, des diplômes qui la sanctionne.

Cet “ambulancier qui est passé par la case aide-soignant pour devenir infirmier” a en effet choisi la voie du soin encouragé par sa compagne alors soignante, après quelques années de formation technique et de pratique dans une autre voie qui en est très éloignée. Dans le soin, il a d’abord été “équipier-secouriste”, puis “auxiliaire-ambulancier”, “Ambulancier Diplômé d’État”, avant d’obtenir non sans efforts une admission en IFAS au titre de la Validation des Acquis par l’Expérience. Il connaît ses droits, les procédures à suivre pour “grimper les échelons”, et compte poursuivre cette ascension aussi loin que possible.

Sa participation à la recherche est en effet marquée par l’attente des résultats d’admission en IFSI lors du premier entretien, et l’annonce de son admission effective lors du deuxième. Sans que cela ne paraisse tout à fait fixé, il aborde au fil de ces rencontres plusieurs pistes de poursuite de cette évolution professionnelle : “différents diplômes universitaires” surtout autour de thématiques qui ont trait à l’urgence dont il “vien[t]”, devenir “infirmier anesthésiste pour travailler au SAMU”, ou encore évoluer d’un point de vue hiérarchique en devenant “cadre” ou “ même dans la direction”. Il “[veut] plus”.

Il semble par là chercher à acquérir toujours plus de connaissances et de responsabilités dans son travail. Un référentiel lacanien serait éclairant du point de vue d’**une dynamique désirante qui le pousse toujours plus loin dans son parcours professionnel**, avec une détermination empreinte d’une certaine maîtrise. En ce sens, le rapport au savoir et aux diplômes est central, la quête pour les obtenir est un moteur essentiel de son parcours professionnel. Il semble y avoir une certaine jouissance dans l’obtention de la validation de ces étapes, de financements de ses formations, de reconnaissance de ses acquis dans le sens d’une certaine narcissisation.

Il s’appuie dans ce chemin-là sur quelques modèles. Il évoquera, concernant son investissement de l’institution, le souvenir de ses passages à l’hôpital pendant l’enfance (sans doute parfois aux urgences d’ailleurs) : “Je me suis fait soigner quand j’étais petit, etc… Maintenant j’y travaille”. Sa partenaire de vie, également soignante, et aussi une figure très impliquée dans la vie institutionnelle qui lui a “donné confiance en [lui] pour changer de carrière”. Il s’agit d’un cadre qui a beaucoup travaillé dans le domaine de l’urgence, et qui a eu une progression professionnelle importante, commençant sa carrière comme brancardier, avant d’être infirmier, puis infirmier-anesthésiste, et enfin cadre de santé. Le rôle de ce support identificatoire majeur lui revient au décours du deuxième entretien : “Ah j’avais oublié

de t'en parler". Il paraît important pour lui d'apporter une contribution la plus exhaustive possible par son témoignage.

Cette appétence pour l'évolution professionnelle semble s'inscrire dans son histoire personnelle, bien qu'élaborer des liens entre les deux semble difficile et tombe sous le joug d'un système défensif bien établi, principalement sous forme de dénégation et de rationalisation parfois rigides.

La fin de sa scolarité dans le secondaire a en effet été marquée par le décès brutal de son père "pendant [ses] épreuves du bac", "l'examen Roi". Il ne le mentionne pas du tout lors du premier entretien, mais le raconte dans un bref récit lors du deuxième, ainsi que les conséquences directes de cet événement sur sa vie à l'époque.

Son père est décédé brutalement suite d'un Accident Vasculaire Cérébral, en dehors de toute pathologie, de façon inattendue. Il a été hospitalisé en urgence par les secours, et sans espoir de rémission il semble que sa situation ait fait l'objet d'une LAT, sans que Pat ne le nomme ainsi.

Il cite le nom de l'hôpital où son père est mort comme il cite les hôpitaux et autres lieux de sa région, de son parcours : comme un repère, avec précision. Se situer dans ce territoire où son histoire s'inscrit semble œuvrer comme un étayage. Comme Tann, il présente un fléchissement régressif lorsqu'il nomme la mort de ce père : "J'ai perdu mon papa". Il raconte avoir dit aux médecins, qui s'étaient réunis avec sa mère et lui pour parler de la situation désespérée de son père, de le "débrancher". Cette énonciation lui confère un rôle particulièrement actif dans cette situation. Il s'agit dans doute d'une défense protectrice à l'œuvre, mais se positionner activement dans la mort de ce père résonne aussi avec une certaine symbolique œdipienne.

Il conclut le récit de la mort du père en abordant ses affects de deuil via le filtre de ses défenses : "C'est la seule [mort ndlr] où ça m'a le plus touchée, c'est normal c'est mon papa". Il se déprime légèrement en évoquant son lien affectif avec lui, le deuil semble toujours actif d'une certaine manière : "Avec qui j'avais euh… très très bonne relation où… [pause]". Son discours reste suspendu, semble se déliter.

Après ce récit, il associe sur la souffrance spirituelle alors ressentie : le décès est arrivé quelques semaines après une conversion religieuse marquée par de nombreux rites. Le décès intervient pour lui "comme une punition", qui ne fait pas sens à un niveau conscient car cela entre en contradiction avec les textes religieux. À un niveau inconscient, ce sentiment semble résonner avec une activation du double complexe castration-Œdipe.

Son discours trébuche, est marqué par de nombreuses pauses, il s'en rend compte : "Ah ! Excuse-moi je perds mes mots". Soutenir son élaboration lui permet de formuler cette souffrance sous la forme d'une phrase adressée à Dieu : "C'est de dire : « Oui, je crois en Toi

[pause] et tu me prends quand même mon papa »". La représentation de Dieu semble ici prise comme figure paternelle castratrice qui le punirait en prenant son père. La question de la culpabilité est latente. Peut-être est-elle en lien avec ce retournement du passif à l'actif, à la fois pulsionnel et protecteur, qui l'amène à "débrancher" son père et par là symboliquement le tuer ?

Il raconte ensuite ce qui semble être sa première bataille administrative dans son parcours de formation pour obtenir une certaine indulgence vis-à-vis de l'impact que cet événement a pu avoir sur ses notes de bac, en vain malgré l'accueil bienveillant de sa requête. Cette démarche apparaît à nouveau comme retournement du passif à l'actif, qui permet de tenir et d'avancer dans cette phase charnière de la fin de l'adolescence vers l'entrée dans la vie adulte.

Il conclut : "Au final euh… même en ayant loupé ça je suis arrivé au… au rattrapage [...] à quelques… J'ai passé mes mes deux oraux de rattrapage, ça s'est très bien passé, et je l'ai eu". Arriver au rattrapage (soit avec une moyenne des épreuves comprise en 8 et 10 sur 20) malgré l'événement de vie qu'il traversait, et obtenir les points nécessaires en 2ème session sans trop de difficulté semble particulièrement gratifiant pour lui. Il a remporté la première bataille.

Par la suite, ses études ont été marquées par ce qui peut apparaître comme la décompensation d'un deuil pathologique sur un versant psychosomatique, soit l'apparition soudaine d'un important psoriasis dès sa rentrée universitaire en Septembre : "Jamais eu avant. Ça s'est déclaré sur mon visage, le crâne, euh… comme si j'étais brûlé. [...] Ça a été vraiment très loin, c'est… je… j'avais le cuir chevelu euh à sang".

La manifestation somatique sous forme de *brûlure* qui met "à sang" interroge. L'énonciation que Pat fait de ses lésions montre quelque chose d'une certaine violence, peut-être jusqu'à l'horreur. Il est possible de s'interroger, sur un mode très hypothétique, sur la symbolique que peuvent porter ses lésions pour lui, peut-être du côté du châtiment divin évoqué précédemment, peut-être aussi du côté d'une certaine identification au cadavre du père. Il est à noter que cette zone de la tête, atteinte par le psoriasis, est finalement le siège de la mort du père.

Il ne verbalise pas directement de lien associatif en mentionnant cet épisode, mais l'énonce en souriant, comme un sous-entendu adressé à la psychologue et à son supposé savoir sur les effets psychologiques de ce drame. Il ne parvient lui-même à l'élaborer du fait de ses défenses et des affects qui semblent agir à un niveau préconscient voire inconscient. Il mentionne aussi en début d'entretien, dans une certaine ambivalence transférentielle, que c'est à cette occasion qu'il a "essayé d'aller voir un psy" et a "destest[é] ça !".

Il a interrompu sa première orientation post-bac pour changer de cursus et intégrer une école à proximité d'un l'hôpital disposant d'un service de dermatologie très réputé, où il

s'est "fait suivre" sur les conseils de sa mère qui travaille à proximité et donc "connaît bien les différents hôpitaux".

C'est là qu'il a entamé la première partie de sa vie professionnelle. Il dit ne pas s'être épanoui dans cette voie car il a choisi non pas de se spécialiser dans la branche qui lui plaisait le plus, mais dans "la matière Reine", la plus valorisée de son secteur par "égo". Une dimension narcissisante se repère déjà dans ses choix professionnels. Il est intéressant aussi de noter que le terme "égo" revient, dans une certaine introspection, lorsqu'il raconte sa fierté d'avoir été admis dans plusieurs IFSI, dans l'actuel de nos rencontres.

Lorsqu'il s'oriente finalement vers le secourisme sur les conseils de sa compagne, il souligne la jouissance immédiate qui opère comme une révélation : "Ça m'a passionné[50] tout de suite !" Il revient sur les différentes étapes de son parcours de soignant, marquées chaque fois par l'acquisition d'un nouveau statut mieux reconnu, avec plus de responsabilités que le précédent grâce aux diplômes qu'il acquiert à chaque nouvelle formation, dans cette dynamique d'ascension sociale et d'expansion libidinale : "Je voulais plus [pause] de responsabilités, plus de choses".

L'investissement affectif de son travail et de son poste actuel est au premier plan, avec la question du "plaisir" que lui procure son métier, qui laisse entendre une forme d'excitation pulsionnelle. Tout particulièrement son expérience dans le milieu de l'urgence, qui est resté longtemps son objectif professionnel. Ça l'est toujours en trame de fond bien qu'il nuance aujourd'hui cet intérêt du fait d'une autre façon de faire son travail qu'il a découvert dans son service actuel. Il ne pensait pas "prend[re] du plaisir" à travailler "dans un service, de s'occuper des patients au jour le jour", lui qui souligne à plusieurs reprise avoir "signé pour un service, mais avec une cadre", c'est-à-dire avoir avant tout voulu travailler avec cette personne qui constituait une figure d'étayage capable de l'"épauler" et le "diriger". Comme pour Tann, cet investissement de la cadre de service comme figure à la fois maternelle et paternelle semble relever d'une certaine bisexualité psychique. Elle paraît opérer ici comme contenant ou tuteur, support d'étayage, un peu comme cet hôpital où il travaille, cette région où il vit.

Il décrit un sentiment de sécurité qui se dégage de cette figure, essentiel pour lui après une déconvenue avec son ancien "patron". La collaboration s'était achevée de manière brutale et conflictuelle, lui faisant défaut, entraînant une nouvelle bataille cette fois juridique.

Il a donc voulu travailler avec cette cadre en particulier : "J'avais fait un stage ici. Elle m'a beaucoup plu. Le service en... j'aimais travailler, je pouvais travailler, je peux travailler partout, ça me dérange pas, j'ai pas… Mais c'était avec elle que je voulais signer. Donc j'ai attendu [X] mois qu'une place se libère, et je suis venu à, en pneumologie".

[50] Verbatim particulièrement appuyé dans l'énonciation du discours.

Il raconte cela presque avec les mêmes termes lors du premier et du deuxième entretien, se discours paraît bien ancré dans son histoire professionnelle, peut-être un peu figé. Il tient à cette figure qui a mobilisé l'investissement princeps de son service. Cela s'exprime notamment par le souvenir très précis de son entrée en poste, dans un léger rire qui maintient une distance défensive avec ses affects, lorsqu'il raconte qu'il l'occupe depuis "5 ans et un jour".

La question de la mort dans son travail s'est d'abord présentée par le biais de l'urgence. Lors du premier entretien, il fait le récit croisé de deux situations de décès marquantes, dont sa toute première confrontation à la mort au travail lorsqu'il était auxiliaire-ambulancier. Ce récit émerge en association avec une question de la psychologue-chercheuse, à partir d'un discours sur sa confrontation précoce à la mort dans son travail, lors de transports en ambulance de patient.es dans des états graves. Il raconte alors "les plus gros décès [qu'il a] eu" et approfondit suite à une relance : "Les plus, je dis les plus gros, c'est parce que les... Les plus traumatisants". Il initie par-là la question du trauma, dans une certaine appropriation de ces situations marquée par le verbe *avoir*.

Il les raconte succinctement à la suite, presque intriquées, puis l'étayage de l'entretien lui permet d'en développer deux récits de plus en plus distincts et construits. Il y mobilise ses connaissances professionnelles et aussi quelques défenses psychiques, principalement de l'ordre de la rationalisation et de la maîtrise, parfois de l'évitement et de la banalisation. Ces deux situations cliniques présentes des points communs forts, que Pat ne semble pas lier consciemment.

La première est une situation de décès au domicile d'un couple "un peu marginaux. Qui... buvaient beaucoup", dit-il dans une énonciation scandée par des pauses et des hésitations. Il décrit une forme de sidération face à ce domicile saturé : "Les différentes… bouteilles vides, euh, la saleté, la crasse, [pause] l'odeur... ç-a m'a marqué… C- comment on... [pause] ils, on pouvait en arriver là. C'est... la pauvreté, c'est la misère j'allais dire, c'est c'est pour ça que ça m'a marqué". Il en ressort un en-trop d'excitation pulsionnelle lié à une certaine analité du contexte, dans laquelle il est immergé sans distance du fait d'entrer au domicile des personnes, le submergeant sur la plan sensoriel.

Construire un récit de la situation dans le cadre de l'entretien de recherche, et via la relation transférentielle, semble lui permettre d'élaborer quelque chose des éléments traumatiques restés en suspens, notamment en lien avec une identification douloureuse qui s'exprime dans le questionnement "comment on... [pause] ils, on pouvait en arriver là". Il repère avec hésitation avoir été marqué "en termes psychol-... enfin, psychologiques. C'est euh… [pause] La pauvreté". Il semble difficile d'élaborer plus avant sa propre souffrance psychique liée à l'expression de celle de ce couple.

Ce qui l'a aussi marqué, c'est une problématique d'erreur professionnelle. Son responsable direct, manifestement très envahi par le contexte de précarité psychosociale, aurait été entravé dans ses transmissions téléphoniques au médecin urgentiste, décrivant l'état d'insalubrité du domicile en même temps que les symptômes du mourant. Cela semble avoir été désorganisateur pour Pat, qui dit dans un ton de voix qui s'amenuise : "Il a un peu paniqué".

La deuxième récit de décès, évoqué en parallèle de celui-ci sans élaborer les liens qui les unissent au-delà du caractère massif et traumatique qui les caractérise, concerne un décès au domicile également marqué par une certaine analité et par une erreur dans l'appréciation technique de la situation. Cette fois c'est lui qui était en position d'ambulancier dialoguant avec l'urgentiste par téléphone. Les signes cliniques rapportés par Pat ont orienté ce dernier vers une fausse piste diagnostique : "On pensait qu'elle faisait un AVC, avec le bilan, avec le médecin au téléphone. Et en fait quand on l'a déplacé ou pas, elle avait fait une, une occlusion intestinale".

Il décrit entre angoisse et défense les conséquences de cette décision :

"Et euh... on commence à avoir les vomissements fécaloïdes. Arrêt cardiaque. Et là on a massé. Et à chaque fois qu'on... faisait des compressions thoraciques, [pause] les, les vomissements fécaloïdes cooontinuaient, cooontinuaient, continuaient. Donc on est là, à aspirer, à comprimer [plus bas], à aspirer, à comprimer, c'est… et on est entouré de... [pause] Voilà, c'est là que ça m'a un peu marqué, euh…"

Il mentionne aussi "l'odeur", le temps d'attente avant l'arrivée du SMUR qui prolongeait cette situation éminemment débordante. Se référer à ce territoire qui le contient est sans doute protecteur : "C'était bouché sur la route. Avec le le pont de [la commune], et donc ça a été très [long] très très long. Et ac... Avec la famille qui pleurait, qui... Ouais".

La question de l'erreur diagnostique le confronte : les transmissions au SAMU relevaient cette fois de sa responsabilité, lui qui chemine depuis de nombreuses années pour en acquérir toujours plus. La question de la culpabilité est au premier plan et devient transitoirement symptomatique. Il décrit dans une certaine dynamique défensive les échanges après-coup avec différents interlocuteurs :

"J'ai eu du mal à dormir. J'en ai discuté avec, euh... mes, mes collègues, [...] la patronne [...] m'a dit : « [Pat] vas-y, tu arrêtes. Vas te poser ». Parce que bon... Ma collègue, l'auxiliaire [ambulancière, ndlr], qui était avec moi, lui a expliqué le... J'allais dire "le carnage", façon de parler. Vu comment c'était traumatisant. Elle a dit: « Bon, vous arrêtez, vous allez prendre l'air », enfin… [aspire de l'air par les coins de bouche] Et après j'en ai discuté, et… J'en ai discuté ici avec, euh… [le cadre au parcours similaire qui est pour lui un modèle] [...] que je croisais beaucoup en intervention avec le SMUR".

Cette succession de petits espaces de parole semble lui permettre de se rassembler suite à la désorganisation causée par le trauma, par la décharge et l'élaboration partielle que

permet la verbalisation, mais aussi le soutien ainsi mobilisé comme bénéfice secondaire. La rationalisation partagée avec ses pairs soignants, pour la plupart occupant un rang hiérarchique supérieur, paraît aussi permettre de reconstituer quelque chose de la fonction effractée du pare-excitation. Une analyse technique s'en dégage, qui évacue en partie la culpabilité : "Je connaissais pas le diagnostic, pour les ressources, quelqu'un qui vomit, on aspire, on comprime".

La théorie d'Anzieu sur le Moi-peau (1985) est en effet éclairante pour aborder les aspects traumatiques de ces deux situations cliniques. L'excès d'excitation sensorielle notamment anale et orale[51] dans la confrontation sensorielle à ces corps sans s'y sentir préparé par sa formation apparaît en effet effractant par débordement de la fonction de pare-excitation. Concernant le deuxième cas il dit par exemple : "Voilà, mais c'était [pause] plutôt [pause] particulier entre l'odeur, c'était noir… C- chaque fois qu'on comprimait ça sortait, c'est... quelque chose que... j'avais jamais vu, qu'on n'a jamais vu, même en théorie".

Effraction par manque de contenance aussi, qui fragilise cette fonction de pare-excitation : dans le premier cas par le supérieur hiérarchique lui-même débordé, dans le second par l'absence du médecin, au téléphone puis retardé. L'impuissance et la culpabilité viennent majorer le trauma.

En plus du caractère anal, il semble aussi se jouer quelque chose de la scène ultime dont parlent David (1996) et Amar (2012) du fait d'assister au moment de la mort. Cela relève de la pulsion scopique, d'autant plus que la situation se déroule au domicile où l'intervention d'urgence amène une forme d'intrusion dans l'intime.

Après ces récits sur ces décès marquants auxquels il a été confronté dans un contexte d'urgence, il associe sur les manœuvres de réanimation qui y sont inhérentes. Il explique la dimension traumatique de ces gestes, avec une emphase rhétorique qui montre que le plaisir n'est pas pour autant exclu : "C'est c'est pas très beau, euh, un... massage cardiaque. Pourquoi ? On casse souvent des côtes, euh, ça saigne, c'est... [pause] c'est pas... [pause] Les gens sont… s-ont s-urpris j'allais dire". Malgré l'angoisse qui altère l'énonciation du discours, **connaître ces gestes qui sauvent paraît valorisant narcissiquement**. Cela semble faire de lui en quelque sorte un initié, lui confèrant un certain pouvoir à la fois sur les corps mourants, sur lesquels il peut agir, et sur la population lambda qui se trouve démunie face à l'urgence. L'énonciation fait penser à ce sadisme soignant décrit par Lepoutre (2014), nécessaire pour accomplir des gestes que personne d'autre ne peut réaliser.

Ce propos le fait associer sur des récits de situations plus personnelles de confrontation à la mort qui survient dans l'urgence en dehors du travail, et qui sont assez récentes. Son statut et ses connaissances de soignant lui ont permis d'intervenir, notamment dans une situation qu'il décrit de manière détaillée : un autre épisode de massage cardiaque,

[51] Anale par la saleté du lieu de vie dans la première situation et l'émission de matière fécaloïdes dans la deuxième. Orale par la question de l'alcoolisme et la massivité de ses symboles dans la première, et par les vomissements fécaloïdes dans la seconde.

cette fois d'un partenaire de sport de combat suite à un malaise pour lequel Pat a mis en œuvre les premiers secours et contacté le SAMU. Il a été rapidement rejoint par un autre soignant inconnu qui partageait les mêmes locaux sportifs.

Son récit est riche en détails techniques, il met en avant les qualités de réactivité liées à son expérience de l'urgence, lui confèrant une certaine toute-puissance : il est "parti comme une flèche", a "arraché le défibrillateur", "personne comprenait rien". Il adopte dans ce récit une position héroïque particulièrement narcissisante, qui tient plus aux actes qu'au savoir.

Il décrit en effet ce qui peut être considéré comme un déni névrotique au niveau de sa compréhension de la situation, et sa levée avec le diagnostic médical par l'urgentiste au téléphone qui identifie l'arrêt cardiaque et semble dans cette situation suffisamment contenant. Une certaine culpabilité entoure sa réflexion : "J'avoue que... j'y ai pas… tout de suite…pensé tout de suite… [...] J'ai pas réfléchi… [plus bas]". Il élabore peu le caractère défensif à l'œuvre, malgré que sa confrontation à des décès dans sa vie professionnelle aurait dû lui permettre de repérer les signes agoniques décrits à son interlocuteur :

"On peut pas oublier [le son d'un gasp pré-mortem, ndlr]. Que ça soit… [claque la langue contre ses dents] de, du l'ouïe, on peut pas oublier ce qu'on entend, comment c'est. Et… ça a pas tilté [claque des doigts plusieurs fois]. Ça a pas tilté [claque des doigts]. Et c'est quand j'ai dit au médecin: « J'ai pas de pouls », et, je, j'avais des gants enfin, j'ai enlevé mes gants, j'avais mes mitaines, j'ai... On est transpiré, et euh... J'essaie d'avoir un pouls, j'arrive pas [...] à avoir de pouls. Il, la respiration elle est, il tire… Et j'ai pas fait le lien. Tout de suite, en disant: « Ben si t'as pas de pouls c'est qu'il… en a pas ! » C'est ça. Au début je pensais que, c'était à cause de, de mes doigts, que… ça... j'arrivais pas à l'avoir. Et, quand il m'a dit : « C'est peut-être un infarct' », [onomatopée aspirée]. Et là j'ai compris dans ma tête. J'ai fais : «Ouais…»"

Là encore, la sensorialité est au premier plan dans l'appréhension de la situation, l'angoisse débordante se manifeste dans les perturbations prosodiques et syntaxiques. La dimension traumatique tient à de nombreux facteurs tels que le caractère inattendu de l'événement, à fortiori hors contexte professionnel, sans doute aussi quelque ressemblance avec l'événement aigu qui a conduit à la mort de son père, d'autant plus que le goût de Pat pour les sports de combat lui a été transmis par ce dernier.

Mais la valorisation issue de ces gestes qui lui ont permis de sauver cet homme, s'attirant ainsi la reconnaissance et l'admiration de ses partenaires de sport, semble réparateur. Ce récit paraît revêtir une **fonction de restauration narcissique suite aux affects mobilisés par les récits précédents**. Il y a aussi peut-être quelque chose d'anti-traumatique dans la réussite de ce geste, dans une situation qui ressemble à celle où son père n'a pu être sauvé.

Depuis qu'il occupe son poste en pneumologie, il identifie une évolution dans sa confrontation à la mort au travail qui modifie sa représentation de lui-même comme soignant : "C'est vraiment en contradiction de... ce que je suis devenu maintenant." Il s'appuie sur la description de la pancarte à l'entrée du service pour élaborer quelque chose de l'angoisse liée aux fréquentes confrontations à la maladie grave qu'il y rencontre : "Quand on rentre dans le service, il y a une énorme pancarte, qui marque : pneumologie [pause] et [pause] cancérologie thoracique. Alors que on n'est pas... On fait pas forcément du, du cancer, mais c'est que [pause] avec la pneumologie on en fait tellement, qu'on considère que, on fait de la cancéro [riant légèrement]". La fréquente gravité de l'état des malades en donne une représentation empreinte d'angoisse et d'inquiétante étrangeté : "À chaque fois que je vois un patient ici, j'ai l'impression que c'est un... mort-vivant, euh... en devenir". L'énonciation paradoxale montre un certain archaïsme.

La fréquence des décès aussi paraît impactante. La mort est plus difficile à nommer. La lutte contre des affects plus dépressifs transparaît :

"C'est suite à l'expérience, statistique. [pause] On en a encore jamais vu qui s'en est… qui sont sortis ! C'est dur ! Y en avait une, on se disait, et elle a refait une récidive et bon… Très vite. Après le reste euh… On espère toujours que ça passera, que… et non [plus bas]. Peut-être que, alors c'est une façon... on voit ce qu'on a envie de voir. Et qu'on voit p-as ceux qui vont b-ien mais… on essaye de se rappeler, on a envie de se raccrocher à quelque chose, à dire : [onomatopée aspirée] « Oui ! Il a réussi à s'en s-ortir ! » [exagération], mais… on n'a aucun nom."

Son humour semble le protéger des mouvements dépressifs à l'œuvre lorsqu'il analyse ces représentations un peu plus loin de manière réflexive:

"J'en ai rigolé sur le fait, quand je dis « mort-vivant » c'est parce que nous dans notre service [pause] le cancer est tellement- se propage tellement, ou… le cancer du poumon est tellement, j'allais dire grave, [pause] je sais qu'y a des cancers qui sont graves, [pause] mais euh on voit p-as les gens s'en sortir, avec euh [pause] un cancer p-ulmonaire. En plus, quand y a des métastases c'est même pire [ton descendant]. On les voit pas s'en sortir".

C'est peut-être pour cela que partager sa confrontation actuelle à la mort au travail passe par une précaution transférentielle semblant viser à protéger la psychologue-chercheuse dans un premier lieu (et peut-être aussi en arrière-plan les personnes qui seront amenées à lire ses propos dans le cadre de la recherche) de potentiels effets qui pourraient être considérés comme traumatiques à un niveau vicariant : "J'ai pas envie d'être hard, ou quoi que ce soit". L'émergence de cette précaution pour parler de la confrontation aux situations de fin de vie plus progressives et mieux balisées après avoir fait le récit explicite de situations de décès particulièrement violentes interroge. Savoir la mort probable de ces malades est-il plus difficile pour lui ? Cela vient-il de l'impuissance inhérente aux accompagnements en fin de vie, alors que les interventions d'urgence sont plus marquées par

le sceau de l'incertitude et de l'agir ? Lui apparaissent-elles plus ou moins consciemment comme plus valorisantes ?

Arrivant vers la fin du premier entretien, une élaboration réflexive émerge, qui met en avant une représentation de la mort qui relèverait plus de la pratique d'"urgence" ou de "réanimation", d'une mort qui survient soudainement, brutalement, et contre laquelle des actes vont être posés pour la repousser. Il explique dans une énonciation ralentie par la réflexion à l'œuvre avoir "l'impression d'avoir… un… un [pause] un regard et… un peu différent de, des autres personnes par rapport à la mort [plus lent]". Il ancre cette représentation aux racines de son parcours professionnel, dans une notion de "culture", un mouvement qui semble le distinguer de ses collègues actuels : "Pour moi, j'ai j'ai un… une vision et… [pause] d-ifférente de mes c-ollègues parce que je… je viens de l'urgence". Il semble encore y avoir dans ce positionnement une dimension héroïque et narcissisante.

Cette représentation paraît aussi faire l'économie de la question du lien et de la séparation, surtout lorsqu'une relation est particulièrement investie, s'est construite au fil du temps. Elle émerge de façon paradoxale après avoir longuement élaboré **une représentation de la mort comme "compagne"** qui est "présente dans [son] travail", et semble le protéger partiellement des effets désorganisateurs que peuvent avoir les affects de deuil sur son travail, lui permettre de continuer :

"Il faut l'accepter. Il faut passer après outre pour s'occuper d'autres patients, parce que c- quand on est atteint par une pat-, par un [pause] décès d'un patient [pause] mais on doit les voir les autres. Et on peut pas y aller en pleurant ou quoi, on est obligé de faire [pause] abstraction de certaines émotions, de, ça fait partie de la vie. C'est… c'est la fin, c'est…"

La construction de cette représentation de la mort comme "compagne", qu'il élabore longuement lors du premier entretien et évoque à nouveau lors du deuxième, semble avoir une valeur défensive face à l'angoisse et l'impuissance auxquelles la confrontation aux fins de vie l'expose dans son service. Sa personnalisation semble en faire une figure familière, presque réconfortante de manière ambivalente. Elle lui permet de faire une forme d'alliance qui l'aide à être satisfait de son travail : lorsqu'un ou une patiente en fin de vie décède, il se dit : "Ça y est c'est fait". Il précise :

"C'est fait, mais pas dans le mauvais terme : « Roh ça y est enfin, il est décédé il était chiant ». Non [bruit de langue], ça y est, je l'ai accompagné, j'ai effectué ma tâche, jusqu'au bout, j'ai fait [pause] mon travail, maintenant je dois… c-ontinuer, aller [...] les autres patients, accueillir un nouveau patient [pause] que… je dois prendre en charge".

Cela semble relever aussi d'un positionnement héroïque dans l'ancrage déontologique de son travail, permettant de continuer le travail mais pas nécessairement d'élaborer les affects à l'œuvre contre lesquels des défenses se mobilisent. L'ancrage dans un référentiel palliatif et dans les valeurs du *care* paraît aussi soutenir ses pratiques :

“J’oublie pas la première, ou je la minimise pas à [pause] une mission, c’est fini, je sais que c’était une êt-, un être humain, c’était une personne [pause] qui a vécu. Mais pour moi, [pause] j’ai fait, ou j’ai essayé de faire le maximum que je pouvais, pour… [pause] lui être agréable dans ses derniers jours”.

Cette représentation de la mort comme “compagne” de travail semble permettre d’atténuer en partie les effets d’impuissance et d’échec face à la fin de vie et à la mort : “On gagne jamais. On fait que repousser. On gagne du temps”. D’atténuer l’angoisse aussi : “Les gens des fois ont peur d’en parler, ont peur de la côtoyer, de… [pause] Moi je… comme j’ai dit ça fait partie de la vie, c’est quelque chose je me s-… ‘fin je me suis habitué façon de parler, même au bout de q-uelques décès, on s’habitue, on sait qu’elle est à tr-, qu’elle est tout le temps là. De toute façon, on gagne jamais contre elle, on fait que gagner du temps. C’est… c’est ma façon de penser.”

Cela s’applique aussi à la clinique de l’urgence dans laquelle il se situe de manière privilégiée : “Même en urgence, on fait que gagner du temps ! On mourra [pause] tous [pause] un jour euh... Donc on fait, on repousse un peu… l’issue fatale”. Un certain rapport à la dimension castratrice que peuvent revêtir les décès malgré la toute-puissance de l’agir soignant paraît s’exprimer ici. Cela paraît en quelque sorte pacifier l’angoisse et la culpabilité qui peuvent être mobilisées par la mort : “Quelqu’un qui arrive euh, on lui donne que du temps. On… on ne sauve que pour un bout de temps même si [pause] on peut vivre 40 ans, 60 ans, ou quelque chose, mais on fait que gagner du temps. Donc je sais qu’elle est toujours possible et [...] à n’importe quel moment”.

Cela dépasse le cadre du travail. En effet ces représentations s’appuient, et leur valeur protectrice opèrent, sur son expérience personnelle et son propre rapport à la mort, marqués tout particulièrement par le décès soudain de son père au sortir de l’adolescence : “C’est pas une peur, c’est… La mort nous accompagne. Enfin, elle nous accompagne parce qu’elle est présente. Et on sait que... même moi si je me mets à marcher, boum, ben ça peut m’arriver que je décède [pause] suite à quelque chose”.

Cette menace de la mort qui peut surgir à tout moment, y compris en dehors du travail comme pour le décès de son père ou lors des premiers secours dispensés dans des lieux publics, s’étend aussi à ses proches. Il le précise lors du deuxième entretien, non sans dénégation défensive : “C’est possible pour mes enfants [pause] pour ma femme. Je… je le sais, ça me touche pas, ça me fait pas mal, j’ai pas peur en permanence. Je sais que c’est possible”.

Il y a à faire avec la menace de la séparation, de la perte. En cela, bien que sa fonction soignante et les pratiques palliatives soient un étayage dans la confrontation à la fin de vie et à la mort dans son travail, **le décès de patient.es connu.es de longue date ou avec qui il partage une relation privilégiée sont vécus plus difficilement**.

Ainsi, à une question sur les situations de décès qui l'ont particulièrement marquées, il raconte deux situations de patients particulièrement investis. C'est la perte d'une relation singulière qui pour chacune semble marquante.

La première situation est racontée brièvement : il s'agit d'un homme assez isolé dont il assurait le transport lorsqu'il était ambulancier. Dialysé trois fois par semaine, la relation a eu le temps de se tisser avec la fréquence des rencontres, pendant les trajets. Un patient tant investi que les ambulanciers opéraient quelques glissements de tâches, lui apportant son courrier au passage et l'aidant dans ses démarches administratives par exemple. Le décès de ce patient suite à une aggravation de sa maladie rénale, hospitalisé en réanimation, a été vécu comme soudain par Pat : "Je pensais aller le retrouver là-bas, et en fait quand j'y suis arrivé, bah on m'a dit qu'il était décédé". L'effet de surprise entraîne un choc, la séparation est brutale. L'information très informelle et factuelle ne laisse aucun espace pour en dire quelque chose, en élaborer un deuil.

La seconde situation est beaucoup plus détaillée. Il fait le récit de la rencontre, et de la prise en soins lors d'hospitalisations répétées, de ce Boxeur Bulgare[52] atteint d'un cancer pulmonaire. L'investissement réciproque a été immédiat et assez massif : "Je discutais beaucoup, je rigolais beaucoup parce qu'il avait [pause] des mains énormes, il me disait qu'il avait fait de la boxe. Et euh, on rigolait et, il avait un accent qui faisait rigoler. Et il partait, et il revenait pour ses cures". Au point que dans l'après-coup, Pat considère, avec une nuance empreinte de respectueuse précaution, qui peut aussi être attribuée à une forme de mise à distance défensive, que les deux hommes étaient devenus "plutôt intimes" : "J'aimerais pas…[claque des doigts] [pause] [claque la langue contre ses dents] Je… m'avancer".

L'humour est le point de départ de leur relation, à partir de ses mains de boxeurs qui semblent revêtir un symbole de puissance phallique : "Quand j'avais vu sa main j'avais, j'avais rit, j'avais dit : « Mais ça c'est des mains ! Quand vous mettez une gifle, vous arrachez des têtes ! »".

Un mouvement d'identification semble au cœur de cet investissement réciproque : le goût pour les sports de combat, la parentalité à une période de sa vie où Pat était jeune père. De projection aussi, relative à son défunt père : "C'est mon papa qui faisait de la boxe !". Il dit cela pour réfuter le lien d'identification mis en avant par une interprétation dans l'entretien de recherche.

Soutenir l'élaboration de liens entre cette relation clinique et les mouvements psychiques qui la sous-tendent tombe en effet sous le joug des défenses. Il coupe : "Ah la parentalité, on est tous papa, ou pratiquement tous au moins une fois dans nos vies. Euh… l-a boxe, [pause] je crois même pas que j'en p-ratiquais encore à ce moment-là". Après un détour défensif par un discours sur son goût pour différents sports de combat, il revient sur la

[52] Le patient, qualifié dans le discours par son métier et son origine, a fait l'objet d'un travail d'anonymisation. Le métier a été gommé au profit de sa pratique de la boxe, et son origine a été modifiée en tenant compte d'une certaine logique géopolitique.

question de l'identification-projection par la dénégation ("Ça a pas, y a de lien de… entre ce que j'ai discuté avec cette personne, et même avec mon papa… pourquoi j'ai choisi ça [la boxe, ndlr]") et la banalisation ("On en trouve toujours des points communs [...] quand on cherche, quand on discute [...] On arrive toujours à trouver des points communs entre les gens"). C'est aussi la radicalité du rejet qui en marque la valeur défensive. Cette radicalité ouvre aussi à l'hypothèse d'un travail de crypte à l'endroit de la mort du père (Abraham et Torok, 1978), où à défaut de pouvoir en élaborer le deuil, le mort incorporé aurait des effets inconscients qui seraient ici l'objet de la défense.

Pat entre ainsi dans les détails sur les spécificités de chaque sport de combat pour réfuter tout lien entre son intérêt et sa pratique par rapport à celle de son père : "Mon père faisait de la boxe et c'est pour ça que j'en fais, non. Ça n'a rien à voir, parce moi je fais, c'est pas de la boxe traditionnelle, ça s'appelle du [nom du sport], c'est… sport de contact en fait c'est un… [claque la langue contre les dents] euh.. comme les, le judo, comme l'aïkido, tout ça, comment on appelle ça les… c'est pas des sports de combat quand…". Le terme "art martial" lui échappe, peut-être par l'effet d'un refoulement.

Il évoque son intérêt comme trait inné à sa personnalité, réfutant fermement les identifications infantiles qui l'ont vraisemblablement soutenu : "J'ai toujours adoré", "Je me suis toujours intéressé à la boxe, bah à la télé ou pas, mais moi j'en pratiquais pas encore [son père lui montrait des matchs de boxe à la tv ndlr]".

Plusieurs années après, il semble difficile d'élaborer cette situation qui résonne avec des aspects traumatiques de son rapport à la perte. Il a en effet été éprouvant pour Pat de voir l'état de cet homme se dégrader au fil des hospitalisations, perdre son autonomie fonctionnelle puis ses capacités cognitives au fur et à mesure que les métastases se développaient malgré les traitements : "C'était <u>affreux</u>". Pat a été marqué par le fait d'avoir vêtu le patient d'une "grenouillère" à la fin de sa vie : une inquiétante étrangeté semble se dégager de cette tenue infantile imposée à une figure paternelle. Une transgression œdipienne opère-t-elle en même temps ? Un évitement défensif s'exprime quant au décès, qui contribue sans doute à laisser l'élaboration de ce deuil en suspens : "J'étais content que ça, ça tombe pas sur, sur moi ou sur mon équipe". Associer sur son tempérament protecteur, dans une posture héroïque tant vis-à-vis de ses collègues que des patient.es, semble le tenir.

Lorsqu'il parle de ce qui lui plaît dans son travail, Pat met surtout en avant "le relationnel". C'est une dimension centrale de son accompagnement des patient.es, quel que soit le type de service dans lequel il travaille. Tenir compte de la singularité de chaque personne et créer une alliance thérapeutique apparaît comme fondamental pour compenser la vulnérabilité des malades.

Il raconte avec humour être "<u>possessif</u>" : "C'est <u>mon</u> patient". Une maîtrise défensive, peut-être une forme sublimée du sadisme soignant opère quand il décrit de manière

ambivalente soutenir l'autonomie psychique des malades lorsque la famille prend trop de place, se positionnant comme tiers qui rétablit la distance, quitte à la "[mettre] dehors". Il y a quelque chose de paternel dans cette posture. Elle relève aussi d'une certaine toute-puissance de soignant à partir de la suppléance à la perte d'autonomie, qui risque d'écraser le sujet ou d'attaquer son lien à ses proches : "J'allais dire : « Ils sont à moi », c'est à moi de prendre en charge, c'est à moi de de tout faire". Il inclut ses collègues pluridisciplinaires à cette orbite possessive : "C'est parce que c'est mon patient, c'est moi qui dois m'en occuper avec l'infirmière et le médecin".

Cette tendance s'exprime à fortiori **lorsque les malades sont en fin de vie**, quand ils et elles sont le plus vulnérable. Son côté protecteur œuvre pour le maintien de la relation de soin malgré la séparation qui menace et déprime : "J'essaie de pas montrer euh… [pause] mon apitoiement". La tournure dénégative de ses phrases laisse penser à une lutte contre la représentation du *mourant* telle qu'Higgins (2003) la décrit :

"[soupir profond] Je suis déçu, je… suis triste pour lui, mais ça, e-en aucune façon ça j-oue sur ma façon d'être. En disant : « Bon, bah ça sert à rien de, de, de le connaître, ou d'essayer de le connaître, parce qu'il va mourir. » Ça a jamais été ma façon de penser. Que ce soit une p-ersonne qui va mourir ou pas, je vais toujours avoir la même façon, de discuter de la même façon, [pause] r-igoler de la même façon."

Connaître le pronostic renforce cette attention particulière à la relation, là aussi dans un certain ancrage à un référentiel palliatif qui l'amène à faire un lapsus intéressant, remplaçant les termes "en fin de vie" par "en soins de vie". Cette formulation mélange sans doute les notions de "fin de vie" et de "soins palliatifs". C'est une tournure presque poétique qui rappelle les valeurs éthiques du soin palliatif, notamment portées par la SFAP en France, mettant en avant la vie qui se poursuit jusqu'à la mort, même à la toute fin. Pat semble avoir particulièrement intégré ces représentations, bien que la question de la mort reste difficile à nommer du fait d'une certaine angoisse :

"J'allais dire c'est dans ma psyché, c'est ma façon de penser. Mais je suis comme ça aussi avec tous les patients hein. J'aime me poser pour discuter avec eux. [pause] Mais… ça prend une autre connotation quand, quand on sait que… c'est soins palliatifs, ou… 'fin, on fait du, du soin de confort."

Utiliser le mot "psyché" revêt peut-être un caractère transférentiel.

La question du relationnel est aussi très présente dans son discours en ce qui concerne ses collègues, pairs soignants et pluridisciplinaires. Relativement à la question de la fin de vie, il se décrit aussi dans une fonction de protection vis-à-vis de ses pairs paramédicaux, principalement des femmes. Il rattache cela à son parcours dans le milieu de l'urgence et sa représentation de la mort comme "compagne", qui lui permettent d'appréhender la question de la mort sans se sentir trop débordé. Il décrit que certaines collègues peuvent parfois verbaliser les identifications ou projections dans les situations cliniques qui rendent leur

travail difficile. Sa propre économie défensive l'en épargne sûrement et lui permet d'affronter ces situations, peut-être au risque de la réactivation traumatique ou de l'usure du fait qu'une élaboration des liens inconscients qui s'opèrent reste inaccessible. C'est un positionnement là encore narcissisant, qui relève d'une certaine position héroïque structurante mais potentiellement éprouvante.

Il décrit aussi un mode de relation singulier vis-à-vis des médecins et de l'EMSP. Dans une certaine ambivalence entre porter son évaluation clinique dans un positionnement de défense du point de vue du groupe paramédical ("pour nous"), il semble aussi chercher à s'affilier au point de vue médical et à celui de l'équipe de soins palliatifs qui intervient dans son service.

Il se fait parfois relai auprès de son équipe des discussions formelles ou informelles auxquelles il participe, se retrouvant parfois dans une certaine position sacrificielle à défendre les décisions qui émanent de ces échanges. Ce mouvement passe par une élaboration technique des connaissances médicales qui y sont mobilisées, y compris en termes de soins palliatifs. Le rapport au savoir paraît au centre de ces mouvements chargés de libido.

Ce lien à l'EMSP n'est pas étranger au transfert, Pat y fait d'ailleurs plusieurs références lors des deux entretiens, et y ancre sa démarche de participer à la recherche. Contribuer au projet de sa collègue de l'équipe de soins palliatifs le motive, dans une dimension d'"aide". Le fait que sa contribution concourt à obtenir un diplôme (le doctorat) y contribue sans doute, dans une forme de projection de sa propre dynamique pulsionnelle et sublimatoire. Aussi il porte une grande attention à ses réponses, essaie d'être le plus exhaustif possible.

Des traits de personnalité obsessionnels semblent au service de sa précision, lui qui raconte avec humour être très pointilleux y compris avec les autres : "Quand on dit : « On fait une dinde aux marrons ». C'est pas des marrons, c'est des châtaignes". Cela lui permet de se reprendre plusieurs fois, reformulant son discours lorsqu'il aborde des contenus trop chargés en angoisse ou en libido.

Il se prête aussi au jeu de la réflexivité en "[s'ouvrant]", ayant habituellement "beaucoup de mal à dire [ses] sentiments" et exprimant en filigrane une certaine ambivalence à l'endroit de la fonction des psychologues. Sa motivation en fait l'une des premières personnes à participer, et sans doute le participant avec qui les échanges informels sur le projets ont été les plus fréquents. Cela a pu contribuer au choix de cette étude de cas, peut-être dans une dynamique contre-transférentielle de contre-don.

Se connaître, se tutoyer, dans une phase encore débutante du déploiement du protocole, alors que la posture de psychologue-chercheuse était encore en construction, que la méthode de la recherche se confrontait à la clinique des passations, floute les limites et cause certaines ambiguïtés. Ainsi au moment de fixer le rdv pour le deuxième entretien, Pat demande un numéro pour renseigner ses disponibilités, ouvrant l'échange suivant : "Mon

DECT ?", question à laquelle il acquiesce, rit puis répond : "Non, je ne vais pas te demander ton numéro personnel quand même !".

Pour synthétiser ce qu'il ressort de l'analyse du discours de Pat, il est notable que sa vocation de soignant est fortement marquée par sa confrontation personnelle à la mort et au deuil. La mort brutale de son père intervient alors qu'il était encore pris dans des processus adolescents, passant son bac et fréquentant sa compagne depuis peu, s'ancrant dans sa religion d'un point de vue identitaire comme dans une "grande famille". Cet événement a eu des effets traumatiques qui tenaient tant à l'effraction massive qu'il a constitué comme séparation radicale avec le père qu'aux enjeux pulsionnels dans lesquels il a été pris. Une probable actualisation de la problématique de castration dans alliance œdipienne rejouée avec la mère au moment de "débrancher" le père a pu revêtir dans l'après-coup une dimension traumatique.

La sanction symbolique opère au moment de passer "l'examen Roi" et faillit bien lui coûter son bac, avant de se lancer dans la "matière Reine" de la voie professionnelle qu'il avait choisie à l'époque. Se poursuit un certain nombre de batailles pour conquérir sa vie professionnelle : celle du psoriasis qui le force à changer de d'école, puis les différents concours et diplômes pour devenir soignant et "grimper les échelons", les batailles administratives pour obtenir des financements, se relever de déconvenues liées aux manquements de ses employeurs… Pour finalement conquérir cet hôpital qu'il voyait de sa fenêtre d'enfant dominer le territoire dans lequel il s'inscrit, qu'il connaît par cœur.

Contre-transférentiellement ce parcours se reflète comme une métaphore chevaleresque qui répond tant à l'énergie déployée qu'à la position héroïque que lui confère les différentes fonctions soignantes qu'il a occupées. Se lancer dans ces batailles le tient et le nourrit narcissiquement, contribue sans doute à l'antidéprimer. C'est peut-être cette dynamique qui opère encore dans l'intérêt qu'il cultive pour les sports de combat, au-delà du lien identificatoire avec son père.

Celui qu'il pratique, il le désigne préférentiellement comme "sport de contact". Une dénomination qui annule la valence pulsionnelle agressive et lui substitue un possible lien. La question du contact n'est finalement pas anodine chez Pat : contact empêché ou limité par son psoriasis dans les moments où la désorganisation somato-psychique réactionnelle au deuil était la plus forte, son métier actuel repose avant tout sur le contact. La voie de résolution du deuil traumatique qu'a constitué la carrière dans le soin (qui devient finalement pour Pat une carrière soignante pour lui-même) permet de renouer avec le contact, de le sublimer.

En réaction à son parcours marqué par un événement de vie traumatique et désorganisateur, **Pat témoigne d'une urgence à vivre qui lui permet d'entrer dans la vie adulte** : faire couple puis famille, sublimer le trauma par l'intellectualisation et le statut qui accompagnent son parcours de soignant. Le savoir confère une certaine maîtrise qui protège,

cette dynamique le fait tenir. L'investissement de son travail apparaît alors comme un contre-investissement face à la libido œdipienne libérée par la mort du père, à la faveur du support identificatoire proposé par sa compagne elle-même soignante.

La notion de "compagne" est d'ailleurs clef. Terme utilisé contre-transférentiellement pour désigner sa partenaire de vie qui est aujourd'hui sa "femme", Pat l'utilise pour en quelque sorte neutraliser l'angoisse liée à la confrontation à la mort dans son travail et aussi dans sa vie personnelle. Une forme de symbolique romantique se dégage de ce mot, peut-être dans un mouvement de séduction lié à cette dynamique de neutralisation, d'annulation.

Son parcours de vie autant que son expérience dans "l'urgence" lui ont appris comme la mort est prompte à surgir inopinément, violemment. Des figures féminines, parfois bisexuelles, que sont sa femme ou sa cadre de service, lui offrent un étayage pour faire face, tenir sans se désorganiser. Ce lien de compagne comme étayage et annulation de l'angoisse est peut-être aussi à l'œuvre transférentiellement dans ce qui est convoqué de ses représentations autour de la fonction de psychologue, et aussi dans la symbolique de mort que portent les professionnel.les du soin palliatif.

Dans ce qui se mobilise de son rapport à la mort au travail, **les choix professionnels de Pat relèvent aussi d'une certaine répétition traumatique**. Travailler dans l'intervention d'urgence par le passé et dans ses projets professionnels le confronte à des événements graves, des gestes de réanimation. Se rejoue quelque chose de l'épisode aigu qui a emporté son père.

Cela ressort peut-être des situations cliniques qu'il détaille le plus dans ses mises en récit. Que ce soient les deux premiers décès qui l'ont marqué par leur caractère effractant et pulsionnel (comme l'était finalement la mort de son père), ceux de patients particulièrement investis, les interventions d'urgence ou même le cancer pulmonaire qui évolue toujours inexorablement à ses yeux : **il s'agit toujours d'arriver trop tard**. Autour de cet intérêt pour les situations d'urgence, il s'agit peut-être de répéter quelque chose de ce trauma initial, et de chercher à accéder à la toute-puissance qui aurait pu sauver son père. Aide-soignant est un métier qui expose nécessairement à une certaine analité. Ce choix de métier agit peut-être comme formation réactionnelle prise dans une problématique obsessionnelle, en lien avec l'impuissance ressentie dans la mort de son père.

Il ressort par ailleurs **une valorisation narcissique liée au statut de soignant et aux différentes facettes qui composent son parcours, qui lui permet de faire son travail et d'en tirer satisfaction**. Ce parcours "atypique" lui permet d'exercer plusieurs métier, ce qui semble rassurant et gratifiant pour lui ("J'aurais pu [...] retourner ambulancier, j'aurais pu rester aide-soignant si j'avais pas réussi à devenir infirmier"), offrant aussi des portes de sortie pour se dégager d'une éventuelle souffrance au travail expérimentée par le passé dans sa société d'ambulances.

C’est néanmoins un parcours professionnel vertical que Pat choisit, et non par les allers-retours horizontaux possibles qu’il évoque. Cela semble relever de cette dynamique désirante à l'œuvre comme prolongement de la résolution du trauma de la mort du père. C’est aussi une quête narcissisante, réparatrice, qui s’appuie sur des figures parentales bisexuelles que sont par exemple la cadre de service et le collègue institutionnel au parcours identique, qui de brancardier aux urgences est devenu cadre.

Plus largement, ces supports identificatoires de soignant.es semblent nombreux et anciens : les soignant.es indirectement mentionné.es du fait de s’être fait “soigner [...] petit” dans cet hôpital, celles et ceux qui sont intervenu.es auprès de son père à domicile puis à l’hôpital, qui se sont occupé.es de lui en dermatologie hospitalière, l’ancien patron déchu, et bien sûr sa compagne soignante. Son métier le positionne aujourd’hui lui-même à fonction une maternelle par les soins qu’il opère, paternelle par le positionnement protecteur qu’il adopte.

La position héroïque à laquelle sa fonction soignante le met, et qu’il adopte aussi fréquemment, semble contribuer à cette quête narcissique latente, qui entraîne notamment une quête manifeste de responsabilités ambivalente dans la mesure où l’appui sur des référents hiérarchiques a globalement tendance à le rassurer, les responsabilités entraînant angoisse et culpabilité.

Cela se retrouve dans d’autres pans de sa vie : il explique par exemple lors du deuxième entretien avoir rejoint une liste de parti politique dans son secteur pour “aider les gens”. C’est une démarche à la fois altruiste et gratifiante.

Mais la trajectoire très fragmentée de ce chemin, qu’il explique par les nécessités de sa vie de famille alors construite, interroge : pourquoi toutes ces étapes alors qu’une admissibilité en IFSI aurait été envisageable d’emblée ? Les enjeux pulsionnels et défensifs à l'œuvre font qu’il y a peut-être à s’empêcher dans cette quête désirante qui revêt aussi une dimension phallique (chercher à empêcher la mort en fait partie). C’est peut-être aussi inconsciemment un facteur qui l’a amené à se poser dans un service dont le travail ne constituait pas un attrait particulier pour lui, à la faveur de l’étayage contenant que lui offrait la rencontre avec cette cadre.

Être confronté à la fin de vie et à la mort dans son travail mobilise nécessairement des mouvements identificatoires et projectifs, encore non liés, qui restent très défendus. Cela explique aussi sans doute pourquoi il semble être coûteux pour lui d’élaborer les mouvements d’identifications aux familles qu’il expérimente au travail, qu’il développe assez peu et plutôt sous le prisme de la culpabilité dans les entretiens. Son investissement dans les accompagnements en fin de vie témoigne néanmoins d’une certaine sublimation.

Au moment de la rencontre, il se dit moins intéressé par l’urgence alors que ce domaine a toujours été son objectif premier. Un décalage opère peut-être, une mise à distance permise par l’expérience professionnelle et son potentiel transformateur ? Il est ainsi

moins confronté à des morts soudaines qui revêtent un caractère de répétition traumatique, au profit de relations affectives peu élaborées mais qui semblent suffisamment organisatrices dans son travail.

Bien que montrant une certaine ouverture, le secteur de l'urgence reste très investi, constitutif de son identité professionnelle. L'absence d'élaboration des liens avec son parcours de vie ne permet pas d'exclure le risque de la répétition traumatique. Il évoque ainsi le projet de devenir "responsable [...] des catastrophes", dit-il dans un discours où le refoulé paraît faire retour et laisser échapper certains mots, "avec beaucoup de victimes" insiste-il. Il désigne par là une fonction institutionnelle de référent des situations de crises. La formulation semble marquée du double-sceau de la toute-puissance et de la culpabilité sous le prisme du sadisme soignant. Elle rejoint aussi cette dynamique du *toujours plus* de sa quête désirante amorcée au sortir de l'adolescence, dans une énonciation sans doute à la hauteur de la massivité du trauma de la mort du père.

C'est un mode de fonctionnement à l'équilibre qui lui permet de se sentir suffisamment bien et de faire un un travail satisfaisant, sans pour autant le protéger de potentiels effets délétères au long cours, notamment en termes d'usure professionnelle.

3- Gwen : "S'en sortir" par le désir, malgré l'usure

Comme Pat, Gwen décrit un parcours "atypique". Elle avait obtenu une admission en IFSI après le bac où elle s'était essayée au concours d'entrée, puis a finalement déménagé et fait une formation brève pour exercer un travail alimentaire et se concentrer sur la construction de sa famille. C'est à la trentaine qu'elle décide de reprendre ce projet qui était resté "au fond [d'elle]-même".

Elle ne "regrette" pas son choix : "C'est mieux de le faire plus tard". Elle a ainsi eu le sentiment de "profit[er] de [ses] études" : "puisqu'on n'a pas le même regard quand même, on a euh, entre 18 et [la trentaine], y a la vie entre les deux qui s'est passée", cela confère une "maturité". Elle pense notamment à la difficulté de certaines prises en soins. Les situations de fin de vie et les décès en font partie.

Elle se sent aussi mieux armée de s'être confrontée plus tardivement aux conditions de travail qu'elle rencontre. Elle décrit quelque chose de débordant : "L'activité faut l'absorber, faut la gérer". Elle évoque son expérience de vie comme une aide pour aborder les situations cliniques.

Cette réflexion est en lien avec un certain épuisement qu'elle aborde assez vite : "C'est tellement difficile ce métier que je pense pas que j'aurais fait toute ma carrière". **Elle met en avant les conditions de travail et leur évolution au fil du temps, vers une charge de**

travail toujours plus importante : “Vu les conditions actuellement, c’est quand même difficile”.

Elle connaît le contexte législatif qui encadre sa profession et aussi le fonctionnement institutionnel des hôpitaux et de son service qu’est la réanimation, porte une analyse politique sur le fonctionnement institutionnel : “Avec la T2A qui monte qui monte, et bah vous vous bougez pas”. Elle met en perspective un *en-trop* d’activité pour des raisons institutionnelles et budgétaires avec le *pas-assez* de reconnaissance morale et “salariale”. Elle rattache cela à “des contraintes ministérielles” qu’”on nous impose [...] quelle que soit la direction [l’équipe de direction à la tête de l’hôpital, ndlr]”. Elle décrit un mouvement “très descendant” : “C’est-à-dire qu’on impose un truc, après faut l’appliquer, et nous derrière, ben on se débrouille comme on peut pour continuer euh, à... prodiguer des soins de qualité, rentrer chez soi et se dire euh : « On a quand même bien travaillé »”. Ces contraintes semblent opérer comme une injonction paradoxale.

Dans un humour défensif, elle décrit l’institution hospitalière comme “une grosse machine qui est bien malade”. Cette métaphore semble refléter quelque chose de ces injonctions paradoxales, de l’impossible de sa tâche : comment soigner lorsque l’institution qui en a la fonction est elle-même “malade” ? Ce contexte semble de plus en plus carençant pour elle : “Plus je vais vers l’âge euh avancé de la retraite, et plus cette reconnaissance me manque”, qu’elle soit “tant... financière, quand même. Mais euh, voilà, la reconnaissance aussi de… des instances”.

Ce manque de reconnaissance contraste avec l’investissement de son travail, l’énergie qu’elle y déploie. Elle y associe ses pairs : “Je trouve que on donne pas assez de visibilité, euh, au personnel en fait, comme les infirmiers, ou les aides-soignants, ou les autres paramédicaux. Ils sont un petit peu dans l’ombre quand même. Et je trouve qu’on donne pas assez de visibilité à tout ce qu’il faut pour arriver à, à maintenir des soins de qualité”.

Car cette problématique se répercute nécessairement sur la qualité des prise en soins des malades, ce qui est culpabilisant. Elle s’en inquiète pour les patient.es : “Après, pour le patient, je sais pas si… L’activité change euh, dans le sens où on prend moins le temps, nos soins sont de moins bonne qualité, parce qu’on n’a pas le temps.” Elle décrit ces répercussions de manière mécanique : “Quand vous avez beaucoup d’activité, on passe moins de temps avec les patients”.

L’espace attaqué en premier par cette surcharge de travail est celui de la pensée. Des mouvements dépressifs montrent une certaine abrasion :

“Moins de temps, euh je dirais pour se poser, se mettre de côté, réfléchir… [...] À ce qu’on fait. Euh, s-, avoir envie [...] de faire de, par exemple de la recherche, de réfléchir. Ça devient plus compliqué quand on est tout le temps en... surtension. On n’a pas envie, on n’a plus le temps, de prendre… Voilà.”

Quand elle décrit son travail, c'est d'abord de ces problématiques qu'elle parle, avant la dimension technique ou relationnelle des soins, avant la clinique. Elles semblent êtres premières et occuper beaucoup de place dans son esprit du fait de cette usure qui s'est installée au fil du temps, à cause de la "surtension" qui la déprime, qui érode le désir qui l'a poussée à entreprendre une carrière de soignante qu'elle avait toujours voulue. Son discours est ponctué de "c'est compliqué", surtout lors du premier entretien.

Ce contexte d'usure global semble rendre particulièrement éprouvant le moindre surplus d'angoisse, d'affect. Elle dit par exemple concernant les séries de décès : "Mentalement, ouais c'est une charge". Le débordement, l'effraction menace. Ce sont des symptômes de burn out syndrom tels que rapportés par Canouï (2008).

Même l'aménagement de son poste, censé lui permettre un plus grand recul sur le terrain pour développer un travail un peu plus *méta* ("encadrer les nouveaux", "travailler sur les protocoles, [...] les formations"), la déçoit un peu : "C'était bien sur le papier" mais au final "c'est un peu fourre-tout", son activité "a dérivé" vers "beaucoup de logistique".

Cela est lié à cette charge de travail débordante : "C'est difficile de se détacher [...] pour travailler sur des protocoles, travailler sur les cours, travailler, voilà". C'est aussi problématique à l'échelle du service : elle repère un "turn over" croissant ces dernières années, majorant le besoin de formation aux pratiques spécifiques de la réa pour les professionnel.les intégrant le service. Les soignant.es ne semblent en effet pas rester longtemps dans ce service qui use par son activité intense, et peut-être aussi parce qu'il expose aux situations les plus graves. Elle ne le mentionne pas.

C'est pourtant **son intérêt pour la dimension intellectuelle de son travail, notamment via l'implication dans des projets institutionnels, de formation et de recherche qui la motive le plus.** Elle décrit un attrait pour la réflexion et l'actualisation des connaissances à laquelle elle se sent obligée en réanimation, spécialité qui requiert un haut niveau de technicité en perpétuelle évolution. C'est cela qui a rendu son aménagement de poste important pour elle, pour se dégager du terrain qui l'usait et se concentrer sur ces dimensions qui l'attirent. Aujourd'hui elle "continue" parce que cette dynamique d'implication dans ce type de travaux la "fait vivre", la "tient". Elle a le sentiment "d'avancer". Cela peut-être entendu dans le sens de ne pas s'enliser dans le surmenage par les tâches de son activité clinique.

C'est pour cela qu'en parallèle de son travail en service elle s'investit dans des projets institutionnels transversaux à l'ensemble du groupe hospitalier, des projets de recherche nationaux, participe bénévolement aux activités d'une société savante de référence en réanimation. Travailler en lien avec ces "gens qui réfléchissent" semble être une vraie respiration pour elle. Cela paraît aussi la rassurer quant aux responsabilités de son travail auprès de personnes extrêmement vulnérables, à savoir "si on fait bien, si on fait pas bien". Cette dynamique semble opérer en réaction à une certaine culpabilité.

Par ailleurs, elle trouve “valorisant”, “très valorisant” d’avoir un impact plus large via la recherche, au-delà de son service : au niveau institutionnel, national voire même international concernant le développement d’aspects très techniques de son travail, mais aussi dans l’accompagnement relationnel. **Cela semble revêtir une dimension narcissisante, qui passe par une représentation positive de son travail**, se disant qu’elle a “bien travaillé”.

Ce mode de fonctionnement paraît ancien : une démarche de formation permanente l’a menée à s’inscrire à plusieurs DU pour compléter sa formation initiale, à participer à “tous les groupes de travail” dans son service au long de sa carrière. **Une dimension pulsionnelle avec pour objet le savoir paraît au cœur de ce mode de fonctionnement, avec peut-être une composante sublimatoire face à la dureté du travail**.

Mais ce fonctionnement contribue à la dynamique d’usure en place. Elle abat en effet un travail colossal, pilotant les réponses à des appels à projets complexes, leur mise en œuvre lorsque les financements sont obtenus, participant aux communications scientifiques qui les entourent. Ce grand intérêt pour la réflexion dans un contexte de surcharge d’activité dans le service l'amène à poursuivre en dehors de son temps de travail : “C’est tellement de travail euh, qu’on peut pas faire en fait sur le lieu de travail, que on fait chez soi, et qui est pas visible, qui est pas reconnu, et ça c’est... aussi décevant”. Cette dynamique semble alimenter le vécu de carence à l’endroit de l’institution qui porte sans doute une fonction phorique comme support projectif de sa souffrance au travail. Il y a aussi quelque chose de sacrificiel dans ce positionnement, à travailler “dans l’ombre” : “Mais bon. Je me dis que c’est bien pour le patient”.

Ce besoin d’alimenter sa réflexion intellectuelle au prix d’un débordement du cadre de travail entraîne une porosité entre les dimensions personnelle et professionnelle de sa vie, elle qui a pourtant toujours fait beaucoup d’efforts pour préserver sa famille de potentiels effets néfastes liés à son activité. L’idée que sa famille puisse être impactée par ce qu’elle vit au travail, surtout par les situations cliniques, semble aussi générer une forme de culpabilité.

Quelque chose de la survie psychique paraît se jouer dans cette dynamique : “L’activité fait que, qu’on fait autre chose, ça me permet de, d’avoir mon, mon apport intellectuel de l’autre côté”. Bien qu’ayant des effets délétères, cette dynamique semble lui apporter un équilibre suffisant qui permet de “supporter” la dimension usante de son activité, car même si ça “demande du travail [...] c’est intéressant”. Elle voudrait se sentir soutenue par son institution dans cette dynamique salvatrice qu’est la voie sublimatoire : “Moi je m’en sors parce que je m’intéresse à plein de choses, mais je trouve ça dommage et dévalorisant pour euh les soignants en fait”. Un appel qui se traduit transférentiellement par une recherche d’assentiment : “Je sais pas ce que vous en pensez mais… [rire] Voilà, je trouve [...] qu’on les valorise pas en fait.”

L’envahissement de son espace de réflexion par “la logistique” du service, dimension qui a contribué à rendre son travail clinique usant, apparaît frustrant et déprimant. Elle rit dans un soupir. Mais il est aussi lié à une volonté de “décharger les filles qui sont auprès du

patient, dont l'activité est… est grimpante". Elle semble ici aussi être dans une position masochique voire sacrificielle, prise dans un système d'emballement de la dynamique groupale face au surplus de travail. L'équipe toute entière paraît s'épuiser.

À la suite de ce discours, un certain mouvement défensif se manifeste, qui paraît en lien avec une forme de culpabilité envers son service et sa spécialité de référence : "C'est pas supporter, c'est que la réa, j-, j'aime beaucoup ça hein". Son ambivalence envers son travail apparaît culpabilisante.

Ce service offre paradoxalement des conditions de travail qui protègent un peu en ce que l'intensité des situations cliniques et les générations de soignant.es épuisé.es qui la précèdent ont amené une norme législative quant au nombre de patient.es. Elle sait que ce sont des conditions de travail plus favorables que dans d'autres services ou à d'autres époques. Elle l'exprime dans une hyperbole qui là encore témoigne d'un certain débordement : "Quand avant vous aviez 400 patients [...] aujourd'hui, on est toujours 3 patients pour une IDE donc là-dessus on est normés, on est d'accord".

Elle témoigne d'un investissement important de sa spécialité et de son service, d'un véritable ancrage dans une forme de culture de la "réa", dans l'appartenance à cette spécialité. Elle en dit : "La réa, c'est vraiment mon cœur de métier par contre. C'est ce que j'aime, [...] je me vois pas ailleurs". Elle apprécie le fait que ce type de services allie une prise en soins à la fois "très technique" et "très relationnelle" avec les patient.es : "Moi c'est ce qui me plaît". Cela s'allie au haut niveau de connaissances et de compétences requis.

Mais l'épuisement qui s'est installé au fil du temps nourrit l'ambivalence envers son service, la faisant osciller entre envie de partir et impossibilité de se projeter ailleurs. La stimulation intellectuelle qu'elle trouve encore, dans ses nombreuses activités débordantes notamment en termes de protocoles de soins et de recherche, contribue à la faire rester. Cela se situe du côté du désir. Se joue aussi peut-être quelque chose de cette position masochique voire sacrificielle à laquelle nombre de soignant.es semblent se sentir appelé.es.

L'usure paraît aussi concourir à la maintenir à ce poste : elle y voit un certain confort pratique, bien que sa vie de famille ait évolué au fil du temps. La dynamique d'épuisement en place abrase-t-elle l'énergie de partir, d'investir ailleurs ? Une forme d'aliénation au service s'est-elle installée avec le temps et l'énergie consacrée ?

Comme Charlie, **Gwen a vu les pratiques évoluer au fil de sa carrière**. Travaillant exclusivement en réanimation depuis près de 20 ans, elle a une certaine expertise de cette spécialité. Certaines tâches ont évolué, d'autres restent identiques. Dans certains aspects cela lui convient, dans d'autres moins.

Un changement des pratiques où les soins se veulent le moins lourds et invasifs possibles pour les patient.es a permis de diminuer les durées de séjour, le risque de séquelles.

Elle trouve cela vertueux, prend le temps d'expliquer l'emploi de nouvelles molécules qui ont des effets moins néfastes, constate "moins de décès", les patient.es "restent moins longtemps, ce qui est bien parce que les pratiques ont changé, [...] les patients sont moins, moins endormis, intubés moins longtemps".

Rétrospectivement, cela semble lié à un sentiment de culpabilité vis-à-vis des pratiques du passé. Le corollaire va en outre dans le sens de ce surplus d'activité qui contribue à l'épuiser : les infirmier.es gèrent les entrées et sorties plus fréquentes, et le ratio de personnel n'a pas évolué pour compenser cette augmentation de tâches.

Elle se retrouve dans l'évolution des considérations éthiques autour des prises en soins, notamment en ce qui concerne la fin de vie. La question de "l'acharnement" est au cœur de ses préoccupations, elle a en tête différents paramètres qui peuvent faire basculer les prises en soins hautement techniques de réanimation vers une obstination déraisonnable extrêmement inconfortable, voire indigne pour les malades. L'âge, les pathologies, les chances de récupération, le risque de séquelles sont déterminants pour juger du caractère raisonnable ou déraisonnable de l'engagement thérapeutique.

Elle positionne l'accompagnement de la fin de vie du côté de l'éthique, les soins techniques de réanimation du côté de l'action, et peut-être par là d'un agir protecteur. Il y a comme un clivage entre les deux : si les chances de survie et de récupération sont bonnes, s'il y a peu de pathologie, si la personne est relativement jeune, la souffrance des malades paraît acceptable, en tout cas plus tolérable. S'appuyant sur son sens clinique et des outils pratiques (comme la classification "GIR" qui permet de situer le degré de grabatisation d'une personne âgée par exemple), elle semble situer les malades dans une échelle de représentations du raisonnable au déraisonnable en termes de proportion des soins.

Comme beaucoup de soignant.es, elle a tendance à employer le terme de soins "actifs" pour parler de leur dimension curative. Aussi concernant les fins de vie : "On n'est pas très actif". Mais son acculturation aux soins palliatifs lui permet de nuancer ce propos qui semble issu de la tradition technoscientifique de la médecine du XXème siècle. Aussi elle considère les soins de confort comme "actifs aussi" bien que ce soit "différent". Elle différencie alors l'"actif" de la technicité de celui "dans le confort et dans le nursing" : "Parce que c'est actif aussi hein. C'est un soin actif, cette éthique-là. Mais euh, c'est d'être euh dans l'accompagnement, c'est différent." Elle le définit ainsi : "Accompagner les gens, c'est, c'est passer du temps avec eux, les aider euh, à aller vers ce qu'y a de mieux, ce qu'ils ont choisi." Une définition qui semble structurer ses pratiques.

La considération de l'autonomie des patient.es est très importante pour elle, dans une préoccupation pour ce qu'un regard de psychologue considérerait comme une dimension subjective des patient.es. Elle met en perspective un idéal d'accompagnement en fin de vie qui s'appuie sur un référentiel de valeurs propres au mouvement des soins palliatifs avec la rigidité de pratiques protocolisées qui ôtent aux patient.es la capacité de choisir.

Elle appuie ce positionnement autonomiste sur ses identifications aux patient.es et en opposition avec une vision du soin paternaliste qui a longtemps dominé les institutions hospitalières (Rameix, 2002). Elle trouve que trop de collègues ont tendance à “materniser” les malades, soit “de choisir pour eux, ne pas les écouter” : “En fait on est là, c’est nous le soignant on décide, peut-être qu’il y en a, ils ont pas envie du tout, ils ont… Voilà, faut les laisser choisir aussi euh, décider, de ce qu’ils ont envie”.

L’approximation syntaxique du terme “materniser” fait penser à un lapsus : le suffixe “-iser” adjoint au verbe “materner”, qu’elle semble vouloir employer ici, lui confère une dimension particulièrement active. Cela fait aussi penser à quelque chose de l’ordre du nettoyage, de l’épuration : “materniser” désigne dans la langue française le traitement du lait de vache pour le rendre comestible aux nourrissons. Ce que décrit Gwen relève peut-être d'une formation réactionnelle en lien avec la fonction soignante. Il y a néanmoins quelque chose de normatif, et par là d’écrasant qui se dégage de ce maternage agi, à distinguer du maternel symbolique.

Cette réflexion s’appuie sur l’élaboration d’un événement personnel, une perte traumatique passée. Il s’agit d’un deuil périnatal qu’elle évoque sans en faire de récit détaillé comme cela a pu être le cas pour Tann, Pat, ou d’autres participant.es qui ont abordé un deuil personnel dans ces entretiens. La réflexion qui s’est tissée entre cet événement de vie et son expérience clinique de situations similaires montre des liens identificatoires et projectifs bien *tempérés* et bien tolérés. Le travail d’élaboration passé articulé à ses connaissances théoriques en fait un appui dans son travail, sans que cela soit dépourvu d’affects pour autant. Évoquant des situations similaires rencontrées dans son service, se retrouvent les traces d’éprouvés de l’époque qui éclairent sa lecture clinique aujourd’hui :

“Je me dis euh, voilà moi je... on n’a pas envie de parler. -Fin, on peut avoir envie, voilà y a des gens qui vont pleurer qui vont parler, mais on peut aussi avoir, ne pas avoir envie, de de parler, d’échanger là-dessus, enfin, de le garder pour soi. C’est pas forcément euh… qu’on est en déni du, du décès, ou, ou… Y a un moment [...] où on doit laisser euh l’intimité aux gens. [...] Donc voilà, je me dis que... voilà. C’est pareil, tout de suite faut faire un livre de bord, il faut... Bah non, on n’a pas forcément envie de ça, enfin. Faut laisser le choix au patient ”.

Cette base se transpose dans sa relation aux personnes en fin de vie. Elle dit : “Peut-être qu’en fin de vie euh, ben s’il a pas envie de manger, il a pas envie de manger”, donne des exemples comme : “S’il a envie de manger du sucre, il est diabétique, bah ça f... ça change rien, il est diabétique et alors ? C’est vraiment dur. Alors donnez-lui son bout de chocolat, enfin… Faut... Voilà.” La dimension orale est la première sur laquelle elle associe. Il se dégage une forme de colère latente de son discours, de revendication sur le mode de la révolte face à certaines rigidités protocolaires, sous-tendue par ses considérations éthiques :

“Si un patient aime bien la musique, et bah on fera en sorte de, voilà, de mettre sa musique. Si [...] il aime voir des émissions, s’il a envie de voir des photos, s’il a envie de, ou d’être au calme et de voir personne, au moins, on on sait ce dont il a envie, à ce moment-là.

Hein, parce que c'est quand même les derniers instants de la vie. Alors qu'un patient non-communicant, bah est-ce qu'on lui impose pas des choses euh… qu'il a pas envie."

Cette dynamique d'identification-projection soutient aussi son empathie aux familles : "C'est difficile d'accepter que son proche va partir". Elle en conclut : "Je pense que pour bien accompagner, faut être au clair aussi euh, avec la mort pour soi."

Mais ce travail peut être rendu difficile du fait de la charge de travail importante, de la mise en perspective de ces accompagnements avec ceux plus "actifs" où la vie peut encore être sauvée. Il y a peut-être un activisme défensif qui opère au niveau groupal dans l'équipe.

Ces accompagnements de fin de vie sont le plus souvent balisés par des directives médicales, concertées de façon pluridisciplinaire. Elle met cela en lien avec le mode de fonctionnement des services de réanimation, et tout particulièrement le sien : "L'avantage dans notre service c'est qu'on peut en discuter quand même librement". Le "quand même" semble renvoyer aux difficultés qu'elle rencontre, mais cette liberté de parole paraît contrebalancer. Cela est rendu possible par des protocoles qui apparaissent ici structurants, par la personnalité de ses collègues et la qualité de leur relation : "On a des staffs éthiques euh, voilà, y a les réunions de LATA [...]. Puis on a des médecins quand même, [...] ils sont ouverts. C'est-à-dire que, si vraiment on se questionne, on, on peut en parler."

C'est dans ces échanges que les points de vue médicaux et paramédicaux se confrontent pour arriver à un objectif commun de la prise en soins. Cela est essentiel car si ces points de vue, issus de la particularité de la relation de soin au regard du corps de métier, se recoupent souvent, ils s'opposent parfois. Se parler permet d'éviter une culpabilité des professionnel.les du paramédical qui appliquent des soins jugés "déraisonnables", ou bien du fait d'un vécu de "bascul[e]" trop rapide d'une prise en soins curative "dans un soin que de confort" où "pour nous ça va très vite". Ce discours témoigne d'une certaine ambivalence dans ce passage d'une optique curative à palliative de la prise en soins, et parle aussi de ce rapport clivé entre équipe médicale et paramédicale au sein d'un même service. La question de la décision, prise par les médecins et appliquée par les fonctions paramédicales, est au cœur du propos.

Dans ce contexte entre tensions et concertation autour de fins de vie dans des situations où la technicité des soins est importante, différents contextes se dégagent pour Gwen. Elle différencie les situations qu'elle considère comme "compliqué[es]" des "pas compliqué[es]", les liste en quelque sorte, rejoignant les thématiques qui ressortent de l'analyse transversale des données. Ce qui va moduler son vécu comme plus ou moins compliqué des situations va être l'âge, les conditions du décès comme le degré de souffrance ou de solitude, son investissement de la relation, l'identification du pronostic létal, la fréquence des décès dans le service ("Mentalement c'est une charge")… À chaque fois un mélange d'identification et de culpabilité semble générer une certaine souffrance.

Concernant le pronostic, elle ne considère pas **les fins de vie identifiées** comme les situations les plus dures dans le sens où “les médecins arrêtent très vite”. Il y a donc moins de tensions dans l’équipe, et puis cela ne sollicite pas de virtuosité technique.

Ce qui est “plus difficile” pour elle dans ces contextes, ce sont les questions éthiques que ce type d’accompagnement soulève, qui renvoient à des représentations d’un travail bien ou mal fait, ou bien à ses valeurs personnelles au regard du mouvement d’identification-projection. Elle regrette par exemple que certaines familles appellent les secours au lieu d’accueillir le décès au domicile, que les médecins admettent des personnes très âgées ou polypathologiques : “Je trouve simplement dommage qu’ils meurent pas chez eux” mais “au bout de 15 jours de souffrance de réa”.

Elle associe sur les situations de fin de vie accueillies à partir des autres services et surtout du SAMU, lorsque les médecins “vous disent pas tout [...] pour justement qu’on admette les patients. Qu’on ait pas cette réflexion de : « Est-ce qu’on le prend ? »”. Il semble ici que ce service qui reçoit les situations les plus graves ait à faire avec cette lutte forcenée de la médecine pour repousser toujours plus loin la mort, difficulté liée à l’impuissance face à la mort inéluctable.

Elle repère que pour certain.es collègues, surtout les plus jeunes, ces situations sont plus difficiles à appréhender : “Je me rends compte que mes collègues ont de plus en plus de mal à accompagner les gens”. Elle le rattache à la problématique du temps et de la charge de travail : “On peut pas se diviser en 50, [...] je pense que parfois ça peut être compliqué quand vous avez à la fois, des des gros patients de réa qui demandent beaucoup beaucoup de temps, et que un patient en soins, en fin de vie à côté. C’est compliqué [...] de se libérer, parfois, et d’accompagner bien les patients”. La pression étant croissante au fil des années, elle conclut à un impact sur la prise en soins des patient.es : “Donc y a moins de qualité”.

Mais elle lie aussi cela à une forme d’agir et d’évitement défensif : “On est toujours dans un espèce de mouvement : « Il faut aller vite, il faut, y a ci, y a ça », et du coup, je pense qu’on n’a, on n’arrive plus à… Ou alors on s’échappe, je sais pas”. Elle poursuit, élaborant quelque chose de l’impuissance qui émane de ces situations : “Peut-être que c’est plus facile de se dire bah : « Je vais vers le patient qui me demande euh des soins techniques plutôt que de me poser un quart d’heure euh... à parler ou… Ou à faire du du confort euh, au patient où, chez qui on sait on fera rien de plus ». C’est peut-être un échappatoire, hein, aussi, quelque part”. En même temps, elle explique que certain.es collègues insistent pour aller au bout de leurs accompagnements, préfèrent que son aide se situe dans une technique moins subjectivée pour leur laisser cette place : “Ce qui est bien”.

L’emploi du “on” l’intègre finalement dans ces considérations. Mais son expérience et la particularité de son poste qui l’éloigne de la clinique la protègent un peu, elle peut se positionner de manière complémentaire et avec plus de recul par rapport à ses collègues en difficulté : “C’est moins compliqué pour moi je dirais”. Une position héroïque gratifiante, qui maintient en même temps une distance protectrice avec ces situations difficiles.

Dans cette identification à ses jeunes collègues, elle qui a choisi d'aller vers le soin dans un second temps de sa vie d'adulte, elle associe aussi sur son expérience personnelle de deuil périnatal en lien avec sa perspective autonomiste et la souffrance liée aux contraintes institutionnelles :

"C'est pareil, faut, c'est difficile. Surtout pour les jeunes j'imagine. 'Fin moi je me vois pas à 18 ans euh... Voilà, porter ces petits bouts euh, sans vie, auprès de leur maman, euh… C'est quand même difficile à gérer hein, qu'est-ce qu'on dit ? Y a rien à dire en fait. Y a rien à dire, faut laisser euh… Et euh voilà et c'est pareil pour euh, bah en fait, les décès pour les familles, parfois je pense qu'on laisse pas ce... cette bulle aux gens, [...] on laisse pas cette... possibilité de choisir. On impose beaucoup à l'hôpital."

Là encore, parler de ses représentations négatives sur son service, son travail ou ses collègues semble générer une certaine culpabilité. Elle nuance son discours, tente d'en élaborer quelque chose au regard de son expérience personnelle, peut-être pour se dégager d'affects négatifs difficiles à tenir : "Après mes collègues le font très bien hein, j'ai l'impression. [...] Peut-être qu'elles se posent moins, que c'est plus difficile d'en parler, quand on n'a pas vécu ? Je sais pas." S'identifiant à ses jeunes collègues, elle considère paradoxalement que "c'est pas facile d'accompagner les gens quand c'est des mourants".

À l'opposé des fins de vie identifiées se trouvent **les décès soudains ou issus de situations incertaines** : "Je pense que c'est plus compliqué [...] quand on attendait pas ce décès". Ce qui est difficile pour Gwen, c'est la culpabilité qui se dégage de situations où elle questionne ses actes, ceux de son équipe. L'ombre de l'échec et de la faute plane : "savoir si on a été assez rapides" en tant que paramédicales, si un "retard de prise en charge" médicale a "fait que le patient il est mort". Elle fait un bref aller-retour entre le "on" groupal et le "je" singulier dans un exemple succinct : "Moi ça m'est arrivé, savoir si j'avais fait une bêtise par exemple. Parce qu'on manipule quand même des drogues euh…" C'est aussi lié à la spécialité qu'est la réanimation : "On se dit : « Il aurait pas dû décéder »."

Ces contextes impactent aussi l'accompagnement des familles, peuvent rendre la perte plus traumatique : "C'est pas attendu non plus pour la famille. Puisque puisque c'est pas attendu pour nous, on n'est pas dans un, on renvoie pas [pause] la possibilité de mourir". Elle conclut par l'expression de sa douloureuse impuissance : "Voilà, on maîtrise pas la vie non plus hein. Mais je pense que c'est plus compliqué dans, dans ce contexte-là. "

Ce sont des situations où l'équipe a besoin d'échanger, notamment dans le lien avec les médecins qui ont la responsabilité de prendre les décisions : "Parfois on en rediscute avec les médecins, on prend le temps de se poser, mais à distance. Parce que l'activité fait que ça vous rattrape immédiatement." Leur éclairage permet de mieux comprendre et d'intégrer les éléments traumatiques : "Quand euh, y a cette difficulté de compréhension, soit on va voir l-, -fin moi ça m'est arrivé souvent d'aller voir le médecin, de dire : « Bah je comprends pas, qu'est-ce qu'il s'est passé » euh. Mais on le fait à, à posteriori." Si possible dans la journée parce que "c'est difficile de rentrer à la maison avec plein de questions". Une certaine

horizontalité dans le lien est possible, et elle s'identifie aussi à cette fonction sensible des médecins : "Souvent eux aussi ont besoin d'échanger hein, c'est pas parce qu'ils sont médecins euh…"

Concernant l'âge, elle est plus éprouvée donc par les contextes de personnes âgées pour lesquelles une admission en réanimation paraît déraisonnable, et aussi par les personnes les plus jeunes pour lesquelles elle repère une culpabilité et aussi un mouvement identificatoire :

"Surtout s'ils sont jeunes hein, c'est vrai que ce que, cette culpabilité. Quand ils ont 95 ans, ben, on se dit qu'ils ont eu leur part de vie avant [...] C'est vrai que quand c'est quelqu'un de 40 ans, 30 ans, de 50 ans, on se dit euh : « [souffle] C'est compliqué ». Et, c'est... Y a toute une vie qui s'est pas faite. Qui s'est arrêtée, brutalement. Je pense qu'on rapporte à [pause] soi, aussi."

La question de la culpabilité est aussi au cœur de **son rapport à la souffrance des patient.es**. Cela semble en lien avec un décalage entre la réalité et sa représentation d'un bon travail. Elle évoque aussi, à travers certaines dénégations défensives, "l'impression que des fois, parfois, on est content qu'ils meurent, parce qu'on les délivre de toutes ces souffrances" : "Finalement, on se dit euh : « Bah ils sont morts, ils sont délivrés de tout ça. » On n'est pas heureux, mais euh, on le porte pas pareil".

L'identification se retrouve par ailleurs dans la question de la communication. Les sédations, un état général très dégradé, ou des troubles cognitifs peuvent en effet perturber les échanges verbaux et non verbaux. Il est alors plus difficile de repérer et soutenir le désir du ou de la patiente dans cette perspective autonomiste qui lui est chère. Cela peut aussi entraîner une certaine culpabilité. Pouvoir communiquer facilite son travail et permet de développer une relation de soins plus riche. Et en même temps elle souligne les difficultés auxquelles peut exposer la parole des malades en fin de vie : "Quelqu'un qui est communicant, qui vous dit : « Je sais je vais mourir », bah c'est une grande baffe aussi parce que c'est compliqué hein euh !".

La nature et l'investissement de la relation sont aussi des paramètres importants. Lorsqu'aucune relation n'a eu le temps de se tisser avec la personne admise ou son entourage, un décès surtout s'il est inattendu devient précipité et anonyme :

"Quand ils sont arrivants, quand ils viennent d'arriver, qui [...] une prise en charge ultra-technique, parce que c'est un arrêt cardiaque, qui est massé, que machin. On, on n'est pas dans l'affectif j'ai l'impression. On connaît pas le patient, il vient d'arriver, tout de suite ça a été euh, voilà, ça a été l'activité, l'effervescence extrême, et du coup, [...] on n'a pas le temps de se dire euh... On fait, vous voyez. On est dans la, dans l'urgence, dans l'adrénaline, on fait on fait on fait, le patient il décède, avec la famille, si y a la famille c'est toujours compliqué".

C'est en même temps un contexte qui protège des affects de perte lorsque la relation est plus investie : "Si vous arrivez un matin et qu'il va déjà, bon, il est déjà sous morphine, y a

pas le lien qui se construit avec la famille. Mais c'est vrai quand vous avez un petit bout de chemin avec la famille avant que le décès arrive, je pense qu'on est euh…"

Il s'agit d'un lien qui peut être assez subjectif avec les patient.es et leur entourage, qui dépend des "atomes crochus". Quelque chose du côté de la perte s'active alors, mobilisant des affects de deuil ou d'angoisse : "Y a des cas de décès où on est très... impliqué dans la relation. Avec le patient et la famille. Où là ça peut être très compliqué, de continuer. Parce qu'on est triste, on a envie de pleurer". L'identification est encore au premier plan : "On peut être peiné parce que c'est quelqu'un qu'on connaît, parce que c'est quelqu'un qui a notre âge, parce que c'est quelqu'un qui nous ressemble".

Des processus identificatoires se retrouvent aussi dans **les situations de personnes qui décèdent sans entourage** : "C'est compliqué parce que... parce que je pense ça nous renvoie à plein de choses". Sa fonction la protège, lui permettant une forme de sublimation de cette angoisse par l'accompagnement. Elle veut permettre à ces gens "de pas mourir tout seul[s]" parce qu'elle "trouve que c'est horrible". Elle se considère "satisfaite d'avoir accompagné les gens, qu'ils soient pas morts tout seul[s] dans une chambre d'hôpital", représentation qui semble très violente pour elle : "Rien que ça, ça me satisfait".

Une adresse transférentielle émerge de ce discours, là encore elle semble chercher une alliance par l'assentiment, peut-être à se sentir soutenue du fait des affects mobilisés : "'Fin je sais pas vous, mais moi ça me paraît euh, mourir tout seul… Bon, quand vous êtes endormi, on se dit que bah, on se rend pas compte, mais quand vous êtes éveillé, mourir tout seul ça doit être horrible. Dans une chambre, euh... Je voudrais pas finir comme ça ! [rire] J'espère que quelqu'un me tiendra la main. [rire]". Elle conclut en s'appuyant sur sa représentation de son travail dans un mouvement organisateur : "Je pense que c'est euh, c'est ce qu'on doit faire".

Aborder ces sujets amène l'expression d'une certaine ambivalence dans son rapport à l'accompagnement en soins palliatifs, en lien avec ce mélange d'impuissance et de culpabilité : "Mais après on fait pas que... tuer les gens [...] on en sauve beaucoup". Parler tant de la mort semble éprouvant d'une certaine façon, sans doute du fait de l'angoisse que cela mobilise, dans ce rapport à la mort de la médecine technoscientifique sous le prisme de l'échec.

Gwen évoque spécifiquement peu de situations cliniques au début, puis surtout dans un abord très général, lié à sa réflexion sur les pratiques techniques et le fonctionnement institutionnel dans le premier tiers du premier entretien. Globalement elle n'évoque pas de souvenir professionnel particulier, ne fait pas de récit de situation singulière. Elle est plus en mesure d'aborder des questions de terrain dans une perspective assez généraliste. Elle associe parfois brièvement sur l'actuel, comme par exemple lorsqu'elle mentionne : "Ah ça ! [rire] Y en a eu encore un ce matin", en réponse à une question sur la prise en charge des décès dans son service en fin d'entretien, sans détailler. La mort semble faire partie de la vie du service, des difficultés rencontrées couramment.

Lors du deuxième entretien, une situation singulière émerge avec plus de détails et en lien avec ses préoccupations éthiques. Elle est aussi prise dans l'actuel : "Comme là encore euh, une dame âgée, qui a été réanimée, passée en coro, re-réanimée pendant je sais pas combien de… plus d'une demi-heure. Une dame qui a des antécédents euh comme ça, entre cancer, maladie et… Voilà, une dame qui a sa tête mais qui a peu de, d'autonomie à la maison, on se demande à un moment si faut vraiment euh, jusqu'où il faut aller". Les questionnements éthiques autour de la proportion des soins recouvrent peut-être quelque chose d'un désir de mort sous-tendu par l'identification.

Son travail d'accompagnement des fins de vie est pris dans une intrication de relations : celles avec les patient.es bien sûr, leur entourage avec en premier lieu les familles, et aussi les collègues dans l'équipe.

Chez elle, l'accompagnement de la famille apparaît comme étroitement lié à celui de la personne mourante, par contingence et dans une optique de travail bien fait : "Faut, déjà euh soi-même arriver à... À le prendre en charge pour bien prendre soin des familles après". **Elle décrit un rapport ambivalent aux familles**, marqué par cette identification précédemment décrite, qui s'étaye sur ses deuils personnels, dans une dynamique de vouloir bien faire son travail d'accompagnement.

Et en même temps ces familles peuvent compliquer son travail, surtout lorsqu'elles ne vont pas dans le sens d'une alliance avec les soignant.es. Elle évoque ces situations où la famille ne peut "pas lâcher prise", se "laiss[er] porter", sont "dans le contrôle de tout ce qu'on fait", désapprouvent par exemple une décision de limitation de traitements qui est le fruit d'une concertation pluridisciplinaire, freinant le processus de priorisation vers des soins de confort. Ce passage peut être vécu par les proches comme une véritable "mutation des soins". Sa description de la tendance à la maîtrise de certaines familles paraît refléter celle des soignant.es.

Des facteurs culturels sont aussi à prendre en compte : la coutume, les croyances… Elle se sent parfois démunie, voudrait être mieux formée, ce qu'elle dit lors du deuxième entretien : "Si y avait des [...] formations, y a des formations, mais c'est vrai que ça pourrait aider à peut-être mieux encadrer, mieux accompagner la famille".

Surtout lorsque les situations de fin de vie durent quelque temps, "c'est plus difficile de créer des liens avec des gens euh qui vous renvoient que de la colère ou, que de la suspicion". Ses connaissances l'aident un peu : "Y a plusieurs étapes avant de d'arriver à, à entendre que le proche va décéder [...] ce qui s'entend hein, là-dessus, elles ont pas encore euh assimilé le fait que y avait plus d'espoir".

Ce sont des situations particulièrement éprouvantes. Comme dans tous ces cas "compliqué[s]", **les relations entre collègues, en équipe, semblent être un étayage nécessaire**.

Elle identifie la question de la culpabilité comme point névralgique dans ce besoin de soutien des soignant.es :

“Ce qui est difficile, je pense le plus difficile [...] c’est euh quand on a l’impression qu’on a pas fait ce qu’il fallait. Je pense qu’on porte ce… Qu’on a une mauvaise prise en charge, une prise en charge qui a été euh retardée. Peut-être qu’on se sent coupables. De quelque chose, même si bien souvent, euh, c’est pas ça qui fait que le patient va mourir. Mais on se dit que peut-être, que si on avait euh pris en charge plus tôt, que si on avait détecté plus tôt, que peut-être le patient serait pas mort.”

En premier lieu, *travailler ensemble* paraît permettre de *faire* jusqu’au bout, voire maintenir une certaine illusion nécessaire aux gestes les plus angoissants comme la toilette mortuaire : “En fait on voit pas le patient en tant que... patient mort”.

Mobiliser les différentes fonctions pluridisciplinaires dans l’équipe permet un soutien adapté aux différents contextes : “Quand c’est plus compliqué, [...] on va vers la cadre, ou les médecins”. Une forme de contenance semble en émaner, prise peut-être comme fonction maternelle qui rassure ou paternelle qui structure. Elle évoque aussi la question des psychologues comme soutien d’équipe, peut-être dans une dimension transférentielle : “C’est arrivé qu’on demande euh, la psychologue. Parfois, pas souvent. Parce qu’on a l’impression qu’on se débrouille tout seul”.

L’essentiel du soutien psychologique dans l’après-coup de ces situations particulièrement difficiles semble en effet être pourvu par les pairs, dans une dynamique groupale : “On parle entre nous”, qu’elle répète plusieurs fois. Les soignant.es abordent dans ces échanges des dimensions techniques et affectives : “la manière dont on s’occupe des décès, dont on le vit, c’est, voilà on en parle entre nous”.

Elle décrit une dynamique de “soin” mutuel : “On en parle beaucoup entre nous, je pense que déjà, [...] c’est un soin d’en parler entre nous”. Une forme de décharge paraît passer par le dialogue entre pairs, peut-être dans un mouvement de liquidation marqué par une certaine analité : “Ça permet de libérer beaucoup de choses”.

Ces temps se déroulent surtout dans des moments et des lieux informels, par un échange où la mobilisation de défenses groupales paraît permettre une forme de réorganisation : “Après je pense qu’y a le moment euh, voilà, à l’office si ça a été vraiment très dur on en parle. Ou on va rigoler, ou faire des bêtises parce que c’est un moyen de [souffle] tout relâcher, tout, tout faire sortir. Voilà, et quand c’est vraiment difficile euh, je pense que... quand même à chaque fois on en parle et on, on revient sur les moments difficiles”.

Cette dynamique de partage semble permettre de juguler l’effet usant de ces situations : “Ça libère ! La parole libère. On porte pas tout seul. Quelque chose.” Elle explique que c’est plus facile à mettre en œuvre le week-end, en petit groupe, lorsque les équipes sont réduites au strict minimum pour assurer la continuité des soins.

Ce besoin “d’évacuer” peut aussi déborder du cadre du travail : “Moi ça m’est arrivé [...] de rester une heure, ou deux heures après, mon service, à parler, à… prendre un café, à traîner, parce que besoin d’évacuer avant de rentrer chez moi.” Elle évoque aussi des relations devenues véritablement affectives, d’ancien.nes collègues avec qui un lien d’amitié s’est créé, qu’elle mobilise encore à cette fin de régulation des affects : “J’ai des très bonn-, des très bons amis euh qui sont plus à l’hôpital mais on se voit en dehors, et c’est vrai que quand ça va pas, bah si, je téléphone ou je passe prendre un café et, et voilà, on discute et après bah c’est… ça va mieux”.

Il semble s’agir d’une forme d’hygiène affective dans cette logique de protection de son entourage personnel évoquée plus tôt. Elle se souvient de périodes de sa vie où ruminer les expériences vécues au travail parasitait ses activités en dehors, sa parentalité aussi. Elle pense également à son conjoint en association avec le deuil périnatal qu’ils ont traversé ensemble, elle voudrait lui épargner des affects douloureux qui pourraient être ravivés par les récits sur son travail. C’est pour cela qu’elle a “toujours refusé de discuter de [son] travail avec [son] mari”, elle trouve cela important pour son “équilibre”. Parlant des défunt.es de son service, elle dit dans un humour protecteur : “Faut pas les ramener à la maison [rire]”.

Prendre ce temps entre collègues semble permettre une forme de digestion, revêtir une fonction alpha qui temporise la menace d’envahissement par les affects éprouvés au travail, potentiellement l’angoisse et le trauma. Mais cela questionne aussi la dynamique d’épuisement professionnel, en ce que rester plus longtemps dans le service peut aussi ajouter à la fatigue.

Dans cette fonction particulière, elle décrit un lien privilégié avec “les anciennes”, avec qui elle partage des représentations et des valeurs communes. Cela est aussi possible avec des collègues plus jeunes, mais elle observe avec un certain recul comment leurs modalités défensives, du côté de l’évitement, de la rationalisation ou de l’agir, limitent parfois les possibilités d’échanges. Le “turn over” important dans son service est aussi un frein : il est difficile de tisser des relations solides avec des collègues qui restent peu.

La fin du premier entretien est marquée par un élargissement de son élaboration aux différents types de situations de fin de vie qu’elle rencontre dans son travail, les difficultés qui leur sont propres de son point de vue. Elle est au cœur d’une dynamique réflexive très fine où elle pose des mots notamment sur son sentiment de culpabilité, sur ce que génère la confrontation à la mort. Elle en formalise cette évidence factuelle qui entre en résonance avec le cheminement de pensée qui s’est construit au fil de l’entretien : “C’est des gens qui... perdent la vie”.

Lors des dernières relances de l’entretien, associe sur une analyse qui ressemble à une demande, à une attente qui serait en conséquence de sa participation à la recherche : elle

voudrait “plus de formations”. Cela semble s’inscrire dans **un rapport ambivalent à cette notion de formation**, initiale et complémentaire.

Elle l’exprime par des allers-retours entre le suffisant et l’insuffisant, une mise en perspective des modalités de formation à son époque par rapport aux changements liés aux réformes du diplôme il y a quelques années. Elle semble investir la dynamique de formation comme voie de résolution de la problématique de culpabilité. Cela lui permettrait peut-être de faire mieux, de se positionner plus justement : “On a l’impression d’être maladroit aussi parfois”. En cela les formations aident, mais ne paraissent jamais suffisantes. Il ressort aussi de ce souhait une volonté de mieux comprendre ce qui sort du spectre de ses identifications, dans ce travail d’accompagnement de la fin de vie qu’elle considère comme “très personnel”. Elle en dira lors du deuxième entretien qu’en cela elle compose “avec son expérience”, “son vécu” qui permettent de se former “sur le tas”.

Lors de deuxième entretien, Gwen revisite voire approfondit les thématiques abordées dans le premier.

Elle commence l’entretien en s'étonnant de la question d’ouverture qui interroge son expérience du premier entretien, et répond que pour elle “ça change pas grand chose”. Elle ne repère pas d’effet particulier de sa participation.

Du point de vue de l’analyse, il semble qu’elle se soit saisie de ces espaces pour déplier quelque chose de son élaboration de la confrontation à la mort au fil de son expérience professionnelle, sous le prisme de cette souffrance liée à une dynamique d’épuisement professionnel ancienne, majorée par des conditions de travail qui laissent de moins en moins de place pour mobiliser ses ressources. Sublimer par le travail intellectuel, approfondir ses relations avec ses collègues, ménager des espaces de parole comme soupape face aux situations particulièrement intenses devient en effet de plus en plus difficile à mettre en place.

Elle n’a pas repensé aux échanges du premier entretien dans l’intervalle, hormis pour se questionner sur la méthodologie d’analyse des données, à savoir “que vous laissez libre euh parole, comment vous faites après pour récupérer euh les informations”. La question de l’identification à la position de chercheuse est en effet prégnante dans la relation transférentielle. En début d’entretien, elle associe directement :

“Je me suis juste posée la question de me demander comment vous alliez faire. Pour euh, parce que y a beaucoup d’infos, ça va dans… tous les sens un petit peu. Donc je me suis plutôt posée la question de comment vous faisiez pour euh extraire les choses après [...] on parle de tout et de rien, enfin, le fil conducteur mais ça dévie quand même pas mal sur le côté, et je me suis dit euh : « Elle a du travail ».”

Elle aborde ensuite largement ses propres projets de recherche, toujours entravés par la charge de travail et les contraintes institutionnelles. L’expliquer semble lui permettre de

formaliser sa représentation de la surcharge de travail. Elle évoque d'ailleurs un travail sur des outils qui permettraient de mesurer les hausses d'activité, par exemple lors des épidémies saisonnières, et donc d'affiner l'organisation du travail pour protéger les soignant.es de l'épuisement : "On verra si, si ça peut euh objectiver [...] des heures supplémentaires, du personnel en plus pendant la saison des grippes". Elle semble attendre de cet outil une rationalisation de son vécu de surcharge, et par là des facteurs de son épuisement afin de mieux s'en protéger, et avec elle son groupe de pairs de façon solidaire.

La pratique d'activités de recherche semble soutenir une pensée sur sa souffrance au travail notamment liée à son épuisement professionnel, par sa dynamique même qui permet, par une distance protectrice du terrain, de continuer son travail. "Avancer intellectuellement" semble être une voie de sublimation qui lui permet de tenir face à l'usure.

C'est un mode de fonctionnement qui génère aussi un certain bénéfice lié à une position héroïque voire sacrificielle vis-à-vis du service, par l'usure que cela alimente, et la confrontation à ce manque de reconnaissance qu'elle identifie. Une reconnaissance qu'elle n'estime pas à la hauteur de son engagement. Elle met en avant cette question de la reconnaissance comme une gratification narcissisante, un moteur : "J'y tiens à la reconnaissance parce que on marche qu'à la reconnaissance".

Les signes d'épuisement ponctuent la première moitié de l'entretien, la question des conditions de travail et de la culpabilité qu'elles entraînent sont au premier plan. Les signes d'épuisement sont en lien avec ses activités de recherche et un surplus d'activité clinique, dont récemment des "séries" de situations difficiles entraînant un effet d'accumulation. Elle mentionne des personnes vivant dans la précarité, des "conjugopathies" évoquant des violences intra-familiales, des patient.es "alcooliques", des "tentatives de suicide" : "Tout ça... se rajoute".

Il faut pouvoir se remettre de ces périodes intenses, des "séries" moins éprouvantes permettent de se ressourcer. Un fréquence moins importante de décès laisse alors un répit : "Puis par moments, on passe toute une période sans décès. Tant mieux".

C'est le cas dans l'actuel de la rencontre : "Là en ce moment c'est assez léger, ça fait du bien. Parce que ça permet euh, déjà aux équipes de de repasser des moments, ne serait-ce qu'à l'office hein, de rigoler, de discuter euh. Et bien prendre le temps de, voilà, d'avoir un patient, [...] du temps qu'on prend pas autrement".

Ici l'emploi du verbe *avoir* paraît recouvrir, par la voie de l'appropriation, l'ensemble des soins qui peuvent se déployer lorsque les conditions de travail permettent une marge de manœuvre suffisante. Elle évoque aussi la possibilité de prendre du temps à distance des patient.es, ce qui est sans doute protecteur : "On va faire les péremptions, on profite de l'été, hein, nettoyer la pharmacie, re-ranger pour trouver de la place parce qu'y a pas de place dans les hôpitaux, pour le matériel euh. Des choses comme ça, on va passer 15 jours à refaire la pharmacie pour ranger [...], c'est des périodes qui permettent de, de le faire".

Après un premier temps au début de l'entretien où elle souligne que les questions qui l'animent sont "en dehors" du champ de la fin de vie et de ce qu'elle se représente être les attentes de cette recherche, ramener la question par une interprétation permet d'élaborer un peu plus les liens entre confrontation à la mort et épuisement.

Elle convient en effet de l'impact psychologique que peuvent avoir ces situations, mettant en avant un nombre de décès qui lui semble plus important que dans des services d'autres spécialités médicales. C'est sans doute vrai. Il y a aussi là une forme de rationalisation qui va dans le sens de son système défensif et de son équilibre dans le service. Elle conclut, dans un discours légèrement désorganisé qui se restructure autour des défenses : "Je sais pas, il faudrait faire le, je sais pas si le ratio de décès en, en réa et dans les autres services."

L'abord des problématiques relatives à la fin de vie dans son service se fait à nouveau sous le prisme de réflexions de portée générale et actuelle. Certaines font écho avec le premier entretien, elle s'en souvient d'ailleurs : "Je pense je vous en avais parlé". Ce discours amène l'un des rares récits de situation clinique singulière, et finalement le plus détaillé.

Il s'agit d'une dame âgée dans le service qui a subi des soins très lourds et dont le devenir est incertain, ce qui rejoint ses préoccupations éthiques : "On se demande à un moment si faut vraiment euh, jusqu'où il faut aller". Elle reprend ensuite sa réflexion de portée générale : "Et ça on le voit de plus en plus". Cette tendance à associer des situations singulière à une préoccupation générale péjorative fait penser à au phénomène de "sinistrose" rapporté par Dejour et Gernet (2012, p. 90), signe d'un épuisement avancé.

Il persiste par ailleurs dans son discours, en écho à celui du premier entretien, une hiérarchisation des soins vitaux par rapport aux soins de confort considérés comme "annexes". Se retrouve cette représentation de la médecine comme destinée avant tout à sauver des vies, et qui peut mettre les soignant.es en difficulté dans les situations où cela est impossible, leur renvoyant culpabilité et impuissance.

Des affects dépressifs affleurent. La projection sur le cadre institutionnel permet de les supporter mieux, et de mieux supporter la castration qui s'actualise dans l'impuissance : "On n'est pas des [bas], on n'est pas... L'hôpital ne ne sauve pas tout le monde, et heureusement". Elle compose avec ce principe de réalité : "C'est la vie aussi hein".

En fin d'entretien, la question de sa motivation à participer à la recherche amène une nouvelle expression de sa tendance à la sublimation et l'intellectualisation, dans cette identification qu'elle peut avoir à la psychologue-chercheuse ayant elle-même une pratique de la recherche. Sa double expérience de la recherche et de l'accompagnement en fin de vie ont contribué à sa participation, se sentant "sensibilisée" au sujet. Cela relève aussi d'une dimension héroïque qui profite au collectif.

Parler de cela la fait associer à nouveau sur le manque de formation qui carence les pratiques, et les identifications qui les soutiennent, apprenant au fil des expériences professionnelles mais aussi personnelles. Elle exprime en clôture d'entretien une attente de

retombées concrètes de cette recherche, un peu comme elle en attend de ses propres projets de recherche auxquels elle participe : “Et après ? En fonction des résultats, vous avez des projets, des ?..” Un peu comme avec la question de la formation à la fin du premier entretien, il semble qu’elle se soit aussi saisie de cet espace dans une quête de solutions à la problématique d'épuisement, à laquelle la confrontation à la mort concourt.

La dimension transféro-contretransférentielle est étroitement prise dans le mode de fonctionnement de Gwen dans son travail et les problématiques qui le traverse. La dynamique de recherche-action d’une membre de l’institution est peut-être à l’origine de cette attente d’effets concrets du projet, dans la continuité de sa quête d’un soutien suffisamment contenant par son institution comme support projectif de sa souffrance au travail.

Cela est peut-être en lien avec les fréquentes recherches d’assentiment dans les deux entretiens et tout particulièrement le premier. Elles se traduisent par les verbatims déjà cités comme “je sais pas ce que vous en pensez”, mais aussi des questions plus directes comme “vous croyez pas ?”, ou de façon plus indirecte par les “hein” qui ponctuent son discours.

Cette recherche de lien paraît en lien avec la forte identification à la posture de chercheuse, du fait de son investissement et de sa pratique d’activités de recherche. Elle connaît les partenaires institutionnels qui soutiennent la recherche dans le GHT, mentionne leurs travaux communs. Cela l’amène aussi à avoir une position plus *méta* que d’autres participant.es pendant les entretiens, comme quand elle questionne la méthode ou analyse son discours : “Par rapport à votre recherche. Je sais pas si c’est lié, très lié”. Un jeu de miroir transféro-contretransférentiel semble se mettre en place, elle acquiesce aux reformulations comme en miroir, les relances paraissent moins chercher à soutenir sa pensée. Sa posture réflexive rend aussi cela moins nécessaire.

Ce mode d’entrée en relation par l’identification avec comme étayage son expérience personnelle fait penser aux relations de soins qu’elle met en place, comme par exemple quand elle s’identifie aux mères endeuillées en réanimation. C’est peut-être un mode de fonctionnement qui se rejoue dans la relation de transfert. La dimension d’aide, composante structurale de la fonction soignante, est d’ailleurs au coeur de sa démarche de participation : aider ses pairs en contribuant à la recherche, peut-être aussi aider la psychologue-chercheuse, elle qui connaît bien les enjeux et difficultés à déployer un projet de recherche dans l’institution.

Bien qu’elle ne semble pas chercher particulièrement à satisfaire aux attentes supposées de la psychologue-chercheuse ou du protocole comme certain.es participant.es, notamment les plus jeunes, elle paraît avoir à cœur d’être comprise, de bien expliquer son propos et le fil de sa réflexion. Son discours s’appuie sur des exemples concrets de fonctionnements de service, de problématiques cliniques ou avec ses collègues.

Cela relève peut-être aussi d'une fonction moins conscientisée par elle de la passation des entretiens comme espace de parole sur les difficultés rencontrées au travail. Reconnaître et saisir à un niveau plus conscient les entretiens de recherche comme espace de soutien clinique et d'élaboration des pratiques professionnelles est sans doute plus sensible : cela se joue entre pairs et les psychologues en sont en général tenus à distance.

Elle peut aussi s'appuyer sur sa grande expérience et ses capacités réflexives, mais des signes d'épuisement professionnel persistent. Participer à cette recherche, prendre ce temps-là pendant son service, s'inscrit peut-être aussi dans cette dynamique de surmenage dans laquelle elle est prise, dont elle tire une certaine forme de bénéfice qui lui permet de *tenir* mais au prix d'une certaine usure.

En synthèse, il ressort du discours de Gwen l'expression d'une dynamique entre un pôle d'investissement affectif et de satisfaction pulsionnelle dans son travail, et un pôle d'usure qui s'est installé à force d'être exposée à des situations difficiles dans un contexte institutionnel considéré comme insuffisamment contenant. Un cercle vicieux d'épuisement semble s'être mis en place où pour satisfaire une pulsion de savoir insatisfaite par le fonctionnement institutionnel, elle déplace son activité de travail à l'extérieur de l'hôpital. Des bénéfices primaires et secondaires existent, mais cet investissement débordant hors cadre et le présentéisme qui en découlent pour assurer un soutien psychologique dans les situations les plus dures sont des signes de syndrome d'épuisement professionnel.

Comme pour Charlie, qui travaille aussi en réanimation, l'institution hospitalière peine à contenir sa souffrance au travail, et l'y expose tout particulièrement par ses manques tant sur un plan psychique que matériel. L'institution paraît alors être prise comme support projectif de sa colère, sur lequel viendrait aussi se fixer sa souffrance et son angoisse. Cela permet aussi d'en épargner les membres de son équipe, les usager.es de son accompagnement lorsque les situations cliniques la mettent à rude épreuve, et sans doute aussi elle-même de la culpabilité à laquelle l'activité la confronte. Cela protège aussi ses proches d'un trop gros débordement sur sa vie familiale.

La question du manque renvoyée à l'institution paraît en outre évoquer un certain rapport à la castration qui s'exprime au travail, surtout dans un service où la criticité des situations expose à la toute-puissance autant qu'à l'impuissance.

Il est par ailleurs à noter que si son discours montre des signes d'épuisement et de souffrance, il y a peu d'éléments traumatiques. Elle semble en effet avoir beaucoup élaboré ses pratiques et ses affects, ainsi que ce qui peut être mobilisé de très personnel dans son travail. Elle repère bien les jeux d'identifications-projections qui se mettent en place avec les patient.es et les familles ("ça renvoie à beaucoup de choses, hein. Soit des proches qui sont morts, soit des proches qu'on a accompagnés"), ce que cela touche de son rapport à la perte et à la mort ("ça renvoie quand même vers cette mort quoi. Vers la mort"). Ce degré de

réflexivité la protège sans doute du potentiel traumatogène des événements de vie les plus durs, comme la perte d'un bébé. Une certaine porosité entre les dimensions personnelle et professionnelle de sa vie peut vulnérabiliser, mais s'appuyer consciemment sur les liens entre les deux, par exemple lorsqu'il s'agit du deuil ou des morts solitaires, est aussi un véritable moteur dans son travail.

Chez Gwen la dynamique pulsionnelle autour du savoir paraît au service de ses capacités réflexives, et permet ainsi de digérer quelque chose de ce qui est mobilisé parfois de façon massive, ce à quoi son travail d'infirmière l'expose. Participer à cette recherche a sans doute permis de déplier quelque chose de cette intrication entre pulsion et usure, angoisse et résilience. C'est un effet moins concret et moins conscientisable que chez d'autres participant.es comme Tann par exemple, mais qui peut contribuer à ce travail de digestion, d'intégration psychique de ce qui reste en suspens au fil de l'expérience de terrain. Passer par une voie qui résonne avec son propre système défensif, celle de la recherche qui suscite une forme d'excitation intellectuelle, sublimatrice et narcissisante, a rendu cet espace particulièrement accessible. Il s'agit peut-être aussi d'une rencontre tranféro-contretransférentielle où nos modes de fonctionnement résonnent.

3.5. Réflexions sur la dimension transféro-contretransférentielle

Les éléments relatifs à la relation de transfert avec les partenaires institutionnels et dans la rencontre avec les participant.es ont été abordés au fil de l'analyse des données. Il s'agit ici de faire un pas de côté pour essayer d'en dégager une lecture globale, opérant un pas de côté sur la question de la relation dans les différentes rencontres qui ont jalonnées ce projet. Aussi cette analyse portera d'une part sur l'analyse des éléments de transfert dans les rencontres en entretiens, d'autre part celle des mouvements contre-transférentiels qui y sont liés, et enfin, poursuivant cette prise de recul qui consiste à dézoomer le focus mis sur les sujets dans les études de cas, de revenir à l'institutionnel.

3.5.1. Analyse du transfert

a) Des participant.es-soignant.es

L'analyse qualitative transversale des données, appuyée notamment par le sous-code “attentes, motivations, questionnements et intérêts liés à la participation”[53], éclaire quant à l’investissement de l’espace de la recherche et de la relation avec la psychologue-chercheuse. Il en ressort **une dynamique qui a amené à participer en lien avec la fonction soignante et l’appartenance au corps des métiers soignants**. Le titre de cette partie en témoigne, avec la jonction marquée par le trait d’union entre “participant.es” et soignant.es”, en miroir de celui entre “psychologue” et “chercheuse”.

D’une part, un intérêt s’exprime à **être entendu.e en tant que soignant.e**, à partir de cette place et de cette fonction. Tann relève ainsi “pas de médecins ?” pour interroger la spécificité de la démarche centrée sur des métiers paramédicaux. Nell exprime clairement ne pas se sentir assez entendue à partir de cette place de soignante, elle dont le métier d’AS se situe en bas de l’échelle de délégation historique des fonctions médicales. Elle dit : “On nous sollicite pas assez”, “je pense que c’est intéressant de nous… inclure euh… dans… des recherches”. Elle trouve qu’à partir de sa fonction elle a un éclairage à apporter : “On partage aussi notre expérience”. Cela parle d’une certaine représentation de la pluridisciplinarité où elle peut avoir le sentiment que sa place n’est pas tout à fait proportionnée à l’éclairage que peut apporter sa fonction.

S’intéresser à son point de vue à travers cette recherche est aussi “valorisant” pour Nell. Il y a peut-être quelque chose de narcissisant dans cette attention portée sur leur vécu, alors que les soignant.es expriment largement manquer de reconnaissance à l’échelle institutionnelle et sociétale :

“C’est intéressant et peut-être aussi valorisant de se dire euh… ben on partage aussi notre expérience [...] c’est intéressant de le faire et de dire : « Bah ouais, moi aussi je… » Pas « être capable » euh j’aime pas euh… [...] ça peut nous intéresser si vous venez nous voir”.

Son discours résonne avec les propos de Gwen quand elle évoque des soignant.es “dans l’ombre”. Cette notion interroge d’ailleurs : dans l’ombre de quoi ? De leur propre fonction ? Des fonctions médicales mises au premier plan, mieux valorisées socialement ? Donner la parole aux soignant.es du champ paramédical, leur porter cet intérêt-là, paraît en tout cas avoir agi comme une lumière sur leur parole qui va dans le sens de les *sortir de l’ombre*. Il semble que l’espace de la recherche-action ai permis la création d’une *aire* à entendre au sens winnicottien du terme, **une aire où une parole de soignant.e est possible**.

[53] Code qui regroupe des verbatims spontanés et en réponse à l’une des questions du deuxième entretien : celle qui interroge la motivation à participer.

L'émergence de cette parole se contextualise par différents mouvements subjectifs. Elle a pu de fait être **prise comme témoignage**. Plus de la moitié des participant.es ont exprimé se positionner en ce sens pendant les entretiens.

Il s'est agi de parler depuis une certaine place, comme par exemple Manu qui envisage sa participation comme amenant "un panel assez diversifié" au regard de sa jeune expérience. Il s'est aussi saisi de la focalisation sur des soignant.es en dehors du champ des soins palliatifs : "C'est intéressant aussi puisque nous on est pas étiqueté « soins palliatifs » donc j'pense que… l'expérience et le ressenti de chacun… J'pense que c'est bien à découvrir aussi".

Vic trouve intéressant de pouvoir prendre la parole sur un sujet "tabou" avec lequel elle est familiarisée par son travail. Lou veut parler de son "expérience", se projette vers les pairs qui s'intéresseront aux résultats de cette recherche : "Je pense plus que les soignants seront intéressés de lire une étude voilà pour voir le point de vue des autres, des choses comme ça. Donc peut-être que ça peut après inspirer ou quoi". Elle veut leur apporter un éclairage par son expérience spécifique en réanimation : "Peut-être que ça se passe pareil dans les autres services mais comme c'est vrai que notre fonctionnement est un peu particulier et beaucoup en équipe je me suis dit que peut-être ça peut apporter quelque chose". Val veut aussi "parler de nos difficultés en fait qu'on... qu'on a sur le terrain", ce qui ressort de nombre de ces entretiens.

Lou, Tann et Manu expriment par ailleurs être intéressé.es par le fait d'entendre ce que les autres ont à en dire via les travaux autour de la thèse. Cela marque un intérêt pour un partage réciproque de ces témoignages. Il est à noter qu'il s'agit là de jeunes professionnel.les : peut-être cette dimension recouvre-t-elle une recherche d'étayage de leur professionnalité ? Manu en dit quelque chose lorsqu'il s'interroge à savoir si "plusieurs personnes" partagent son ressenti ou au contraire s'il est "tout seul", auquel cas il y verrait un intérêt à "une remise en question".

Pour certain.es **cette parole s'inscrit dans un cheminement professionnel plus ou moins en lien avec leur parcours de vie personnel.** Leur recul leur permet sans doute de se saisir de manière spécifique de cet espace de parole, de le mettre en perspective avec l'ensemble de leur parcours. Gwen en détaille par exemple le lien avec ses valeurs morales qui sous-tendent la place de la réflexion éthique dans son travail.

Certain.es ont pu parler d'un intérêt quant à la thématique de l'accompagnement en fin de vie dans leur travail, Handy parle même d'une "curiosité" à l'endroit de la thématique de recherche. Leur démarche de participation et les rencontres qui en ont découlé sont en effet prises dans leur propre fonctionnement subjectif, quelque chose est venu s'y jouer. **Cela tient à leur personnalité, à leur fonctionnement psychodynamique, à ce que des problématiques personnelles** (notamment autour d'angoisses archaïques ou plus secondarisées comme la perte et la castration) ont pu être particulièrement mobilisées. Mais **cela tient aussi à des fonctionnements psychiques spécifiques à leurs professions, aux dimensions identitaires de leur travail**.

La place de la technique et du rapport au corps dans leurs métiers s'est particulièrement exprimée. Cela a pu passer par des dimensions très opératoires du discours, amenant une certaine forme d'efficacité qui s'en dégageait via l'énonciation et le rythme des échanges. Elle tenait aussi à la précision d'aspects techniques et familiers propres à leurs métiers, associée à la dynamique introspective du fait de participer à une recherche menée par une psychologue. I**l y avait à dire et à être compris.e, transcrire quelque chose de son expérience, de son vécu et s'en faire comprendre**. Des discours s'appuyaient sur une certaine sensorialité aussi, celle du corps-à-corps avec les patient.es, tout particulièrement près de la mort. Des récits cliniques entiers ont ainsi reposé sur la description technique et sensorielle comme support du discours.

Par ailleurs, **ce qui vient se jouer du côté de la fonction d'aide apparaît comme central** dans leur investissement de la participation. **Ainsi, se positionner comme aidant.e s'inscrit dans la fonction soignante**. La motivation à participer a en effet pu être conscientisée comme **contribution à une démarche scientifique au sens large, à une dynamique profitable à la population générale**. Les professions soignantes sont aussi très acculturées aux enjeux de la recherche. Contribuer à la construction de connaissances, y compris en sciences humaines, est en lien avec leur corps de métiers. Participer s'inscrit dans leur travail, résonne avec leurs valeurs. Par extension, il s'agit aussi d'être bénéfiques aux patient.es et à leur entourage (Pat, Gwen et Vic le spécifient).

Fred et Lou évoquent ce type de positionnement de manière assez large, Oliv et Pat parlent d'un sentiment d'"utilité" (Oliv) via des expressions idiomatiques reflétant sans doute des représentations collectives partagées, utilisées ici comme des outils de pensée, peut-être de manière un peu plaquée. Oliv parle ainsi de "mettre [...] sa pierre à l'édifice", Pat a "donné du [s]ien". Dans les deux cas, les verbes employés ne correspondent pas tout à fait à l'expression usitée en langue française. Oliv utilise le verbe "mettre" au lieu d'"apporter", Pat le verbe "donner" à la place de la formulation classique "y mettre". Le premier cas semble souligner la dimension d'agir liée aux professions soignantes, le deuxième cette dimension d'aide dans un mouvement de soi vers l'autre. Cela est peut-être à mettre en lien avec la dimension sacrificielle qui ressort souvent des positionnements soignants.

Au-delà du bénéfice supposé pour la recherche en tant que telle et la population qui peut en bénéficier, il s'est aussi beaucoup agi d'aider ses pairs soignant.es à travers la participation. En tant que population à part entière : Lou veut pouvoir "inspirer" par la particularité de son expérience, Kim veut contribuer à "changer les choses", Gwen et Vic à faire évoluer "les pratiques". Ou plus précisément les pairs institutionnels, de "l'hôpital" (Oliv) ou encore plus spécifiquement du "service" (Manu et Oliv).

Il semble s'exprimer ici l'appartenance à une forme de communauté soignante comme groupe social. Cet ancrage paraît rejouer quelque chose de cette dynamique de soutien entre pairs qui s'est exprimée dans nombre d'entretiens.

Cette dynamique d'aide a aussi pu s'adresser dans la relation de transfert à la psychologue-chercheuse, plus de la moitié l'ont exprimé. Trois dimensions s'en dégagent comme trois adresses de cette dynamique d'aide. **Il a pu s'agir d'aider la psychologue dans sa fonction de chercheuse, comme sujet dans un mouvement altruiste, ou encore comme pair institutionnel ou hospitalier dans un sens communautaire**. Plusieurs de ces dimensions pouvaient s'associer, cela a été notamment le cas pour Oliv et Val. Pat et Oliv mettent par ailleurs en avant le lien clinique qui contextualise la rencontre, Oliv soulignant aussi une forme de contre-don du fait de sa relation avec l'EMSP : "Vous venez m'aider [pause] moi. Donc [...] si moi je peux vous aider [...] dans un sens ou d'un un autre ben… pourquoi pas".

Dans le prolongement de cette dynamique d'aide, **se repère chez certain.es une posture soignante adressée à la psychologue-chercheuse**. Certain.es portent une attention particulière au discours adressé, se reprennent lorsqu'ils ou elles utilisent un jargon soignant (comme Charlie avec l'expression "taper" un arrêt cardiaque par exemple), veillent à garder un registre de langage assez formel (comme Val quand elle atténue la violence de certains propos, par exemple quand elle parle de la représentation des aides-soignant.es qui "[font] juste [...] laver des fesses"), s'inquiètent de heurter en parlant de la dureté des situations de fin de vie (comme par exemple Pat qui ne "veut pas être gore")... **Les discours sont parfois teintés d'une vigilance empreinte de culpabilité, qui semble traduire une certaine protection de la psychologue-chercheuse comme sujet non-soignant du corps**. **C'est une posture qui a quelque chose de soignant par cette attention bienveillante, et aussi peut-être une certaine conscience de la lourdeur de ce qu'ils et elles vivent au travail.**

Handy prolonge cette préoccupation au cadre-même de la rencontre, interrogeant à la fin du deuxième entretien :

"C'est pas trop dur ? Les entretiens ? [...] C'est pas trop long ? C'est pas trop redondant ? [...] de cumuler les entretiens… d'avoir bah du coup plein d'histoires de… différentes personnes euh… de pouvoir tout euh [pause] garder en tête euh… c'est pas trop long ? C'est pas trop dur ?"

Ce questionnement revêt deux dimensions. Il s'intéresse d'une part au vécu de la psychologue-chercheuse par identification, aux effets de sa parole et de celle de ses pairs qui est mise à l'intérieur de cette personne de par sa fonction. D'autre part, elle interroge aussi le désir de la psychologue-chercheuse, son envie et son plaisir à entendre ce qu'elle et ses pairs ont à dire.

En effet, **les mouvements psychiques mobilisés dans les rencontres relèvent aussi d'une certaine dimension pulsionnelle**. Tann et Oliv cherchent ainsi une forme de valorisation ou de réassurance. Il y a là à la fois une tendance à tirer une certaine gratification de la participation et de la rencontre, et aussi à se montrer soi-même satisfaisantes. **Ce mouvement tend vers une représentation de soi comme bon.ne participant.e, dans le prolongement de celle de bon.ne soignant.e qui relèverait de l'Idéal du Moi**. Cela s'inscrit peut-être dans la

quête narcissisante qui se déploie au travail, en lien avec la place de la technique et de l'efficacité opératoire dans ces représentations de bon.nes soignant.es.

Une notion de plaisir se dégage aussi de la participation comme expérience. C'est le cas des personnes qui ont exprimé un intérêt intellectuel ou expérientiel à la participation. **Cela s'inscrit peut-être dans la pulsion de savoir qui semble au cœur du travail soignant**. **Ce plaisir peut par ailleurs être en lien avec l'aide apportée, qui semble gratifiante**. Fred conclut ainsi sa participation par la formule de politesse "avec plaisir". Le contexte d'usage semble anodin, mais le fait que cette formulation-là émerge spécifiquement peut interroger. De manière tout aussi indirecte mais dans une formulation plus subjectivée, Pat dit concernant sa posture d'aide et se défendant d'un autre bénéfice à sa participation : "J'me satisfais à aider. Basta !" Là encore une certaine jouissance se manifeste à travers le discours.

Il ressort en outre pour certain.es participant.es **un prolongement des positionnements masochiques voire sacrificiels qui peuvent se jouer dans leur travail** vis-à-vis des patient.es ou des collègues. Une tendance qui les amène à aborder des sujets sensibles, même celles et ceux pour qui cela est le plus confrontant. Il se rejoue dans la rencontre quelque chose de ce *prendre sur soi au service de l'autre.* Kim est sans doute celle qui l'exprime le plus clairement quand elle parle de sa motivation à participer : "Je me suis dit : « Bon ben, fais-toi un peu violence, tu vas y aller, puis on va voir » [...] je me suis dit : « Bon bah tu verras comment tu réagis et...»" L'emploi du mot "violence", la suspension de sa phrase témoignent d'une certaine prise de risque quant à son équilibre psychique.

I**l ressort par ailleurs une dimension de recherche d'aide pour soi, comme étayage psychologique pour tenir et des pratiques professionnelles pour continuer le travail et le rendre plus supportable**. Le contexte politique et institutionnel est fréquemment mis en avant comme facteur carençant. La thématique de la recherche fait aussi ressortir la dureté de la confrontation à la mort dans ce qu'elle a de débordant : la perception sensorielle des corps mourants ou morts, les affects massifs de l'entourage…

Certain.es expriment directement **rechercher dans cet espace de parole avec la psychologue-chercheuse une aide pour se sentir moins démuni.e**. C'est ce que disent Kim et Manu, qui se trouvent très en difficulté et défendu.es dans leur confrontation à la mort, Tann et Val aussi, qui souhaitent poursuivre la dynamique engagée par la participation par une formation institutionnelle. Il est d'ailleurs intéressant de souligner que la dynamique de recherche-action aura permis de lier leurs problématiques de terrain avec un étayage institutionnel formel. D'autres ont exprimé avoir voulu approfondir leur réflexion sur ce sujet qui les mobilise beaucoup. C'est le cas de Charlie et Nell, deux collègues expérimentées qui s'investissent particulièrement sur ces questions dans leur service. Ici la dynamique de recherche-action a été saisie dans le sens d'un mouvement déjà initié par elles.

L'expression précédemment développée comme recherche d'aide pour les pairs peut aussi être appréhendée sous le prisme d'un déplacement qui rendrait cette démarche

inconsciente : **vouloir aider la communauté des soignant.es est peut-être aussi une façon moins confrontante de chercher un étayage pour soi-même**.

Cette recherche d'aide au nom des pairs est apparue chez certain.es comme une attente extrêmement concrète en ce qu'elle donne lieu à des données utilisables dans la pratique, Charlie, Manu et Oliv l'expriment directement. Les deux dernier.es mettent en avant deux dimensions : il s'agit d'extraire des éléments utilisables à la fois pour soi et pour le groupe du "service". Oliv se met d'ailleurs à une position particulière en s'imaginant transmettre des choses à son équipe. Cela semble pris dans son propre rapport au groupe. Passer par l'équipe comme tiers semble rendre légitime la demande d'aide pour soi.

D'autres participantes ont mis en avant une attente de formations, d'actions institutionnelles, d'amélioration des conditions de travail sur la prise en charge de la mort à l'hôpital. C'est le cas de Gwen qui pense que "la recherche fait avancer les pratiques" et voudrait des formations sur l'accompagnement des familles, les spécificités culturelles… De Val aussi, et peut-être Fred qui ne le dit pas directement mais dont la plainte institutionnelle massive résonne comme un appel. Cette attente de résultat pratique est sans doute liée à la dynamique de recherche-action : une dimension interventionnelle en découlerait logiquement. Le rapport à l'agir au cœur de la fonction soignante opère peut-être aussi.

Il y a donc une forme de recherche d'aide implicite chez beaucoup de participant.es, prise dans les fonctionnements sous-jacents à la fonction et à une forme de culture soignante, qui rend difficile une sollicitation directe. La demande, prise dans les mouvements défensifs et les représentations idéales de la fonction soignante, devient ambivalente. Une mise en tension entre souffrance et jouissance paraît s'exprimer. C'est une double polarité qui relève des fonctionnements psychiques spécifiques qui se dégagent de la professionnalité soignante, dans laquelle est pris l'investissement transférentiel de la psychologue-chercheuse.

a) Rencontrer une psychologue-chercheuse : un investissement aux multiples facettes

Rencontrer la psychologue-chercheuse dans le cadre d'une recherche-action a mobilisé des mouvements d'investissement multiples au regard des différentes fonctions incarnées et des symboles qui y étaient projetés. Ils sont en lien avec les processus propres aux soignant.es vus précédemment, et les différentes mises en tension exprimées vis-à-vis de leurs conditions de travail en lien avec le cadre institutionnel et sociétal qui les déterminent, contextualisant ces rencontres. Les différentes modalités qui se sont dégagées ont été intégrées dans la grille d'analyse transversale des données dans les codes du "Transfert-investissement cadre et rencontre" du Code "La recherche comme expérience partagée".

Ce contexte particulier de rencontre semble avoir résonné avec la fonction clinique de la psychologue. Aussi **certain.es participant.es se sont adressé.es à la fonction de thérapeute, de soutien psychologique, et plus largement à son *supposé savoir* sur le fonctionnement psychique**.

Cela ressort notamment de la question de l'aide précédemment évoquée, pleinement dans les attentes exprimées, mais aussi en négatif comme par exemple quand Pat se défend fermement d'un étayage quelconque de ces entretiens : "Si j'aide quelque chose [pause] je… y a pas d'arrière-pensée, y a pas d'attente en retour".

Cela s'exprime aussi à travers certaines évocations de souvenirs personnels accompagnés de manifestations d'affects encore très actuels, comme cela a été le cas pour Tann et Val. Peut-être aussi dans une recherche d'élaboration de ces dimensions personnelles, comme lorsque Handy évoque le souvenir des rituels funéraires qui semble revêtir une dimension de traumatisme infantile. Elle dit d'ailleurs à la fin du deuxième entretien, concernant l'ensemble des échanges, que cela faisait sens pour elle de parler "avec quelqu'un qui sache écouter". Tann l'exprime aussi : "Si vous aviez pas été psychologue… Je pense que on, on aurait pas discuté comme ça. Je pense que c'est votre statut qui… a fait que j'ai pu autant parler". Un mouvement qui a précédé la rencontre : "Je savais que vous étiez psychologue, je m'étais dit peut-être que, je vais exprimer plein de choses."

Cette référence à un supposé savoir s'est aussi adressée à la psychologue dans sa fonction en équipe de soins palliatifs. Cela a pu s'exprimer à travers des demandes d'avis sur des situations cliniques. Le moment où Tann demande directement un regard de psychologue sur son accompagnement d'enfants auprès de leur grand-père mourant en est sans doute la plus manifeste. Cela a pu amener certaines références à des notions de psychologie, notamment concernant la fin de vie et le deuil, et à des principes issus du soin palliatif dans les récits cliniques également.

De manière plus contextualisée, ces adresses ont pu se faire précisément à l'endroit de la psychologue de l'EMSP institutionnelle. C'est chez les soignant.es avec qui une relation clinique préexistait que cela est le plus évident, s'appuyant manifestement sur ce lien pour investir l'espace de la recherche, voire pour construire des récits de situations cliniques partagées ensemble sur le terrain. C'est par exemple le cas lorsque Fred illustre un récit en précisant : "Enfin je te prends elle parce que t'étais là". La rencontre dans l'espace de la recherche permet alors de reprendre cette situation clinique partagée.

Adresser une parole à la psychologue institutionnelle qui travaille en soins palliatifs permet aussi de s'appuyer sur des représentations communes, sur un plan imaginaire et fantasmatique, du fait de sa propre confrontation clinique de la "périmortalité" dont parle Amar (2009, p. 139). Cela permet d'évoquer des situations mais aussi des affects partagés et partageables par une expérience commune de l'accompagnement de la fin de vie à l'hôpital. **La fonction de psychologue-chercheuse a donc pu être investie à la fois comme pair institutionnel et dans l'altérité de sa fonction**. Cela permet une trame identificatoire dans la rencontre et dans l'échange.

Cette notion se ressent aussi dans la question des attentes concrètes de retours ou d'actions conséquemment à la recherche-action. Le fait qu'un membre de l'institution rattaché à cette fonction de *gestion de la mort* déléguée aux équipes de soins palliatifs prenne

la parole dans l'hôpital pour la donner aux soignant.es, à propos d'un sujet qui fait encore l'objet d'un tabou social, a pu entraîner ces attentes. Attente d'actions comme soutien dans ce travail difficile au-delà de cet espace de parole dont l'objet était la recherche. Attente de retours sur cette parole donnée où la psychologue est prise comme dans une fonction alpha au sens bionien du terme : pour produire via la thèse et les communications scientifiques un discours digéré des éléments bruts qui ont pu s'exprimer dans ces rencontres. C'est cette sollicitation qui a amené à proposer une forme de *newsletter* pour les tenir informé.es des suites de la recherche.

Val exprime assez clairement cette double dimension des attentes dans la rencontre, à la fois opérationnelles et comme processus d'*alphabétisation* bionien :

"Enfin mon idée c'est que [pause] avec tout ce que vous avez eu comme... expériences de chacun, enfin tout ce que vous enregistrez, et ben en fait [pause] j'ai l'impression, que... après vous pourrez proposer quelque chose. En disant: "Bah pour ces services là, il faudrait que les soignants ils aient telle formation ou, qu'ils soient un peu plus aidés sur ci ou sur ça, euh..."

Pour Charlie, le fait que cette double fonction vienne de l'intérieur de l'institution dans un contexte de recherche-action vient peut-être restaurer quelque chose des manquements réels ou fantasmés du cadre institutionnel. Vic en dit quelque chose dans le bilan qu'elle fait de sa participation, mettant en avant une fonction clinique de psychologue à l'endroit de l'équipe soignante qui semble faire défaut au niveau institutionnel :

"Ça m'a permis [...] de dire ce qu'on pense en fait, c'est vrai que, on en parle jamais hein, on… [...] Des fois on rencontre des situations compliquées, et… On en parle entre nous, mais pas, pas devant une psychologue quoi. [claque sa langue contre les dents] Donc, non, je trouve c'est bien. Ça nous permet aussi euh, de se remettre aussi un peu en question." Une certaine réflexivité est possible dans l'adresse à ce tiers par rapport à ce qui se joue avec les pairs, toujours en lien avec cette recherche d'étayage des pratiques professionnelles vers une représentation de soi comme soignant.e idéal.e.

Proposer un temps d'échanges pour la recherche a permis de solliciter indirectement les fonctions cliniques de la psychologue : dans une recherche d'étayage du travail qui relèverait plutôt de l'Analyse des Pratiques Professionnelles et sur un versant plus personnel, mettant au travail les liens associatifs que l'activité mobilise sur un versant plus personnel.

Le fait que cette démarche vienne d'un membre de l'institution symboliquement associé à la question de la mort a ouvert des possibilités en termes d'élaboration sur ce sujet sensible qui mobilise affects et défenses. Cela semble aussi être allé dans le sens d'une réponse institutionnelle à la souffrance au travail que cela génère, dans un contexte de tension forte sur les conditions de travail. **Le cadre de la recherche paraît avoir permis que cette parole s'exprime de manière moins confrontante qu'au sein d'un espace de soutien**

psychologique qui entre en contradiction avec les représentations idéales de la professionnalité et avec le mode de soutien psychologique préférentiel entre pairs.

Ce cadre particulier de la recherche semble aussi avoir mobilisé **une dynamique identificatoire à la position de chercheuse**. Cela s'inscrit dans la dynamique relationnelle de la rencontre, et paraît aussi s'appuyer sur une appartenance commune aux métiers du soins où la recherche a une place importante. Aussi certain.es participant.es ont pu associer sur leur propre expérience de mémoire de fin d'études (principalement les infirmier.es) et aussi Nell dans le cadre de son DU débutant pour lequel elle devra se lancer dans cet exercice inédit. Charlie y fait d'ailleurs référence, dans une dynamique de soutien de sa collègue. D'autres, et tout particulièrement Gwen, s'appuient sur leurs propres pratiques ou liens avec des activités de recherche dans leur travail.

L'altérité de la fonction de psychologue a aussi pu créer un décalage dans ces mouvements identificatoires, notamment autour de l'utilisation d'une méthodologie qualitative. Ainsi la méthode a pu être interrogée dans une perspective de mieux en comprendre la démarche. Les participantes qui ont eu une expérience de recherche quantitative comme Fred et Gwen ont d'ailleurs cherché à la comprendre plus activement la démarche en ce qu'elle dénotait avec leur propre expérience. C'est peut-être un sujet dont elles avaient d'ailleurs débattu entre elles.

En conclusion, les rencontres se sont tissées à la croisée des différentes places de chacun.es, des expériences de terrain, des mouvements psychiques mobilisés par les thématiques abordées. La méthode d'entretien particulièrement libre, structurée par un petit nombre de thématiques avec peu de questions posées, a permis une grande liberté d'expression des participant.es et de positionnements de la psychologue-chercheuse. Cette souplesse en a fait en quelque sorte un *médium malléable* (Roussillon, 1989) avec lequel pouvaient se jouer ou se rejouer nombre de mouvements psychiques en lien avec la thématique de la recherche et le contexte institutionnel de travail.

En même temps, les affects mobilisés appelaient à une certaine contenance et ont pu mobiliser des fonctions cliniques de la psychologue-chercheuse, sur lesquelles l'analyse du contre-transfert sera aussi éclairante. L'appartenance à l'institution et une certaine communauté de pratiques a sans doute permis d'activer ce soutien entre pairs, particulièrement effectif dans les dynamiques de protection mises en place par les équipes soignantes. Participer à la recherche de la psychologue de l'EMSP permettait peut-être de faire corps ensemble dans la rencontre, comme avec les pairs dans l'institution. Le faire pour l'aider autorise à parler. Prendre la parole pour la recherche permet aussi quelque chose qui n'est pas forcément accessible par la fonction clinique de psychologue.

Si les sujets abordés ont pu mobiliser des défenses, beaucoup de choses se sont néanmoins exprimées. Opérationnellement les entretiens semblent avoir été le plus

profitable pour les soignant.es qui s'en sont saisi comme support d'étayage, mais les entretiens de recherches sont apparus comme un espace de liaison même chez les participant.es les plus défendu.es. Les différents niveaux d'élaboration déployés dans ces rencontres questionnent une certaine dynamique entre mise au travail et mise en dépôt. Quoi qu'il en soit, ces choses ont pu se dire aussi parce qu'elles étaient adressées à une psychologue, voire à une psychologue de soins palliatifs, supposée savoir sur la vie psychique et sur le mourir, occupant une fonction de recherche.

3.5.2. Analyse du contre-transfert

La dimension contre-transférentielle est étroitement liée au transfert. Aussi les sous-parties qui se dégagent de son analyse sont en quelque sorte en miroir de celle du transfert. Il ressort en effet deux dimensions prégnantes : ce qui se joue dans ce passage de la posture de clinicienne à celle de chercheuse dans l'institution, et de ce qui a pu se rencontrer et résonner avec les soignant.es en termes de processus psychiques et notamment d'affects, en tant que pairs institutionnels et soignants.

a) Une clinicienne en posture de recherche

Il est intéressant d'interroger les origines de cette démarche-même que constitue le chemin de la clinique en soins palliatifs vers la recherche dans son institution hospitalière. Le travail fondateur de De M'Uzan il y a près d'une cinquantaine d'années ouvre à la réflexion lorsqu'il parle du champ de recherche qu'offre la clinique de la mort à l'hôpital somatique : "Ceux qui, sentant là un véritable domaine de recherche, ont orienté dans ce sens une part de leur travail, semblent souvent s'être arrêtés en chemin, pour des raisons qui en elles-mêmes déjà mériteraient examen" (1977, p. 184). L'analyse contre-transférentielle est un levier qui pourrait éclairer ce que De M'Uzan pressentait.

Chercher et écrire sur la mort a été une entreprise difficile, qui visait néanmoins sans doute à relancer ou alimenter quelque chose d'une réflexivité clinique en tant que psychologue sur le terrain. Il s'agit de se confronter à ce que la mort délie voire délite de la pensée par les mouvements archaïques qu'elle mobilise. Le travail du cadre, de la méthode, sont des outils structurants pour construire ce passage de la clinique vers la recherche. La dynamique de recherche-action a permis une voie d'accès contenante et étayante vers une posture de psychologue-chercheuse qui unissait de façon cohérente les dimensions clinique et recherche de la posture dans les rencontres. En même temps qu'une dimension exploratoire de ce positionnement, il y avait aussi une certaine continuité du lien du fait de l'appartenance à l'EMSP institutionnelle, à fortiori avec les participant.es avec qui une relation existait.

La question du lien aux soignant.es est restée centrale dans cette recherche, même après le recueil des données. Leur traitement a été marqué de nombreux questionnements qui parle des mouvements contre-transférentiels à l'œuvre.

Ainsi de nombreuses questions se sont portées sur l'anonymisation des données. Il y a là bien sûr une dimension éthique, mais l'appartenance commune à l'institution y a contribué. Les liens possiblement passés, actuels ou à venir entre les participant.es réciproquement et dans le lien aux autres acteurs et actrices de l'institution, le fait de connaître chacun.e et de garder ce lien institutionnel au-delà du temps de la recherche étaient source d'inquiétude.

Ce lien-là, et les attentes des soignant.es en termes de retours sur ce qui serait produit à partir de ce travail, a aussi alimenté un souci de respect de leur parole, et un questionnement sur ce qu'ils et elles pourraient vivre ou penser de ces écrits. Cela est lié aux processus psychiques le plus souvent inconscients qui se sont déployés dans les rencontres, et notamment les dimensions défensives manifestées par certain.es. Les associations personnelles qui ont émergé de leur discours, mobilisées par la question de la mort en ce qu'elle touche à l'intime, ont aussi entraîné un souci dans le traitement des données et de la façon dont il serait accueilli.

Il s'agit sans doute là d'une prévenance liée à la responsabilité de psychologue-chercheuse vis-à-vis de cette parole particulière qui s'est exprimée, d'en être dépositaire. Peut-être était-il aussi donné à vivre contre-transférentiellement quelque chose de ce souci de l'autre emprunt de culpabilité qui semble propre aux soignant.es, dans ces mouvements antagonistes entre jouissance et castration qui paraissent polariser leur travail. Et qui concernent sans doute aussi les psychologues qui travaillent en hôpital somatique.

Ces processus à la fois transférentiels et contre-transférentiels ont sûrement concouru à l'activation de postures cliniques vis-à-vis des participant.es. Par *réflexe* en quelque sorte lorsque des affects massifs émergeaient. Cela se manifestait par un soutien plus proactif du discours, des acquiescements plus fréquents, une attention plus soutenue. Il s'agissait de contenir ce qui était partagé dans la rencontre et qui pouvait être éprouvant. Dans les moments les plus sensibles, notamment lorsque Manu manifeste son angoisse de mort ou Tann et Val la tristesse de leurs deuils, la dynamique d'entretien a pu être ralentie ou mise en pause pour vérifier que les affects exprimés n'étaient pas trop débordants. Cela a pu aller jusqu'à demander à la personne comment elle se sentait avant de poursuivre, éventuellement si elle souhaitait changer de sujet pour éviter que la dynamique de l'entretien ne soit trop désorganisatrice. Il y a là une précaution clinique en même temps qu'un ancrage dans le cadre de la recherche qui, s'il permettait d'accueillir les éléments plus personnels qui pouvaient émerger, n'était pas orienté en ce sens.

Cette mobilisation d'une posture clinique est peut-être aussi en miroir de leur fonction ou de leur propre positionnement soignant à certains moments des rencontres. **Il s'agissait finalement de rencontres entre soignant.es**, bien que n'agissant pas au même niveau de la prise en soins des patient.es et de leur entourage, uni.es par la même institution et pris.es

dans cette tendance à se soutenir entre pairs, à se *soigner* entre soi comme le dit Gwen à propos de ses collègues : “C’est un soin d’en parler entre nous”.

Ce rapport entre pairs hospitaliers a d’ailleurs influencé inconsciemment la créations des pseudonymes qui ont servi à anonymiser les participant.es. En effet, l’analyse du contre-transfert montre des dimensions qui dépassent la démarche conscientisée de choix des pseudonymes.

Il s’agissait d’un point de vue méthodologique conscient de choisir une lettre par correspondance à l’addition des chiffres du code d’anonymisation. Les pseudonymes choisis se voulaient courts et épicènes pour faciliter la lecture et pour tendre à une neutralisation la plus grande possible des représentations de genre sur les participant.es.

En effet, la proportion de femmes étant très largement majoritaire dans cette population comme dans l’échantillon, penser l’usage du masculin de façon généralisante était dissonant contre-transférentiellement. C’est aussi une réflexion qui s’inscrit dans un mouvement social plus large sur les définitions, les fonctions et effets du sexe et du genre au niveau de la société et dans leurs dimensions identitaires, dans lequel ce travail de thèse auprès de professions largement féminisées a été pris.

Ce mouvement a probablement contribué au choix d’un mode d’écriture inclusif de la thèse, plus proche de la population et de l’échantillon ciblé, qui n’efface pas la trace du masculin qui y est néanmoins présent et représenté. Une réflexion a d’ailleurs été menée sur le fait de considérer le sexe des participant.es comme une variable dans l’analyse des données, ou de féminiser ou exclure les participations masculines. C’est un paramètre qui a finalement été conservé notamment du fait que les deux participants masculins faisaient mention de cette distinction, mais aussi parce qu’un plus grand recul sur ce qui devient un débat de société serait nécessaire.

À distance, il est aussi apparu que ces pseudonymes (dont il a toujours été évident qu’il s’agirait de prénoms et pas de noms de familles, dont le registre de langage aurait semblé trop décalé) courts et épicènes sonnaient comme des surnoms, des diminutifs. Ils reflètent finalement quelque chose de la familiarité des relations entre pairs hospitaliers, des rapports affectifs qui peuvent se construire au travail et plus particulièrement lorsque le travail confronte à des mouvements psychiques intenses. C’est un mode de relation partagé dans l’activité clinique et l'appartenance institutionnelle communes qui se retrouve dans le traitement des données par le choix des pseudonymes.

Il s’est aussi sans doute agi de souligner la dimension subjective de ces prises de parole, proposer une lecture plus humanisée, inviter à un certain investissement, le donner en partage. C’est un mouvement qui tend à les personnifier jusque dans l’écriture, les raconter à partir de leur parole. Il s’inscrit dans une dimension affective mobilisée dans ces rencontres, y compris avec les personnes sans relation préalable. Ces mouvements ont pu être réactivés lors du travail sur les données.

Le choix des études de cas questionne aussi le contre-transfert. Ces discours qui ont saisi au point d'être les plus travaillés du point de vue de l'analyse qualitative des données témoignent d'une certaine résonance avec la clinique. Il s'agit finalement de trois participant.es endeuillé.es d'une personne très proche.

Tann et Pat ont perdu leur père, Gwen un bébé. Les affects particulièrement intenses, les processus psychiques spécifiques mobilisés par la perte d'un parent ou d'un enfant sont au cœur de la clinique du deuil en soins palliatifs. Cela résonne aussi avec des expériences cliniques en périnatalité, notamment axées sur l'accompagnement du deuil périnatal. Au sortir du travail de thèse, cette clinique revient au premier plan avec une prise de poste en maternité, d'abord dans la même institution puis dans une maternité spécialisée dans les Grossesses à Haut Risque ou pathologiques et adossée à une réanimation pédiatrique. C'est un service dans lequel la clinique de la périmortalité périnatale prend une certaine place. L'intérêt pour le discours de Gwen est sans doute en lien avec des mouvements qui étaient déjà au travail du point de vue de l'intérêt clinique.

De manière plus subjective, la question de l'ascendance et de la descendance relève d'une certaine transversalité, revêt un caractère universel. Arrêter une attention particulière sur les profils marqués par ce type de pertes relève peut-être aussi d'une dimension intersubjective, d'une *communication d'inconscient à inconscient* (Bougnoux, 1997).

La continuité de la posture de clinicienne avec celle de chercheuse, marquée par le trait d'union dans l'écriture de cette fonction de psychologue-chercheuse, a donc eu des effets sur le traitement des données. Ils se retrouve aussi dans leur recueil.

L'intérêt porté à leurs pratiques, comme par exemple le fait de demander à plusieurs personnes leur définition de la notion d'*accompagnement*, aux références qui relèvent du mouvement palliatif, a orienté la dynamique des échanges et se retrouve dans la construction de la grille d'analyse transversale des données. C'est une dynamique à inscrire dans le mouvement de la recherche-action : ces rencontres ont permis d'adopter une posture plus clinique qui visait à soutenir l'élaboration des pratiques d'accompagnement en fin de vie, à partir de cette place institutionnelle de psychologue en soins palliatifs. En parallèle, questionner leurs pratiques à partir d'une fonction de chercheuse éclaire la clinique auprès des soignant.es pour mieux soutenir leur travail dans les liens qui se poursuivent sur le terrain, avec les participant.es et plus largement avec leurs pairs paramédicaux.

La place de psychologue-chercheuse s'est construite à partir de celle de clinicienne, chemin faisant. La recherche-action permet des liens étroits et riches entre ces deux places, des éclairages réciproques de la clinicienne et de la chercheuse. Cela apporte donc quelque chose en plus, permet un pas de côté pour mieux appréhender le terrain clinique. Les effets proposés aux participant.es de prendre un temps pour parler et penser leur confrontation à la mort au travail englobent finalement la psychologue-chercheuse via le lien institutionnel.

b) Des affects en partage

Éclairer les liens entre les postures de clinique et de recherche vers celle de psychologue-chercheuse ouvre à questionner les mouvements psychiques qui ont conduit à ce projet et l'ont guidé.

Dans la continuité de ce que disait Amar de l'analyste, les psychologues n'échappent pas à la question de la mort même lorsqu'elle est rencontrée dans le travail. **Le recul permis par la posture de psychologue-chercheuse a permis d'aller quérir auprès des soignant.es un éclairage sur des mouvements psychiques auxquels les psychologues sont aussi confronté.es** dans cette clinique de la périmortalité. Ces espaces de parole ont finalement offert des possibilités de relances réflexives pour chacun.e face aux difficultés auxquelles la confrontation à la mort expose, à savoir l'archaïque, l'impensable, la menace narcissique, mais aussi la perte, la castration…

Ces mouvements se sont mobilisés des deux côtés pendant les rencontres, parfois dans une résonance en miroir qui a d'ailleurs été codée dans la grille d'analyse de contenus.

La rencontre entre membres d'une même institution partageant des représentations, et parfois des souvenirs communs sur l'accompagnement périmortel permet un partage d'affects (Parat, 2013), soutenu par des identifications croisées. C'est sans doute un élément fondamental, structurant de ces échanges.

Cela a par exemple vraisemblablement amené à proposer un étayage de la pensée en s'appuyant sur des expériences cliniques, ce qui a alimenté la dynamique de mise en récit comme support de l'élaboration (Béchu et Riazuelo, 2023). C'est aussi un mode d'élaboration courant qui parle tant aux psychologues qu'aux soignant.es.

Ces aller-retours entre théorie et terrain permettent d'avancer, de supporter le réel auquel la clinique expose (Raimbault, 1982). Bien que cette articulation soit pensée différemment en soins paramédicaux, ce point commun est sans doute un lien qui permet de travailler ensemble en pluridisciplinarité, de faire face aux situations les plus complexes, parfois les plus traumatiques comme face à à la fin de vie et à la mort.

Ce partage d'affects incluait par ailleurs des mouvements de déliaison. Dans les rencontres, il s'est traduit de façon manifeste par exemple par la répétition de mots des participant.es en miroir, une tendance à descendre le ton de voix ou le registre de langage à l'abord de sujets particulièrement angoissants… Certains mots étaient difficiles à prononcer tant pour les participant.es que pour la psychologue-chercheuse, presque systématiquement précédés d'hésitation. C'était le cas par exemple des termes "fin de vie", "mort", "décès", "toilette mortuaire", "massage cardiaque", ou encore des thémes relatifs à la dégradation du corps, l'euthanasie, la sédation en phase terminale, le moment du décès…

Ces mouvements de désorganisations-réorganisations semblent relever d'un contre-transfert par moments traumatique (Herman, 1992). C'est aussi le propre du trauma de venir sidérer l'autre, d'être contagieux.

Quelque chose d'une certaine pensée opératoire ou d'une fascination par le rapport technique au corps corps a par ailleurs pu contribuer à des moments de fascination contre-transférentielle. Il s'agissait d'effets de discours technique et rationalisé sur le corps, de la sensorialité reflétée par le discours de ces soignant.es qui sont exposé.es d'encore plus près à la mort et au corps des mourant.es. Ces mouvements ont aussi pu par moments être liés à **une certaine résonance avec des expériences cliniques en tant que psychologue**, avec des moments traumatiques restés en suspens.

En lien avec ces mouvements de désorganisation, **des mouvements défensifs contre-transférentiels ont émergé**. L'humour défensif y a pris une large place, souvent dans des jeux de miroir avec les participant.es, peut-être dans parce que deux styles défensifs proches se rencontraient alors. Une forme d'accordage contribuait sans doute à se protéger et à décharger ensemble, ainsi qu'à construire une relation plus agréable et positive. Les défenses partagées ou en miroir ont aussi pu permettre d'approcher sans trop d'effraction les questions les plus sensibles, mobilisant des affects qui auraient pu être débordants pour chacun.e. Aussi **s'est dessiné dans le contre-transfert un parcours entre défenses et élaboration**, dans les entretiens et autour de ces rencontres.

Ce sont en effet des difficultés qui ont parfois entravé la réflexion, impacté l'écriture. Il y avait à relancer de la liaison face à la déliaison de la pensée. À un niveau plus conscient, écrire sur la mort induit une recherche de précision, pour décrire l'indescriptible au plus près du vécu subjectif des sujets qui y sont exposés, étant soi-même pris comme sujet ayant besoin de se protéger face à elle.

En même temps, écrire sur un sujet si sensible, intime et angoissant, invite à une forme de précaution toute singulière, pour ménager les angoisses que son évocation peut mobiliser. Il ressort de ce double mouvement de recherche de précision et de précaution dans l'écriture une forme d'esthétisme dans la mise en mots du propos sur la mort qui relève sans doute d'une certaine sublimation. Cela est peut-être possible au prix d'un certain clivage de Thanatos dans le contre-transfert, comme l'évoque le psychanalyste Joël Bouyx (1996) concernant la relation aux malades somatiques incurables en analyse.

Ce partage d'affects et de représentations communes était aussi au service d'une dynamique de liaison et d'élaboration. Se référer à des notions théorico-cliniques en termes de soins, d'accompagnement, et tout spécialement de soins palliatifs au regard du thème de la recherche, jouait comme articulation de la réflexion qui se construisait au fil des rencontres. C'est aussi un langage commun qui permet de mobiliser des représentations gratifiantes, peut-être réparatrices, de sa professionnalité et de son travail.

Car **dans ces rencontres chaque protagoniste était en situation de travail**. La psychologue-chercheuse dans son travail de recherche sur un temps institutionnellement dédié par l'institution qu'est le temps FIR[54], et les soignant.es pendant ou autour de leur temps de travail, pour parler de leur activité.

Cette forme de symétrie fait partie de ce qui a été partagé dans ces rencontres et a eu des effets contre-transférentiels. Cela s'est exprimé de façon particulièrement explicite dans la rencontre avec Handy, en réponse à son questionnement sur le vécu des entretiens par la psychologue-chercheuse, auquel la réponse a été : "c'est dur comme le travail", avant de préciser que "finalement mener des entretiens, ça fait partie de mon travail". L'emploi de l'adverbe "finalement" montre une certaine élaboration à l'œuvre du lien entre clinique et recherche précédemment évoqué. Se situer comme travailleuse face à cette soignante elle-même sur son temps de travail renvoie à cette symétrie.

En conclusion, les affects et représentations partagés du fait de l'universalité des processus psychiques mobilisés par la confrontation à la mort et de l'expérience clinique commune sous-tendent la démarche-même de cette recherche-action. **Il s'est agi de donner la parole aux soignant.es sur cet impensé, ce tabou de la mort, pour finalement la prendre et en dire quelque chose à partir de la place de psychologue-chercheuse**. Cela est sans doute en lien avec ce que Bouyx dit de la relation de l'analyste aux patient.es en fin de vie qui mène "aux limites de ses capacités contre-transférentielles" (1996, p. 163). Passer par la relation avec les soignant.es a pu être un détour nécessaire dans cette confrontation à la mort dans le travail clinique de psychologue qui limite les capacités à problématiser une recherche comme le souligne De M'Uzan (1977).

Les mouvements contre-transférentiels ont été traversés par ce qui lie la psychologue-chercheuse à la communauté soignante : l'appartenance à l'institution, ainsi qu'une dimension commune de la fonction sociétale de soin. Cela implique aussi des processus psychiques communs.

Il est ainsi possible d'interroger, comme Lepoutre le mentionne, la question du sadisme des psychologues dans leur confrontation aux récits des personnes qui souffrent. Il y a peut-être une dimension sadique nécessaire qui permet d'aller solliciter cette parole sur la mort à l'hôpital. Cela relève aussi possiblement d'une certaine position masochique ou sacrificielle dans le fait de se confronter à ces discours à des fins de recherche, comme le font nombre des soignant.es rencontré.es. Qu'il s'agisse des psychologues ou des soignant.es, cette forme de masochisme peut aussi être interrogée sous le prisme de l'élan vital comme le fait le psychanalyste Benno Rosenberg (1999).

[54] Formation Information Recherche, relevant d'une disposition statutaire des psychologues exerçant dans la Fonction Publique Hospitalière en France (Legifrance, 1991).

S'interroger à ce propos rejoint finalement la question du désir, avec en premier lieu celle de la pulsion de savoir inhérente à toute recherche. Ces mouvements inconscients et complexes sous-tendent une démarche de recherche-action qui va dans le sens de *faire son travail* : en tant que membre de l'institution et dans l'appartenance au corps de métier des psychologues qui invite à une certaine position réflexive sur son propre travail, notamment par l'analyse du contre-transfert.

3.5.3. Dimension institutionnelle des éléments transféro-contretransférentiels

La question du Transfert concerne éminemment la relation qui se crée dans la rencontre entre psychologue (y compris en position de recherche) et participant.e. Dans le cadre d'une recherche-action contextualisée par l'institution, il est essentiel de porter un regard sur ce qui a été initié ou repris au niveau groupal et institutionnel par cette entreprise, et de réintriquer les enjeux transférentiels des rencontres dans leur contexte.

a) Dimension institutionnelle des participations

Des réflexions avec les partenaires institutionnels ont entouré et soutenu les rencontres avec les soignant.es. Il s'agit de construire, dans cette logique d'aire où une parole de soignant.e est possible et entendue, un espace interstitiel dans l'activité des participant.es à des fins de liaison face à ce que la mort peut désintriquer. Cela entraîne une possible prise de distance avec le terrain, laisse un espace d'après-coup pour penser leurs expériences et leurs pratiques.

Ce mouvement a permis certains effets, codés dans l'analyse transversale de données dans leur acception consciente qui constitue notamment le bilan qu'on fait les participant.es et qui était interrogé par la méthode, et aussi les éléments plus inconscients qui se manifestent à travers le discours. Il en ressort globalement que ces espaces ont été constructifs dans l'élaboration des pratiques, voire potentialisant une certaine dynamique institutionnelle qui soutient la pensée sur la mort et le développement des compétences des soignant.es dans son accompagnement.

Cette dynamique, profitable pour nombre de participant.es, a pu contribuer à un certain effet groupal dans les services où plusieurs personnes participent, notamment celui de médecine polyvalente où 6 soignant.es ont participé en deux vagues. Leur cadre paraît d'ailleurs s'être saisie de sa proposition institutionnelle en ce sens, pour soutenir son équipe, étayer les pratiques de soignant.es qu'elle sentait intéressé.es ou vulnérables dans cette confrontation à la mort au travail.

Les espaces de parole des entretiens ont aussi été saisis par les participant.es dans le mouvement de leur rapport à leur institution, et à l'institution hospitalière en général. Cela

ressort aussi du travail d'analyse transversale des données. Qu'il s'agisse d'une élaboration de leur rapport à l'institution ou d'une décharge de leur souffrance au travail sur elle dans une fonction phorique, l'institution est très présente dans leur discours.

III- Mobilisation institutionnelle autour de la question de la mort

Le fait qu'une psychologue institutionnelle se saisisse de la question de la mort à l'hôpital et ouvre des espaces de dialogue sur le sujet semble avoir été porteur de sens, notamment du fait de l'appartenance à une équipe de soins palliatifs symboliquement rattachée à la mort, en détenant une fonction phorique. Cela a permis nombre de possibilités avec différents acteurs et actrices institutionnelles, de façon individuelle ou groupale.

Mais le saisissement très partiel de cette dynamique par certaines instances et dans certains services montre à l'échelle institutionnelle un contraste entre des mouvements d'élaboration et d'évitement. Proposer cette recherche a ouvert un espace de parole institutionnel anti-traumatique. La grande variété dans la façon de s'en saisir montre comment ce thème a mobilisé chaque professionnel.le dans sa capacité et son désir, son angoisse et ses défenses face cette question.

D'un point de vue contre-transférentiel, se mobiliser pour ouvrir une parole sur la mort, en lien avec le rapport clinique aux soignant.es dans les accompagnements conjoints de la fin de vie et les autres espaces proposés par l'EMSP comme les formations et les travaux institutionnels, témoigne d'une volonté de dire et faire quelque chose des discours de soignant.es. Ils jalonnent en effet la clinique de façon formelle et informelle.

Il s'agissait sans doute de ne pas rester dans le silence face à la souffrance que la confrontation à la mort génère, en adresser quelque chose à l'institution et par là sortir des processus mortifères qui impactent son fonctionnement. Engager un processus de recherche-action a invité à étayer notre pensée ensemble, les un.es avec les autres, à la faveur du travail académique que propose une démarche scientifique notamment en termes de lectures et de méthode. Nourrir ce travail de regards extérieurs via le monde universitaire avait aussi un potentiel dynamisant.

Chapitre III : Discussion

Les situations de fin de vie et de décès font partie des plus complexes dans le travail des soignant.es. Ce ne sont pas les seules, comme en témoigne le discours des participant.es sur leurs difficultés au travail, certaines associations d'idées comme sur les agressions par exemple. Le travail des soignant.es est difficile en ce qu'il expose à des affects massifs au risque du débordement traumatique.

La particularité de la confrontation à la mort au travail réside dans ce qu'elle vient mobiliser du côté de l'impensable, de l'*a-pensé* qui délie et met à mal les ressources psychiques tant au niveau individuel qu 'institutionnel (Ruszniewski, 1999).

Il s'agira dans l'aboutissement de ce travail de recherche de dégager des pistes de réflexion conceptuelles afin d'éclairer un peu plus les enjeux complexes de cette problématique. Sans chercher à généraliser le propos, la dimension exemplaire des témoignages et pensées qui ont émergé au fil de ce parcours peuvent nourrir une démarche de théorisation de ce sujet sensible.

I. L'institution face à la mort : entre étayage et carences

1.1. L'institution soutenante, l'institution manquante

Ces dimensions ressortent du discours des soignant.es comme une polarisation ambivalente du rapport à l'institution. **Tantôt prise comme étayage qui structure les pratiques, elle revêt souvent une fonction phorique qui permet une décharge de l'agressivité**.

Cela s'appuie bien sûr sur un contexte social et politique qui fragilise les conditions de travail, à fortiori lorsqu'il s'agit des tâches les plus sensibles comme celles qui relèvent de la confrontation à la mort. L'histoire de l'hôpital et l'évolution du rapport à la mort dans la société française en a fait le lieu principal qui accueille la mort, alors que cette institution est pensée avant tout comme un lieu de lutte contre elle. Cette tension met les soignant.es dans une position paradoxale, et fait peser un certain tabou sur cette question.

Il existe bien sûr une pensée consciente sur le sujet qui mène à un travail protocolaire sur la *gestion de la mort à l'hôpital*. Mais les mouvements de déliaison induits par l'impensable

attaquent les possibilités d'élaboration. Cela peut amener à une certaine rigidité opératoire, dans le prolongement de l'agir soignant au sens large, où face à la mort le *faire* prend le pas sur le *penser*. La pensée reste alors très cloisonnée. **Ce mouvement éminemment défensif de l'institution peut entraîner un contexte carencé qui étaye insuffisamment les soignant.es et leurs pratiques**.

Ces dernier.es réclament une certaine contenance de leur institution, garante d'une sécurité psychique dans la confrontation à ce qu'il y a de plus dur : l'archaïque du corps, l'angoisse de mort, la perte, dans une mise en tension entre toute-puissance et impuissance. S'appuyer sur Winnicott qui conçoit la posture parentale la plus étayante pour le nourrisson comme *suffisamment bonne* est éclairant, comme nous avons pu le voir dans l'Axe III du contexte théorique de cette recherche.

L'institution est appelée à être suffisamment contenante (relevant ainsi d'une fonction symbolique maternelle) et structurante (relevant ainsi d'une fonction symbolique paternelle) pour permettre aux soignant.es de faire les tâches les plus difficiles de leur activité. **L'institution semble bien appelée à occuper une certaine fonction parentale, ou plutôt être en partie investie comme telle par ses professionnel.les**.

C'est peut-être en ce sens aussi qu'elle est investie avec tant d'ambivalence, entre un attachement fort des soignant.es qui ressort du discours à l'endroit de *leur* institution, et des décharges agressives par lesquelles ils et elles l'attaquent. Il y a aussi quelque chose d'anti-dépressif dans la colère, du côté du mouvement et donc de la vie, d'Éros.

Situer l'institution dans un lien appartenance à ses membres répond en miroir à celui mis en avant dans la réflexion théorique qui contextualise cette recherche, où les soignant.es étaient d'abord défini.es dans leur lien d'appartenance à leur institution. Explorer la réciprocité de cette appartenance parle de l'investissement de l'institution par ses soignant.es.

Ce rôle de support projectif que paraît tenir l'institution semble utile en ce qu'il permet en quelque sorte de drainer les affects douloureux liés au travail, surtout lorsque celui-ci est très dur. Les conditions de travail des soignant.es sont certes à parfaire, mais il y a aussi à tenir, à contenir les attaques sans en être détruit, comme Winnicott y invite les parents.

Un positionnement institutionnel suffisamment contenant et structurant, maternel et paternel, pourrait permettre de potentialiser l'énergie que les soignant.es déploient du fait des mouvements pulsionnels en jeu, favorisant ainsi leur travail et amortissant les effets d'usure.

Il existe des relais essentiels de ce positionnement dans les services. Les médecins bien sûr, en ce que la fonction médicale soutient les pratiques paramédicales, en est à l'origine. Les fonctions d'encadrement paramédical aussi, avec en premier lieu les cadres de service. Les participant.es parlent beaucoup de leur rapport à leur cadre dans cette dialectique entre étayage et carences, apparaissant comme un appui de proximité aux pratiques soignantes

d'autant plus nécessaires lorsque le sujet est sensible. **Les cadres semblent porter en tout premier lieu cette double fonction parentale à un niveau fantasmatique, maternelle et paternelle que revêt l'institution, et être investi.es comme tel**.

Dans cette perspective, l'investissement particulier de Tann et de Pat à l'endroit de leur cadre peut être mis en perspective avec la perte d'un parent jeune. C'est aussi un investissement qui ouvre une voie de réflexion sur la place de la bisexualité psychique dans l'étayage que permet ces rapports aux fonctions hiérarchiques.

Cette fonction des cadres est par ailleurs d'une certaine efficience : l'analyse de la participation montre que la forte mobilisation d'une cadre a entraîné la participation de nombreux.ses soignant.es dans son service, représentant près de la moitié de l'échantillon. Par son soutien et la contextualisation de ses encouragements, elle a sans doute potentialisé l'intérêt ou la motivation de ces soignant.es, qui s'est exprimée directement et sans étayage chez les personnes qui ont participé à leur propre initiative.

C'est sans doute cet intérêt à l'origine de la participation, quel qu'en soit le moteur, qui a permis des effets positifs en termes d'élaboration chez la plupart des participant.es, et tout particulièrement les plus jeunes. Il est d'ailleurs à noter que tout.es les participant.es viennent de services confrontés à des problématiques somatiques lourdes, où les situations de fin de vie peuvent être fréquentes. **Cette démarche qu'a été la recherche-action manque certes d'homogénéité dans les effets qu'elle peut voir dans l'institution, mais semble finalement avoir résonné avec les problématiques de membres particulièrement concernés par le sujet de la mort à l'hôpital**.

Proposer des espaces de parole sur la mort pour la recherche et par un membre de l'institution, du *dedans*, paraît avoir facilité la participation. La recherche est en effet une activité familière et valorisante dans les hôpitaux, qui décentre de soi.

La dimension psychologique du projet, impliquant une méthodologie qualitative, était aussi porteur d'une certaine altérité, mobilisant de la curiosité et favorisant un pas de côté sur les pratiques. Qu'il soit porté par un pair institutionnel paraît en outre avoir activé cette dynamique de soutien toute particulière à ces corps de métier, dans ces institutions. Certain.es participant.es ont exprimé de la curiosité, de l'intérêt pour ce qui ressortait des autres passations, ou ont évoqué l'intérêt qu'aurait eu des échanges groupaux dans cette recherche. Les membres d'une même équipe qui participaient ont ressenti le besoin d'échanger entre les entretiens. Proposer des temps de focus groupes en plus, par exemple après l'entretien 1 et l'entretien 2, serait en effet allé dans le sens de ce soutien entre pairs et aurait peut-être potentialisé les dynamiques d'élaboration initiées dans les rencontres individuelles. C'est une piste pertinente pour faire évoluer ce type de protocole.

Des espaces de parole pour traiter des mobilisations psychiques dans le cadre du travail existent : les groupes Balint, l'Analyse des Pratiques Professionnelles ont un intérêt majeur. Mais ce sont des dispositifs peu investis par les soignant.es du champ paramédical (en

dehors des services de soins palliatifs spécifiquement formés et sensibilisés à leur intérêt). Cela limite leur déploiement et leur efficience.

Proposer des espaces autres où un objectif opérationnel médiatise la rencontre, temporaires qui s'inscrivent dans le mouvement de l'activité où les accompagnements sont limités dans le temps au rythme des entrées et sorties du service, va peut-être plus dans le sens de la dynamique de leur travail. Mais cela demande de pouvoir se dégager de l'activité clinique du service, ce qui a souvent été compliqué lors de cette recherche. **Il y aurait à soutenir une certaine créativité et un possible dans la construction d'espaces-tiers où une parole peut émerger, qui peuvent être plus facilement investis car allant dans le sens des mouvements psychiques qui animent les soignant.es**. Cette dimension créatrice va dans le sens de la fonction de "tissu conjonctif" que l'hôpital revêt pour Guillaumin (1981) à l'échelle de la société. Il y a à faire aussi lien de l'intérieur, entre les membres de l'institution. Faire des projets, investir des espaces de recherche, c'est aussi se (re)mobiliser pour ces équipes et ces institutions éprouvées, sans doute encore plus depuis la pandémie de COVID-19.

Une dimension interventionnelle en complément de démarches de ce type, attendue d'ailleurs par certain.es participant.es, rendraient ces espaces de réflexion encore plus concrets. Cela va dans le sens de l'agir au cœur des métiers soignants, et aussi de cette contenance institutionnelle attendue qui propose des solutions et cherche à adapter les conditions de travail. Cela ne sera jamais parfait et ne devrait pas l'être (Enriquez, 1987) : il y a un certain bénéfice à ce que l'institution ait aussi une fonction de décharge agressive. En faire retour à ses membres sous forme de projets favorables à une parole accessible opèrerait aussi comme *fonction alpha* qui soutient l'élaboration des éléments indigestes auxquels le travail les confronte, et tout particulièrement la question de la mort éminemment archaïque.

1.2. Faire corps

Comme cela a été évoqué précédemment, la dynamique de soutien entre pairs est au premier plan dans la confrontation à la mort. C'est un lien ambivalent qui semble nécessaire pour se soutenir réciproquement et pouvoir avancer ensemble, notamment face à la mort des patient.es. Il paraît relever d'une intrication de plusieurs niveaux d'investissements sur la base du "même" tel que le définit De M'Uzan, qui tolère une certaine forme de dissemblance et d'évolution contrairement à "l'identique" rigide et mortifère (2017, p. 26).

La question de l'appartenance est centrale : appartenance aux professions soignantes, à un corps de métier, à l'Institution hospitalière dans sa fonction sociétale ou à une institution hospitalière donnée semble offrir un support aux identifications croisées qui rassemblent. Il s'en dégage une forme de culture soignante comme sub-culture communautaire (Gelder, 2007) faite de représentations et de croyances communes, qui unit d'autant plus les

soignant.es qu'ils et elles se situent réciproquement sur le registre du *même* qui favorise ces identifications. La plus petite unité qui se dégagent de ces groupes articulés entre eux et celle des pairs de profession dans un service donné[55]. Occuper la même fonction comme AS ou IDE dans un même service rapproche. La grande proximité de ces métiers, celui d'AS ayant été créé comme prolongement de celui d'IDE, paraît en faire le plus souvent un sous-groupe distinct unit dans le discours des participant.es : celui des "soignant.es".

"L'équipe" des "soignant.es" se distingue en premier lieu des fonctions d'encadrement : "la direction" au niveau institutionnel et à l'échelle du service le ou "la cadre" (poste occupé le plus souvent par des femmes (Bessière, 2005) comme nombre de professions du *care*). Se retrouve dans les rapports à ces fonctions d'encadrement l'investissement ambivalent de l'institution attendue dans une position à la fois maternelle et paternelle.

Cette "équipe soignante" est aussi mise en parallèle avec le sous-groupe des "médecins" du service qui revêtent une aura particulière : détenteurs et détentrices d'un savoir sur le corps humain et ses pathologies, ce sont les décisionnaires de la prise en soins, quand bien même ces décisions seraient le fruit d'une concertation pluridisciplinaire. Fonction initiale de soins dont des attributions ont été déléguées aux IDE puis aux AS dans un découpage de tâches du *cure* vers le *care*, la législation française a aujourd'hui séparé la hiérarchie paramédicale de la hiérarchie médicale. Il n'y a plus d'autorité formelle entre ces professions, mais demeure une dimension fonctionnelle par laquelle les prescriptions médicales dirigent en grande partie les actes paramédicaux. Les participant.es de cette recherche s'y réfèrent beaucoup, évoquant à la fois l'étayage et l'impuissance que ces rapports suscitent avec ambivalence. Il y a aussi dans ce rapport quelque chose de cette attente de contenance et de structure identique aux fonctions d'encadrement, qui montre que quelque chose subsiste de cette hiérarchie historique, par ailleurs toujours fonctionnelle.

La représentation du groupe de service, "l'équipe" se distingue aussi des autres "soignant.es" dans d'autres services, des autres équipes. Ces autres équipes et les relations avec elles peuvent être prises comme support projectifs, en faisant des bons groupes qui suscitent l'envie voire signent de manière défensive un idéal inaccessible faisant l'économie d'une mise au travail (comme les USP lorsqu'elles sont évoquées, ou quand Tann parle des moyens spécifiques en oncologie pour accompagner la fin de vie). Elles peuvent aussi prendre la forme de mauvais groupes externes sur lesquels sont projetés les éléments débordant ou culpabilisant : elles deviennent les équipes qui *font mal*, valorisant ainsi les *bonnes pratiques* de l'équipe d'appartenance.

Les psychologues sont parfois évoqué.es par les participant.es. Il ressort aussi une certaine ambivalence entre attente d'un soutien psychologique et défense contre la dynamique introspective à laquelle ces professionnel.les invitent. Une certaine inquiétante

[55] Le travail en binôme paraît relever d'un investissement sur la base du même plus étroit encore, presque sur le registre du double. Mais il ne s'agit pas là d'unité groupale, mais plutôt d'une relation inter-individuelle.

étrangeté semble aussi se dégager de ces soignant.es hors corps, ainsi que certains fantasmes sur leurs supposées capacités d'analyse et de savoir sur le fonctionnement psychique, y compris le leur. Cela limite les possibilités de soutien mais ouvre aussi des potentialités spécifiques, comme le montre cette recherche-action.

Le soutien entre pairs soignants paraît donc se construire dans une intrication comme dans un jeu de poupées russes, où les membres de la communauté de pairs et de l'institution sont d'autant plus investis qu'ils sont semblables.

Ce mode d'investissement privilégié entre pairs donne lieu à des liens qui peuvent être très étroits en équipe, avec bien sûr des investissements privilégiés au regard des rencontres intersubjectives, dont beaucoup de participant.es parlent en termes d'équipes "soudées".

La récurrence de cette image métaphorique usuelle pour parler des liens qui les unissent est intéressante, et avec elle la définition qu'en donne le dictionnaire Larousse du verbe souder dans cet emploi : "Unir par un lien étroit, intime des personnes : Le malheur les avait soudés." Cette définition reflète cette grande proximité entre les soignant.es. L'exemple choisi parle aussi d'une certaine souffrance partagée qui en médiatise la construction.

Il existerait donc un mode relationnel particulier entre les soignant.es qui travaillent ensemble sur le mode de la *soudure* issu en partie de la difficulté partagée au travail, qui relèverait d'un travail vivant (Dejours et Gernet, 2012). C'est un lien fort qui semble offrir une contenance solide, au prix parfois d'une certaine rigidité. **Il semble permettre de tenir ensemble, faire corps et ne pas se désorganiser face aux situations les plus anxiogènes ou traumatiques**. C'est un mouvement de vie du côté d'Éros face aux mouvements de déliaison induits par Thanatos. Ce sont aussi des liens qui durent, comme en témoignent les récits de Lou sur ses ami.es de l'IFSI ou de Gwen sur ses ancien.nes "collègues" et "ami.es" qu'elle sollicite encore pour "discuter" au détour d'un "café" après le travail, reconstituant ces espaces informels qui se construisent lorsque cela est possible dans les "offices" et les salles de repos.

Dans ce contexte, l'altérité peut être source de tension. Cela se retrouve dans les rapports entre "les anciennes" et "les jeunes", ou encore les soignant.es qui souhaitent élaborer leurs pratiques d'accompagnement de la fin de vie par rapport à d'autres qui s'en défendent au risque de la maltraitance ou de l'abandon de soins. La différence peut susciter du jugement, voire des attaques, créant des tensions désorganisatrices dans l'équipe. C'est le cas lorsque des divergences de pratiques existent quant à l'accompagnement de la fin de vie et de la mort, qui mobilise des affects éprouvants et résonne avec des expériences personnelles douloureuses voire traumatiques.

Ces divergences peuvent aussi être considérées comme constitutives de la *conflictualité* au potentiel régénérant que décrivent Gaillard et Pinel (2009), qui protège les équipes de soin d'une trop grande fusion au risque d'un pacte narcissique. Or cette conflictualité, pour ne pas dégénérer en conflit, doit être suffisamment ritualisée. Le cadre

donné par la législation et les définitions et pratiques des soins palliatifs peuvent être structurantes et jouer ce rôle de ritualisation. La pensée institutionnelle sur la mort aussi.

La rythmicité et la massivité de ces situations apparaissent néanmoins comme déterminantes : lorsqu'elles sont trop fréquentes ou trop débordantes par les conditions du mourir ou certaines caractéristiques comme l'âge ou les conditions psychosociales de la personne mourante, cela peut aussi être désorganisateur.

Pour faire corps en équipe, il y a aussi à connaître ses collègues et à transmettre ses pratiques (ce qui comprend une part de transmission de la *culture* du service et plus largement de la culture soignante, surtout auprès des jeunes professionnel.les) comme le repèrent les chercheuses en soins infirmiers Duboys, Fresney et Perrin (2017a). Cela est rendu difficile par le *turn over* qui entraîne des renouvellements d'équipes fréquents, parfois trop pour que des liens solides aient le temps de se construire au fil de cette pratique commune, comme en témoigne Gwen. Créer ce lien nécessite aussi que du temps libre de toute tâche existe suffisamment pour que ces espaces d'échanges informels de soutien et de transmission symbolique émergent.

Cette relation de soudure au prix d'une difficulté éprouvée ensemble au travail, une conflictualité suffisamment ritualisée pour être structurante apparaissent nécessaires pour faire le travail de soins. Le groupe des soignant.es semble ainsi s'anti-déprimer ensemble. Il y a peut-être aussi une dimension anti-traumatique dans les récits qui émergent informellement dans cette relation toute particulière entre pairs. Mais cela demande un cadre institutionnel suffisamment étayant pour limiter les risques d'usure liés à la dureté du travail, surtout lorsqu'il s'agit d'accompagner la mort. Repérer ces modalités offre des possibilités pour favoriser leur soutien et celui de leurs pratiques par le traitement institutionnel de la mort ou l'appui sur ces modalités relationnelles particulières entre soignant.es.

II. Travailler avec la mort à l'hôpital : spécificités de la confrontation à la mort chez les soignant.es

La confrontation à la mort à l'hôpital concerne l'institution et la mobilise pour que les pratiques soient à la fois adaptées aux patient.es, permettent l'accompagnement de l'entourage, et soient tenables par les soignant.es. Cela implique que cette confrontation à la fin de vie et à la mort dans leur travail mobilise des processus psychiques spécifiques certes à un niveau groupal, mais aussi singulier. Quelques grands axes se dégagent des résultats concernant les mouvements particuliers qui animent les soignant.es dans ce travail, ainsi que quelques hypothèses conceptuelles qui peuvent contribuer à mieux comprendre leur singularité.

2.1. Un équilibre psychodynamique ambivalent

Des mouvements antagonistes semblent se mobiliser dans la confrontation des soignant.es à la mort, des mouvements de liaison du côté d'Éros et de déliaison de Thanatos. Ils semblent propres à la clinique de ce qu'Amar nomme la "périmortalité" (2009, p. 139).

Du côté de la liaison, il s'agit de mouvements pulsionnels objectaux et narcissiques. Il sont liés à la rencontre intersubjective et au contexte de la relation de soins et de la fonction soignante. **La place du savoir est centrale**, comme outil de travail certes, mais aussi comme objet de désir qui entraîne avec lui des mouvements pulsionnels scopiques, sadiques, et phalliques. Ils sont sublimés par le cadre des missions soignantes qui les limitent et par là les structures. **Le rapport fantasmatique au complexe de castration apparaît alors comme fondamental au soin**.

Soigner apparaît aussi comme une fonction et une activité gratifiante par les représentations sociétales partagées collectivement, sous une perspective singulière depuis la pandémie de COVID-19, et via une position héroïque qui relève d'un certain masochisme et peut tendre vers le sacrificiel. Cela est peut-être un héritage des institutions chrétiennes dont les soins de nursing et tout particulièrement le soin aux mourant.es sont aussi les héritiers en France.

Une satisfaction narcissique émane de l'accomplissement des fonctions de soins. Un narcissisme primaire dans la satisfaction pulsionnelle prégénitale, mais aussi secondaire qui relève d'une représentation déontologique et téléologique qui vise le *bien*, en lien avec des valeurs morales humanistes (Rameix, 2002). Ce dernier relève d'une certaine dimension surmoïque, alimentant un mouvement vers des représentations issues de l'Idéal du Moi.

Ce sont des mouvements nécessaires pour tenir face à la déliaison qu'entraîne la confrontation à la mort des autres, et fantasmatiquement à sa propre finitude. Dans un rapport d'identifications croisées au coeur de la relation de soins comme l'un des fondements de l'empathie (Beres et Arlow, 2004), dans le corps à corps spécifique aux soins médiatisé par la technique (qui protège d'ailleurs sans doute plus les IDE que les AS), ces accompagnements vers la mort se font dans une proximité particulièrement étroite, qui relève de l'intime. Les soignant.es, souvent témoins de la "scène ultime" du trépas (David, 1996 ; Amar, 2012), découvrant parfois dans une inquiétante étrangeté le cadavre en premier, sont **exposé.es à des angoisses archaïques**, tout particulièrement l'angoisse de mort, parfois des angoisses d'anéantissement ou de vidage lorsque les corps sont abîmés ou montrent des signes de putréfaction.

De manière plus secondarisée, cela résonne aussi avec la question de la perte, surtout lorsque l'histoire de vie, voire même l'histoire professionnelle qui en est une continuité, a déjà exposé à des pertes marquantes. C'est le cas de 5 participant.es dans

l'échantillon, et tout particulièrement des trois personnes dont la rencontre a fait l'objet d'une étude de cas. Ces expériences marquantes ont peut-être contribué à leur participation: avoir été confronté à de telles pertes mobilise l'intérêt peut-être par des voies de sublimation, mais aussi dans une quête d'élaboration.

À cet endroit **l'injonction, intégrée à l'aune du surmoi, de séparer les expériences personnelles et professionnelles avec une certaine étanchéité paraît contre-productive**. Cela apparaît comme extrêmement culpabilisant et expose nécessairement à l'échec dans la mesure où les identifications et projections qui sous-tendent ces associations relèvent de processus inconscients et donc incontrôlables. Cette injonction semble entraîner tout au plus l'installation de défenses parfois rigides qui ne permettent pas de lier les expériences entre elles par un travail d'élaboration : c'est la "carapace" évoquée dans le discours de soignantes et dans la littérature. Cela expose à l'angoisse voire à la répétition traumatique comme cela a été le cas pour Tann, sans doute aussi pour Pat. Or le discours de Gwen sur son deuil périnatal montre qu'une bonne intégration de ces expériences personnelles peut aussi soutenir les pratiques. C'est la cas lorsqu'elle s'occupe elle-même de parturientes endeuillées ou soutient ses collègues qui sont à cette place.

Par ailleurs, **la confrontation à la mort dans le travail soignant expose à l'impuissance et à l'échec** au regard des représentations collectives de leur fonction et du tabou de la mort encore très prégnant dans une société de plus en plus performative.

Des situations ressortent comme étant plus dures que d'autres. Cela semble tenir aux caractéristiques propres à la personne qui meurt, à la relation qui l'unit au où à la soignante, et au contexte qui entoure le décès. C'est ce qui ressort de l'analyse transversale des données.

Ainsi les décès de personnes jeunes, le caractère inattendu de la mort, le degré d'investissement de la relation favorisé par la durée de l'accompagnement et au regard des jeux d'identification-projection avec malade et entourage qui peuvent résonner avec les relations personnelles, des circonstances violentes ou dégradante pour le corps, la souffrance physique et psychique, une fréquence importante de décès peuvent considérablement majorer la souffrance au travail ressentie par les soignant.es qui accompagnent[56]. **Ce sont des situations où la souffrance *normale* qui mobilise dans le travail vivant (Dejours et Gernet, 2012), une accumulation de micro traumatismes (Louarn, 2017) peuvent devenir débordante jusqu'à en être franchement traumatique, rendant difficile voire impossible le travail et sa poursuite à l'avenir, ou bien au prix d'une certaine usure**. Il est possible de supposer que cette souffrance peut être d'autant plus débordante que ces facteurs se combinent entre eux. C'est un sujet qui mériterait une exploration plus approfondie.

[56] Sont aussi évoqués plus ponctuellement mais avec une dimension affective voire traumatique prégnante les cas de souhait ou demande de mort de mort, pensées ou gestes suicidaires.

Ces résultats qualitatifs transversaux sur le vécu de la confrontation à la mort par les soignant.es hospitalier.es rejoignent les données plus quantitatives de Sâles en USP (2021). La psychologue repérait en effet via une méthodologie par questionnaire que l'âge des mourant.es, le contexte de mort, les séries de décès surtout s'ils sont considérés comme difficiles étaient les plus éprouvants. La question de l'état du corps fait aussi penser aux travaux de Fornezzo (2021) en sociologie sur les morts *violentes* ou *sales* pour les pompier.es et professionnel.les des pompes funèbres.

Si des données similaires se retrouvent auprès de soignant.es tout-venant à l'hôpital et en USP où la confrontation à la mort est plus attendue et mieux pensée, il y a sans doute une certaine transversalité de ce résultat au niveau de ces professions soignantes indépendamment du service d'exercice. De même, l'effet délétère de l'état du cadavre impactant tant les professionnel.les des secours que du traitement des corps morts, cette dimension particulière paraît dépasser le corps des métiers du soin. Sachant que l'état du corps au moment et après la mort impacte aussi le deuil des proches, retrouver cette dimension dans l'analyse transversale relève sûrement d'une forme d'universalité qui s'actualise dans le contexte professionnel du soin.

Une autre dimension du travail de Sâles se retrouve dans l'analyse transversale : le facteur institutionnel comme pouvant être "facilitant quand il s'agit de réorganisation concertée, recrutement, formation, et présence de l'encadrement (médecins, cadre, psychologue) ou facteur aggravant : priorités institutionnelles influant sur l'activité, sous-effectif/intérimaires/heures supplémentaires (mutations, retraites, arrêts), ou conflits d'équipes, etc" (p. 41). Cela rejoint les considérations évoquées précédemment sur la valence étayante ou carençante que peut avoir l'institution en fonction de ses moyens et positionnements, et de leur influence sur les conditions de travail.

Une attention particulière peut être portée par l'institution et par ses représentant.es de proximité que sont les cadres de service sur ces différents facteurs qui fragilisent les soignant.es. Tenir compte des circonstances qui entourent les décès, favoriser les espaces de régulation naturels des soignant.es que sont les espaces de parole informels entre pairs, penser des espaces de travail singuliers propices à l'élaboration à distance de ces situations difficiles pourrait permettre une meilleure prévention contre l'épuisement professionnel dont la confrontation à la mort est un facteur.

2.2. Soigner au moment de la mort entre castration et toute-puissance : l'agonie comme scène ultime, la réanimation comme scène primitive ?

À l'hôpital, les soignant.es sont tout particulièrement exposé.es au corps mourant dans ces derniers instants, juste avant et juste après la mort, voire même au moment du trépas. Cela est lié à leur fonction de soins au plus près des patient.es, plusieurs fois par jour et dans des temps qui peuvent être longs.

Dans cette recherche, **les scènes du mourir ou de découverte de cadavres sont ainsi décrites par les participant.es dans un mélange d'angoisse et de fascination, parfois teinté d'inquiétante étrangeté**. Certain.es s'interrogent (ou s'angoissent dans le cas de Manu) sur l'"après" la mort, y raccrochent leurs croyances personnelles ou soulignent au contraire leur athéisme avec ambivalence : la certitude du *rien* paraît articulée à des représentations collectives ou areligieuses sur la questions de l'"âme", d'une présence qui demeure et qui convoque la continuité de valeurs humanistes dans un traitement du cadavre suffisamment digne. Fred évoque aussi une problématique scientifique à l'interface du spirituel : sa longue expérience en réanimation l'a confrontée à des témoignages de patient.es relatant des Expériences de Mort Imminente (EMI). Le débat qui entoure cette conceptualisation semble reprendre la question de l'existence de l'âme dans une actualisation moderne et technoscientifique qui relève de la culture (Corman et coll., 2017 ; Ferrara Carunchio et De Oliveira Maraldi, 2020).

L'évolution des conditions du mourir vers une mort accompagnée par la médecine, qu'il s'agisse d'une mort qui s'impose malgré une lutte pour la repousser ou d'une mort accompagnée par des soins palliatifs, voire jusqu'à une mort maîtrisée par euthanasie qui fait l'objet d'un débat sociétal, a modifié les représentations collectives du mourir. C'est ce qu'Amar conceptualise comme "nouveau roman de la mort" (2014, p. 27), s'appuyant sur les travaux de Del Volgo sur le "roman de la maladie" (2012, p. 38) eux-mêmes ancrés dans le concept freudien de "roman familial" (p. 82).

Les soignant.es peuvent être témoins voire acteurs et actrices du moment de la mort, pris.es dans la relation de soins par les effets intersubjectifs de ce que Christian David conceptualise comme "scène ultime" (1996, p. 28) dans laquelle le processus de "deuil de soi" s'anastomose dans une ultime actualisation avec "le traumatisme de la naissance, le sevrage, le dressage sphinctérien, les souffrances précoces liées au déchaînement des pulsions cannibaliques ou sadiques anales, la peur de la castration dans le cadre de la scène primitive". Amar prolonge l'idée de David : **le fantasme de "scène ultime" va se former par des représentations anticipatrices du mourir. Il est symboligène de la castration à l'instar de la scène primitive** (2012, p. 222).

Dans ce jeu d'identification-projection inhérent à la relation de soins et l'universalité de la question de la mort, ce qu'elle mobilise du côté du mourir et de la perte, cette place des soignant.es est loin d'être anodine. **L'identification semble susciter une intrication singulière**

entre angoisse et pulsion. Angoisse de mort ou de perte, pulsion liée à la curiosité, au *voir* et au *savoir* sur un secret fondamental de la vie.

Être témoin de la mort de l'autre donne en effet un certain accès dans le réel à la scène ultime. **Cela relève d'un voyeurisme du côté de la pulsion scopique et revêt une dimension transgressive du côté de l'accès à la toute-puissance, à un savoir interdit sur la mort et donc sur la vie, les deux acceptions étant prises dans une dualité.** Dans ce contexte, l'angoisse de castration menace, et se retrouve peut-être à un niveau conscient dans les sentiments de culpabilité largement exprimés, la peur de la faute ou de l'accusation par la famille.

Dans le prolongement de ces considérations, **la place des actes de réanimation au moment de la mort (potentielle ou effective) interroge, et tout particulièrement le massage cardiaque** qui est l'une des manoeuvres largement pratiquée par les professionnel.les du champ paramédical[57], et celle qui est le plus souvent évoquée par les participant.es qui parlent de réanimer.

Une certaine excitation paraît se dégager de la décharge motrice en pur agir. La finalité professionnelle de cet acte semble opérer comme un voile qui sépare mais laisse néanmoins deviner l'existence sous-jacente du passage à l'acte. Il s'agit de actes accessibles à des initié.es seulement, dont les soignant.es font partie par leur formation. Le massage cardiaque implique une proximité corporelle et des gestes répétitifs qui, en dehors de ce contexte particulier, de l'impératif commandé par la tentative de sauver la vie, seraient interdits. **Ils confèrent un accès à la toute-puissance de donner (en l'occurrence de rendre, maintenir ou rattraper) la vie. En cela la scène de réanimation, notamment par l'acte de massage cardiaque (mais cela peut-être étendu aux différents actes d'intubation et d'injections qui la compose) se rapproche du fantasme de la scène primitive.**

Cette question ressort avec une acuité singulière en ce qui concerne Tann et Pat, au regard de la mort réelle de leur propre père. Pour la première, le massage cardiaque semble prendre la forme autant que la fonction symbolique de scène primitive. Par son savoir d'infirmière en devenir, elle opère ces gestes mystérieux dans une posture de toute-puissance visant à sauver le père, opérant une inversion symbolique avec sa mère impuissante qui regarde. Le caractère œdipien est au premier plan et contribue au trauma. Le savoir semble revêtir ici une dimension phallique, "l'adrénaline" agit comme excitation sexuelle, l'échec du massage intervient comme castration symbolique. La mort effective malgré le massage cardiaque revêt une double dimension sur le plan fantasmatique : c'est à la fois une scène primitive et une scène ultime. Cette condensation, par l'en-trop d'angoisse et d'excitation pulsionnelle, potentialise sans doute la dimension traumatique.

[57] Nombre de manœuvres relèvent en effet exclusivement des fonctions médicales.

Cette expérience, intriquée dans le rapport au savoir et aux actes développés pendant sa formation, constitutifs de sa professionnalité, laisse des traces dans son rapport encore actuel aux actes de réanimation. Cela s'exprime dans l'interstice d'un entretien avec son collègue avant même la rencontre quand elle lui dit : "Tu as massé, la chance !". Pratiquer le massage cardiaque semble revêtir ici un caractère initiatique.

Concernant Pat, une condensation identique paraît opérer mais dans une position plus passive : il s'agit d'arrêter les soins qui maintiennent son père en vie, et par là annuler les actes de réanimation qui ont été opérés sur lui par d'autres (les secouristes). La valence œdipienne se situe plutôt du côté de la rivalité fantasmatique : il fait alliance avec la mère pour décider la mort du père. Dans l'après-coup, la scène ultime de la mort du père semble opérer comme anti-scène primitive. Les effets sont aussi traumatiques et marqueront son histoire professionnelle, la soutiendront même via l'identification aux soignant.es urgentistes, mais au prix d'une désorganisation somato-psychique transitoire préalable.

Cette excitation de la réanimation semble se solder par une satisfaction lorsque ça marche, que la personne survit. Mais **quand ils conduisent à l'échec, quand la survie amène à un décès inéluctable peu de temps après ou à un état chronique voire évoluant péjorativement consécutivement à la réanimation, la dimension violente de ces gestes apparaît au premier plan**. Dans l'après-coup, l'évolution péjorative semble les transformer en "acharnement".

Cette représentation négative des actes de réanimation paraît aussi être mobilisée dans les situations repérées d'emblée comme "acharnement", lorsqu'il s'agit de personnes très âgées ou gravement malades, bien que ces représentations paraissent fluctuantes comme le montrent les processus de mise en récit chez Charlie (Béchu et Riazuelo, 2023).

Une ambivalence se dégage encore du rapport aux actes de réanimation dans leur travail, qui semble se rattacher à ce qu'Enriquez qualifie de "formations idéales archaïques" qui mobilisent "des représentations qui s'énoncent en termes de tout ou rien, référant à une oscillation entre l'omnipotence et l'impuissance" (1987, p. 54). **Les soignant.es paraissent pris.es dans cette oscillation entre toute-puissance et impuissance avec une intensité particulière au moment où la mort surgit comme événement.**

Dans les situations de fin de vie identifiées comme telles, une réflexion pluridisciplinaire (qu'elle soit accompagnée ou non par la présence tiércéisante d'une EMSP) permet de statuer sur la proportion des soins et tout particulièrement de réanimation, parfois de les interdire. La loi appuie les professionnel.les en ce sens : il faut s'abstenir de toute obstination déraisonnable (Claeys et Leonetti, 2016). **L'interdit de réanimer posé par les prises en soins palliatives apparaît alors comme castration symbolique de la toute-puissance soignante, il est structurant**. S'y référer permet de se garder d'un passage à l'acte qui serait trop culpabilisant.

Les soignant.es rencontré.es mettent par ailleurs en avant une fonction d'alerte singulière dans leur équipe en ce qui concerne le risque de dérive vers une obstination déraisonnable, notamment vis-à-vis des médecins. Ils et elles paraissent alors se positionner comme contre-pouvoir de la toute-puissance médicale, une forme de rivalité opère peut-être entre ces groupes au sein d'une même équipe.

Cette position consciente est à nuancer, car il ressort des situations cliniques évoquées par les participant.es qu'une ambivalence existe, que les soignant.es sont aussi tiraillé.es entre désir et effroi en ce qui concerne les actes de réanimation. Mais il paraît se dégager de ce discours quelque chose de propre aux fonctions paramédicales, qui relèverait des spécificités de leur rapport aux personnes mourantes dont ils et elles s'occupent au regard de leurs fonctions singulières.

2.3. Accompagner dans la relation patient.e-famille-soignant.e : entre tiercéisation et *parentage insolite* ?

La relation de soin paramédical est un lien singulier comme cela a été évoqué dans l'Axe III du Contexte théorique. Elle est déterminée par un objectif particulier et une approche qui implique rapport au corps et sensorialité, dans une temporalité plus grande que d'autres professionnel.les. Cela expose à une certaine intimité de la personne malade, du corps et du sujet de façon holistique dans les échanges qui se construisent au fil des soins, à des moments de particulière vulnérabilité. En fin de vie, cette relation expose aux processus du mourir qui animent le ou la mourante, quitte à devenir peut-être l'objet-clé de son travail de trépas.

Cet aspect peut être appréhendé sous le prisme de la corpspropriation du travail dont parlent Dejours et Gernet (2012). Quelque chose de l'aptitude à soigner les mourant.es passerait par le corps et se construirait au fil de l'expérience. Mais cela impliquerait aussi de prendre en soi quelque chose des processus mortifères et désirants à l'œuvre chez la personne mourante, qui sont particulièrement intenses et relèvent éminemment de l'archaïque.

Les participant.es à cette recherche ont largement mis en avant la dimension subjective à laquelle ils et elles ont accès chez les patient.es. Les connaître ainsi que leur histoire, leur famille, contribue à l'investissement affectif des patient.es par les soignant.es. Cela participe aussi à certaines identifications et projections parfois bien repérées, mais pouvant aussi se situer à un niveau préconscient voire inconscient.

L'accompagnement des familles, considéré comme prolongement de celui de la personne mourante de par les recommandations de bonnes pratiques y compris en soins palliatifs, prend une place importante dans le travail d'accompagnement en fin de vie. Là aussi les identifications peuvent être massives, peut-être aussi dans un mouvement défensif par

lequel il est plus économique psychiquement de s'identifier aux proches qu'à la personne qui meurt.

Se met en place une relation triangulaire décrite notamment par Ruszniewski dans ses travaux fondateurs en psychopathologie de la maladie grave (1999). La relation de soin apparaît dans une imbrication comme des poupées russes où la personne malade est entourée par ses proches, eux-mêmes entourés par les soignant.es. La priorité est toujours donnée au ou à la patiente comme sujet premier des soins. Le plus souvent, comme dans le discours de Gwen par exemple, la famille est considérée comme prioritaire auprès de la personne mourante, les soignant.es se situent secondairement dans un accompagnement en quelque sorte englobant de l'assemblage patient.e-famille. Ce sont des relations dissymétriques et complémentaires où la recherche d'alliance est au premier plan.

À partir de cette place englobante focalisée prioritairement sur la personne malade, de cette relation au plus près qui laisse une large part aux mouvements identificatoires, les soignant.es paraissent se positionner comme gardien.nes de la subjectivité des bénéficiaires de leur travail lorsque celle-ci paraît menacée par la dynamique de la prise en soins. Des jeux d'alliances semblent se mettre en place pour agir comme un contre-pouvoir à une forme de toute-puissance désubjectivante qui opère de façon réelle, fantasmatique, ou encore virtuelle.

Ces jeux d'alliance peuvent se faire avec la famille contre d'autres professionnel.les, comme par exemple quand Tann "faufile" les petits-enfants d'un patient dans le service. Ils peuvent se faire avec le ou la patient.e (voire en lien avec la famille) contre le corps médical, d'autres professionnel.les voire même des pairs paramédicaux dans l'équipe ou dans d'autres services, entraînant certaines tensions parfois régulées par des espaces formels comme les réunions pluridisciplinaires.

Mais ils peuvent aussi opérer contre la famille, en lien avec le ou la patient.e qui se serait confier dans la relation de soin, ou encore au titre de la fonction soignante qui appelle à sa *protection*. Pat l'exprime avec une acuité singulière. Cet élan semble opérer lorsque les soignant.es repèrent que la subjectivité de *leur* patient.e est menacée d'écrasement par le désir des autres. Ce positionnement en tiers sépare et rappelle à la Loi symbolique qui commande, via la législation et la déontologie, le respect de l'autonomie psychique et de la subjectivité des patient.es. Il peut être structurant et garant d'une certaine éthique clinique dans les équipes, ou vis-à-vis de dynamiques familiales qui peuvent s'actualiser de manière délétère pour la personne mourante.

Paradoxalement, ce rapport de protection induit aussi une certaine forme d'objectisation du ou de la patiente. Ce mouvement semble passer en partie par cette utilisation des adjectifs possessifs et du verbe *avoir* issue de l'asymétrie relationnelle soignant.e-soigné.e. Elle induit une appropriation des patient.es, de leur point de vue au risque d'une certaine part projective, qui menace aussi leur subjectivité. Le désir des soignant.es peut écraser celui des patient.es, surtout les plus vulnérables. Cela peut être

majoré par un mouvement d'agir qui tend vers le passage à l'acte défensif ou sadique, en deçà de la pensée, avec une acuité singulière sans doute dans les situations d'urgence comme la réanimation. **L'asymétrie relationnelle expose au passage à l'acte et à la maltraitance**.

Des alliances sont possibles aussi avec le corps médical et la famille en ce sens. Celles et ceux qui ne sont plus en mesure d'exprimer sur un plan conscient leur volonté, traduisant quelque chose de leur désir inconscient, sont les plus exposé.es. Nombre de participant.es semblent le percevoir de manière préconsciente et expriment leur désarroi ou leur vigilance à cet endroit.

Dans ces moments-là, certaines familles paraissent au contraire se positionner comme tiers qui questionnent ou s'opposent à la prise en soins. Cela peut être perçu comme intrusif par les équipes, mais semble aussi avoir une fonction tiercéisante qui recentre la dynamique de soin sur la personne mourante comme sujet, induit un mouvement de re-subjectivation qui contre-balance.

Cette fonction tiers que peuvent porter les membres de la famille ou de l'équipe apparaît essentielle pour protéger le sujet mourant de la toute-puissance qui le menace du fait de sa vulnérabilité singulière en fin de vie. Elle paraît opérer dans des mouvements ambivalents entre alliance et rivalité dans le lien entre équipes et familles empreints d'identifications croisées. **Une forme de triangulation paraît se mettre en place qui viserait à éviter une trop grande fusion patient.e-famille ou patient.e-soignant.e dans ce mouvement régressif initié par le mourir.**

De M'Uzan rapproche le mode relationnel dans le travail du trépas de la dyade mère-enfant, il parle de "dernière dyade" faisant que "la fin de vie ressemble profondément à son commencement" (1977, p. 195). Les mouvements primaires en jeu dans le mourir paraissent en effet inviter à un certain fonctionnement dyadique, notamment dans la relation de soin. Il ne s'agit pas bien sûr pour le ou la soignante de devenir maternant.e, de jouer le rôle ou la fonction de la mère réelle ou fantasmatique, ni même d'investir ou considérer la personne mourante comme un nourrisson. Cette dynamique de la relation est plutôt à envisager comme un positionnement professionnel singulier de "maternage professionnel" (David et Apell, 2008, p. 185).

Ce mode de relation dans le soin est repéré par Myriam David à partir de son travail en psychiatrie où elle constate des "soins donnés dans une relation très proche, mettant le malade dans une situation de dépendance et favorisant un mouvement régressif utilisé à fin thérapeutique". De ses travaux sur la méthode Lóczy portée par Emmi Pikler auprès de nourrissons abandonnés en Roumanie en pleine guerre froide, elle constate un mode de relation différent : les "nurses" (p. 169) adoptent un positionnement maternelle où les affects sont relégués au second plan, au profit d'un étayage du sujet qui vise son individuation et son autonomisation.

Il n'y a pas à trop fusionner car les besoins affectifs des bébés abandonnés ne pourront et ne doivent pas tendre à être comblés, sans quoi il serait impossible de s'occuper des autres et cela pourrait générer "anxiété", "culpabilité" voire "sentiments agressifs" des nurses (p. 188). La séparation à venir serait également plus difficile et délétère, aussi pour les professionnel.les. Cela peut être à l'origine de mouvements défensifs à l'égard des bénéficiaires au niveau des professionnel.les mais aussi de l'institution.

Un parallèle peut être dessiné avec la relation de soins aux personnes en fin de vie. Il y a une dimension de maternage dans les soins, du fait de l'asymétrie relationnelle et des mouvements régressifs à l'œuvre chez la personne malade. Il est possible de supposer que ceux-ci sont extrêmes en fin de vie, invitant à ce fonctionnement dyadique repéré par De M'Uzan. Il n'y a donc pas à les favoriser comme David le voit en psychiatrie, mais à les accompagner en préservant quelque chose de la dimension subjective de la personne mourante dont la vulnérabilité particulière expose à la désubjectivation, dans une société doublement séparée de ses mourant.es (Higgins, 2003).

Le référentiel des soins palliatifs semble permettre un "pattern" de relation de soin particulier (David et Appell, 2008, p. 191). David considère la notion de pattern comme "ensemble à plusieurs dimensions qui peut se définir à partir de la quantité d'interactions, de leur répartition dans le temps, leurs formes, modes, tonalité et points d'application, ces divers aspects étant interdépendants les uns des autres, solidement soudés par un fil directeur qui les détermine, les dirige et les anime". Le pattern assure aussi une "fonction de « holding » (maintien) décrite par le Dr Winnicott" (p. 192). La pratique de soins palliatifs, à laquelle beaucoup de participant.es se réfèrent plus ou moins consciemment, semble amener ce type ce pattern "dicté de l'extérieur" et qui "va souvent à contre-courant des gestes spontanés", proposer un "fil directeur" de l'accompagnement en fin de vie (p. 191).

Une certaine qualité de présence est possible dans cette attention particulière à la personne que l'on sait condamnée, qui permet de se rapprocher sans être les proches, comme le font les *nurses* de Lóczy. Les situations de personnes esseulées sont particulières : les soignant.es semblent happé.es avec une moindre distance dans ces relations où l'identification est prégnante, comme le décrit très finement Gwen par exemple. La fonction tiers peut alors faire défaut.

Ce pattern de relation en fin de vie donne une dimension "insolite" aux soins, que ce soit dans ses dimensions paternelle ou maternelle. Cela n'implique pas d'évacuer la question des affects : les témoignages des participant.es montrent que ceux-ci sont activés de façon automatique et inconsciente, voire contribuent au soin[58]. David parlent d'"aimer [...] tout en restant à la bonne distance" (p. 189) car "tout cet appareillage est mis en forme et en action par la tendresse profonde" (p. 191). Accueillir les affects mobilisés par ces rencontres voire

[58] Cet aspect sera développé plus loin.

même les résonances personnelles qui y émergent et les mettre au travail serait au service du soin.

Le soin revêt une dimension maternelle et paternelle qui devient "insolite" quand la mort est inéluctable. Cette forme particulière de l'accompagnement peut être envisagée au service de la séparation dans la relation soignant.e-soigné.e. C'est une proximité singulière qui répondrait aux besoins primaires mobilisés par le mourir et permettrait d'aller vers l'ultime séparation de la mort, dans un mouvement qui n'entretiendrait pas la dépendance affective mais au contraire permettrait de se séparer le moment venu. Cela pourrait concourir à la poursuite de l'activité des soignant.es, favorisant leur disponibilité pour les autres patient.es, surtout à l'hôpital où les besoins sont variés selon les situations qui ne relèvent pas toute de la fin de vie. Il y va aussi d'une certaine compatibilité "avec la vie en institution" (p. 192).

Cette dimension insolite de l'accompagnement en fin de vie paraît se prolonger après le décès, avec le cadavre. Si la terminaison de la séparation dans la relation soignant.e-soigné.e est le décès pour le ou la patiente, elle se situe à la sortie du service où à l'entrée en chambre mortuaire pour les soignant.es. Le corps paraît alors devenir un cadavre comme les autres, devenir encore plus inquiétant et presque intouchable.

C'est sans doute à l'aune de cette dimension insolite du soin aux mourant.es jusqu'au départ du corps que celui-ci requiert un traitement suffisamment digne. Cela passe par des gestes suffisamment adaptés et un temps suffisamment long dans le service, est structuré par des protocoles et aussi par le fonctionnement groupal dans la plupart des cas. Mais lorsque ce mouvement est mis à mal cela peut entraîner des effets traumatiques et peut-être compliquer ces deuils particuliers en situation professionnelle en ce que la perte ne peut tout à fait être intégrée.

Ces différentes modalités de relation, entre maternage insolite et tiercéisation, ramènent à la double fonction maternelle et paternelle repérée au niveau de l'institution. Ce mode de fonctionnement semble se répercuter sur la relation de soins, avec une acuité singulière dans les situations intenses comme la fin de vie. Il est alors possible de concevoir **l'accompagnement de la personne en fin de vie dans un parentage insolite qui comprend ces dimensions paternelle et maternelle dans un pattern singulier**.

Cette dimension de la relation de soins peut être repérée et soutenue au niveau institutionnel et tout particulièrement de l'encadrement. **Il serait en effet pertinent de pouvoir accueillir et étayer autant le pattern de "maternage insolite" qui accompagne la séparation du mourir que les mouvements de tiercéisation qui garantissent un certain équilibre dans la prise en soins.** Cela sous-tendrait un travail de conscientisation de ces mouvements qui renvoie à la question des espaces de paroles institutionnel où une élaboration est possible.

III. Soigner : des processus psychiques au service du soin

3.1. Un Idéal du Moi soignant comme avatar de l'Idéal du Moi professionnel

Le soin aux personnes en fin de vie revêt une dimension particulière au regard de la mort inéluctable. Il mobilise une attention particulière par la position maternelle et paternelle dans le soin relevant d'un parentage insolite. Cela semble s'inscrire dans une dynamique propre au travail, qui vise à *bien* faire son travail et s'en sentir satisfait.e sur un plan tant narcissique que pulsionnel, construire des représentations positives de sa professionnalité et d'un point de vue identitaire de soi comme travailleur ou travailleuse. Amar situe cette dynamique du côté d'un "Idéal du Moi professionnel" (2008, p. 69) comme prolongement de l'Idéal du Moi dans le contexte du travail.

L'analyse du discours des participant.es montre des spécificités de cet Idéal du Moi professionnel liées à leur corps de métier, et plus largement à la fonction sociétale du soin dans un contexte de santé publique hérité de l'État Providence. Beaucoup en parlent, et Handy le décrit assez finement.

Il s'agit de vouloir *bien* faire son travail, être un.e *bon.ne soignant.e*. Ce mouvement semble relever d'une dimension d'une part déontologique, mue par le *devoir* de soin des personnes hospitalisées (Rameix, ,2002). Le cadre légal et institutionnel portent et structurent ce devoir. Concernant la fin de vie, il édicte de prendre soin de la personne mourante jusqu'au décès en favorisant son confort dans une approche holistique. Ce sont des pratiques et des principes issus des soins palliatifs.

D'autre part, ce mouvement paraît aussi relever d'une dimension téléologique, visant le *bien* au regard de valeurs morales humanistes. Cette dimension est peut-être liée à l'histoire des professions paramédicales, héritières à la fois de la médecine et de la religion.

Ces deux aspects déontologique et téléologique de la quête vers un Idéal du Moi professionnel revêtent des aspects éminemment surmoïques qui soutiennent et limitent l'action soignante. Mais ils visent aussi une certaine satisfaction libidinale, notamment narcissique. Ces deux fondements, libidinal et surmoïque, tiennent les soignant.es et permettent le travail par la vocation, le besoin d'engagement, l'expression de leurs valeurs morales (ou à minima leur adhésion à des valeurs humanistes, notamment du care), un sentiment d'utilité sociale.

Cet Idéal du Moi professionnel des soignant.es, étayé sur la déontologie et la téléologie propres aux métiers du soin, entraînant des mouvements mus à la fois par le Surmoi et dans une quête de satisfaction libidinale, sous-tend peut-être la tendance à adopter une position héroïque, masochique ou sacrificielle dans le travail.

Il y a un certain plaisir issu de cette fonction sociétale du soin, comprenant une dimension masochique par le caractère exceptionnel et difficile du leur travail (Handy décrit par exemple cela dans son rapport au cadavre), surtout dans un contexte politique où les soignant.es expriment se sentir de plus en plus démuni.es, les exposant à l'angoisse jusqu'à l'usure ou au trauma. C'est un travail que tout le monde ne peut pas faire. L'utilité sociale paraît transformer cette dimension masochique en dimension héroïque voire sacrificielle. Cela était particulièrement mis en exergue pendant la pandémie de COVID-19, et peut-être même utilisé comme levier médiatique et politique pour mobiliser cette tendance chez les soignant.es dans un moment où leur fonction était cruciale dans la société. Cette dimension qui sous-tend leur travail est narcissisante, et parle aussi de la polarisation entre toute-puissance et castration dans l'exercice du soin.

Cette fonction de l'Idéal du Moi contribue peut-être à rendre difficile l'accès à une aide psychologique chez les soignant.es. Demander ou même accepter un soutien psychologique reviendrait peut-être à reconnaître une certaine vulnérabilité qui va à l'encontre des représentations issues de leur Idéal du Moi. L'équilibre qui en émane pourrait alors être menacé, alors que dans le soutien entre pairs un statut-quo est possible.

Il existerait donc un Idéal du Moi soignant comme avatar de l'Idéal du Moi professionnel, spécifique à ces corps de métiers et issu de la professionalité du soin. C'est une instance qui concourt à l'identité professionnelle des soignant.es mais qui contribue aussi à la dynamique du soin. Opérant comme un véritable moteur dans le travail par sa dimension libidinale, il serait en même temps gardien d'un envahissement par une position toute-puissante qui irait à l'encontre du soin.

Parler d'Idéal du Moi soignant permet de recouvrir ces deux dimensions : composante de l'identité soignante et constitutive du soin. En fin de vie, les soins palliatifs en ce qu'ils édictent un cadre de référence moral et pratique paraissent pris dans les mouvements issus de cette instance, étayant ainsi les accompagnements en fin de vie.

3.2. La subjectivité soignante, ou subjectivité qui soigne

Des mouvements psychiques à l'œuvre chez les soignant.es dans leur travail contribuent à la dynamique du soin. Ils sont issus de l'expérience de terrain et de la rencontre dans la relation de soin avec les patient.es, mais aussi leur famille et les collègues dans le cadre de leurs liens institutionnels. Ils sont à contextualiser dans le "travail vivant" dont parlent Dejours et Gernet (2012), et en cela sont transformateurs du sujet. **Il existerait une subjectivité soignante comme à la fois subjectivité des soignant.es et subjectivité qui contribue au soin**. Elle comprendrait des dimensions identitaires et pulsionnelles prises dans

le fonctionnement topique et psychodynamique du sujet soignant. Cette idée résonne avec la proposition d'un "Moi soignant" par Argenty (2009, p. 103).

Dejours et Gernet soulignent le caractère artificiel d'une séparation entre vie personnelle et vie professionnelle : il y a une continuité et une intrication des mouvements psychiques qui se déploient dans chacune de ces dimensions de l'existence. Aussi les savoirs et les expériences issues de ces dimensions paraissent activés dans chacun de ces pans. Les participant.es à cette recherche expriment à un niveau conscient les liens qui se font, les traces des expériences personnelles mobilisées au travail et celles du travail qui se répercutent en dehors de l'hôpital et avec leurs proches. Cela se repère aussi à un niveau plus inconscient, comme par exemple dans les processus à l'œuvre dans l'investissement de son travail et de sa fonction par Pat.

La recherche-action a permis à certain.es de mettre ces liens au travail par une élaboration dans les entretiens. Les deux temps qui les constituent ont pu favoriser cette mise au travail dans un effet d'après-coup. Mais certains liens sont restés en suspens, voire font l'objet de modalités défensives particulièrement coûteuses. Cela semble lié aux injonctions surmoïques issues de l'Idéal du Moi soignant qui sans doute est à l'origine de l'injonction plus formelle transmise en formation initiale et répercutée entre pairs. Elle commande d'établir une séparation étanche entre travail et vie privée sous le prisme d'une maîtrise conscientisée, qui finalement invite surtout au clivage. C'est peine perdue : les mouvements inconscients qui opèrent restent inaccessibles, et cette démarche permet tout au mieux de mobiliser des défenses qui les rendent plus inaccessibles encore.

Être confronté.e à la mort dans son travail expose à la question de la finitude et de la perte. L'angoisse de mort de Manu se manifeste par exemple directement en entretien dans un moment de désorganisation anxieuse. Une grande majorité de participant.es a évoqué un deuil personnel, dans certains cas particulièrement marquant. Dans les entretiens, les allers-retours entre souvenirs personnels et situations cliniques sont fréquents et plutôt fluides. Sans nul doute ces soignant.es associent plus ou moins consciemment avec ces problématiques personnelles lorsqu'ils et elles accompagnent des personnes en fin de vie à l'hôpital. Or ce qui est mobilisé de personnel dans le travail peut être mis au service du soin, comme le montre par exemple le rapport de Gwen au deuil périnatal.

Le fait que ces problématiques particulières se retrouvent chez des soignant.es qui se sont mobilisé.es pour participer à cette recherche interroge. Cela a sans doute contribué à leur motivation inconsciente à participer, mu.es par une sensibilité particulière ou peut-être même une recherche inconsciente de mettre au travail ces problématiques, voire des dimensions traumatiques restées en suspens. Cette dynamique concourt peut-être à la vocation soignante au sens large, ou encore au choix de certains services d'exercices où la clinique est particulièrement éprouvante. Il serait intéressant d'approfondir cette question.

Accompagner les mourant.es suppose aussi la perte d'objets affectivement investis via la relation de soin. Ce sont de véritables deuils vécus en situation professionnelle, qui

peuvent en outre revêtir un caractère compliqué voire traumatique selon les circonstances qui entourent le décès et les caractéristiques propres à la personne qui meurt. Lorsque le ou la patiente est par ailleurs investi.e sur la base de mouvements identificatoires qui font écho à des lien affectifs ou des deuils plus intimes, les affects mobilisés sont particulièrement sensibles et peuvent contribuer à une trajectoire plus pathologique, menant à court ou long terme à une forme de décompensation. Vic donne l'exemple d'une collègue décompensant un "burn out" suite à un décès dans le service, dans un contexte où l'exposition à la mort était déjà sensible. Tout cela peut concourir à une usure professionnelle, surtout quand les conditions de travail peuvent se montrer carencées et pas assez contenantes. **La subjectivité soignante est mise à rude épreuve par l'activité, tout particulièrement dans des contextes aussi intenses et sensibles que l'accompagnement en fin de vie.**

Alors comment continuer à soigner ? Comment cette forme singulière de subjectivité peut-elle garder et nourrir ses propriétés soignantes ?

La sublimation, les capacités d'élaboration et la dimension pulsionnelle du travail donnent matière à la pratique. Les expériences quelles qu'elles soient peuvent être formatrices. La subjectivité qui se déploie et s'intrique à la professionnalité est au service du développement de compétences. Elle est nourrie par une appropriation du terrain via le travail vivant, où la corpspropriation par les soins techniques tient une place importante. **Il y aurait plutôt à soutenir une élaboration des liens entre les expériences personnelles et professionnelles qui inviterait à les repérer pour mieux les démêler et les mobiliser au service du soin plutôt que de la défense**.

Il y aurait à travailler à l'intrication des dimensions personnelles activées par le travail afin de les conscientiser au possible, les employer pour nourrir la dynamique relationnelle du soin, mais aussi mieux repérer et se protéger des contextes trop semblables et donc débordants. Tann l'a pressenti dans sa brève expérience en cardiologie. Cela permettrait de concourir à des mouvements identificatoires *tempérés*, mieux gardés d'identifications ou de projections trop fortes qui entravent la relation de soin.

Le discours des participant.es montre que **la relation de soins est ce qui donne sens à cette confrontation à la fin de vie et à la mort pourtant difficilement tenable. Il y aurait peut-être à soutenir ce lien plutôt que le marquer par un sceau de l'interdit trop rigide.** Cet interdit est essentiel car structurant : il limite et protège les soignant.es. Mais une injonction trop forte, surtout sur le plan des affects, paraît contre-productive à une élaboration du lien qui rendrait le deuil plus digeste, et concourrait ainsi à une meilleure prévention de l'usure professionnelle. Cela paraît aussi limiter l'ingéniosité nécessaire dans le déploiement des efforts de travail que décrivent Dejours et Gernet, nécessaires pour que celui-ci soit enrichissant et vivant. Car suffisamment étayée et contenue, la confrontation à la mort est aussi source d'un accroissement personnel dans le travail, comme en témoignent nombre de participant.es.

Les résultats de cette recherche exploratoire ouvrent des pistes quant à une continuité du travail engagé.

Aussi il serait intéressant de se servir des conclusions de cette thèse comme point de départ pour prolonger la réflexion et le dialogue dans l'institution, en lien aussi les acteurs et actrices des soins palliatifs qui ont une fonction symbolique quant à la pensée sur la mort à l'hôpital. Dans cette institution bien sûr, mais peut-être aussi partager et ouvrir ce travail à d'autres institutions via les communications scientifiques autour de ce projet, afin de favoriser un étayage pour se mettre en mouvement face à la mort ou alimenter une dynamique déjà initiée.

Les bouleversements entraînés par la pandémie de COVID-19 ont été mentionnés plusieurs fois en ce que cette actualité est venue percuter et enrichir ce travail de thèse. Les entretiens ont eu lieu peu de temps avant, et sans doute ces échanges auraient été très différents s'ils avaient eu lieu pendant ou au sortir de cette crise mondiale. La question de la mort à l'hôpital s'y est posée avec une acuité certaine, et les problématiques soulevées ou mises en exergues sont loin d'être toutes résolues. En témoignent les mouvements sociaux qui se poursuivent, la désertions des postes et la difficulté à recruter dans les métiers du soin (RFI, 2023).

Par ailleurs, les soignant.es rencontré.es travaillent exclusivement dans des services d'adultes, bien que certain.es aient aussi une expérience en pédiatrie ou en maternité. Leur témoignage laisse apparaître en filigrane l'effroi que peut représenter la mort des plus jeunes, notamment des enfants et des bébés. Aussi il serait intéressant de pouvoir proposer ce type de dispositif, permettant une élaboration clinique au service de la recherche, à des soignant.es dans les spécialités qui s'occupent de ces jeunes patient.es présentant des "conditions de vie menécées", pour reprendre la terminologie des recommandations européennes en soins palliatifs pédiatriques (Thiollier et Wood, 2008, p. 278).

Dans le prolongement de ces considérations, inclure dans ce type de dispositifs d'autres professionnel.les comme les médecins de différent.es spécialités, les cades de services, d'autres professions paramédicales ou les agents d'entretiens qui passent des temps longs dans les chambres offrirait une perspective plus large sur les enjeux de l'accompagnement de la fin de vie à l'hôpital. C'est un travail qui relève d'une complémentarité pluridisciplinaire.

Les psychologues dans les services y contribuent bien sûr et ne sont pas épargné.es par ce que cette confrontation à la mort mobilise. Ce champ a déjà commencé à être exploré par des psychologues particulièrement concerné.es car travaillant en USP (Van Lander et coll., 2010), et mériterait d'être approfondi comme le montre l'analyse du contre-transfert dans cette recherche.

La subjectivité soignante parle des mouvements complexes mobilisés dans le travail de soin et qui le soutiennent. C'est une dimension du soin riche qui est à préserver et à étayer par des espaces d'élaboration adaptés aux modes de fonctionnement soignant. Face à la mort à l'hôpital, il y a sans doute des cadres à penser ou à conscientiser comme allant dans le sens d'une mise au travail de la subjectivité soignante.

Il y aurait à soutenir une certaine forme de créativité clinique au sens Winnicottien du terme dans ces espaces institutionnels, qui sont aussi garants du cadre. Elle serait au service de l'expression de cette subjectivité soignante dans le sens d'une qualité de la relation de soin mieux assumée. C'est une démarche qui ne saurait être réduite à un raisonnement protocolaire opératoire sur la gestion de la mort à l'hôpital, mais qui viserait à mieux intriquer une pensée sur la mort dans ces institutions qui l'accueillent majoritairement. L'objectif est tourné vers l'amélioration des pratiques pour les patient.es et les familles, mais aussi de rendre la confrontation à la mort et au deuil en situation professionnelle moins à vif pour les soignant.es.

Il y a à prendre soin de la subjectivité soignante à l'épreuve de la mort pour aller vers une meilleure prévention et d'une meilleure protection dans cette confrontation difficilement tenable. Par cette voie, il s'agit aussi de ré-intriquer les mourant.es dans le tissu social, œuvrant dans le sens d'un rapport plus apaisé face au tabou de la mort.

Conclusion :

Ce projet de recherche est né à partir d'une écoute de psychologue clinicienne en soins palliatifs qui travaille avec et auprès des soignant.es à l'hôpital. C'est une place singulière qui souligne la question de la vie psychique et porte symboliquement celle de la mort dans l'institution. Ce n'est pas une place qui est toujours facile à tenir : cela rejoint les enjeux de la psychologie en terres médicales et rencontre les mouvements ambivalents et complexes sur la mort à l'hôpital.

Cette recherche-action a permis à des soignant.es de prendre la parole et à la psychologue-chercheuse de se mettre au travail sur ce sujet difficilement pensable tant à l'échelle du sujet que de la société. Dégager ce temps à côté du travail clinique, qui plonge dans une action ne laissant pas toujours la place de penser pratiques et expériences, permet d'élaborer comment on peut composer avec cette cette question angoissante voire traumatique de la mort dans la vie professionnelle. Par la parole, la construction d'une pensée dans l'après-coup devient possible.

La question de la trace apparaît en filigrane dans le transfert comme dans le contre-transfert : les traces laissées dans le psychisme par les rencontres et les expériences cliniques et personnelles, transmettre ces traces par le témoignage pour la recherche, laisser sa propre trace par la parole… Par cette relation de soin qui nous unit aux patient.es, peut-être sommes-nous, soignant.es comme pairs institutionnel qui collaborons à leur accompagnement, porteurs et porteuses de ces traces que laissent en nous les mourant.es et dont parle Maillard concernant la "spirale transférentielle" (2008, p. 139) du travail du trépas "pour se séparer et quitter le monde au risque d'emporter quelque chose quelque chose du vivant" (p. 142). Prendre la parole permet d'en devenir les messager.es, de les ré-intriquer dans le monde dont les mourant.es ont été symboliquement séparé.es de façon défensive par le travail d'intégration psychique que permet l'élaboration pour la recherche.

Cette perspective dépasse celle du soutien psychologique clinique, et c'est sans doute en cela que les participant.es se sont mobilisé.es. Le don de soi pour le bien public fait partie de leur fonction et soutient leur travail, au risque d'une certaine usure tout particulièrement à l'épreuve de la mort. Se sentir utile sera toujours préférable à se sentir vulnérable. Il y va du maintien d'un équilibre psychodynamique de la subjectivité soignante.

La notion de subjectivité soignante recouvre à la fois celle de subjectivité des soignant.es et de subjectivité qui soigne. Elle engage le sujet soignant dans son fonctionnement tout entier au risque de la déliaison dans la confrontation à la mort et au deuil, et est en ce sens à préserver. Ce verbe est à entendre dans un double-sens : préserver comme garantir son expression en ce qu'elle est est constitutive du soin, mais aussi dans le

sens de protéger. La subjectivité est un outil sensible du soin, c'est-à-dire qui ressent mais aussi vulnérable aux atteintes portées par les mouvements de déliaisons auxquels les professionnel.les sont exposé.es. Parler de subjectivité soignante à l'épreuve de la mort se réfère en effet à ce qui peut être touché, parfois mis à mal chez le sujet soignant (qui soigne de cette place subjective) s'occupant du sujet mourant et de ses proches. En ce sens, la proposition d'une "capacité d'altérance" à reconnaître et soutenir chez les soignant.es résonne tout particulièrement (Séguret, 2020, p.119).

L'appartenance au corps de métier constitue une véritable dimension identitaire et structurante. Le travail soignant étant exécuté par le filtre subjectif de processus psychiques singuliers, liés aux expériences tant personnelles que professionnelles qui concourent à la réalisation de la tâche, il y aurait intérêt à soutenir une dynamique de liaison qui permette d'intégrer cette part subjective comme constitutive du travail. Cela permettrait de diminuer une certaine souffrance liée à l'effort de lutte défensive contre les affects et contribuerait à juguler la culpabilité inhérente aux responsabilités des soignant.es. Cela pourrait aussi permettre de potentialiser ces facteurs subjectifs du soin pour un meilleur accompagnement des malades et des familles dans des temps aussi sensibles que la fin d'une vie et les prémisses du deuil.

Comment mieux aider les soignant.es à accomplir ce travail au quotidien ? Il est incontestable que notre société, via sa politique et ses institutions, est limitée par un tabou de la mort qui reste prégnant. Des mouvements sociétaux émergent pour s'en dégager, comme des productions médiatiques comme par exemple des podcasts sur la mort (Kervan, 2021) et sur le deuil (Mazaurette, 2021), ou des initiatives qui se déploient largement telles que les "Cafés mortels" par exemple (Crettaz, 2010). Mais le caractère massif de ce que la mort mobilise en nous rend ce mouvement difficile. Nous pouvons mieux faire, certes sachant qu'il restera un incompressible dans la difficulté à travailler avec la question de la mort.

Aussi, la vocation soignante est plutôt mue par le désir de guérir, parfois dans une dynamique sublimatoire d'expériences personnelles douloureuses voire traumatiques exposant au risque de la répétition. Il n'est pas toujours très clair pour les jeunes soignant.es à quel point ce travail expose à la mort, tout particulièrement dans des services associés à la représentation d'un *cure* tout-puissant comme la réanimation par exemple. La dénomination-même de ce service porte cette symbolique.

Les principes fondateurs d'une approche palliative semblent bien diffusés, y compris chez les plus jeunes qui s'y réfèrent plus ou moins consciemment. Mais ce contexte reste extrêmement sensible, et les dimensions carencées de certaines conditions de travail pèsent très lourd. Faire face à la mort, et par là à tous les processus psychiques mobilisés par la confrontation à la mort réelle des patient.es, demande un étayage continu par des espaces de paroles formels et informels, pluridisciplinaires et entre pairs, avec et sans psychologues.

Une variété dans la forme offre nombre de possibilités quant à l'étayage de cette parole : la formation, l'Analyse des Pratiques Professionnelles, les réunions, la recherche, les

groupes de travail, mais encore des projets originaux créés sur mesure dans l'institution comme ce projet de recherche-action. Il faut que la parole puisse circuler de façon vivante pour permettre une élaboration dans le soutien entre pairs et pluriprofessionnel à l'hôpital.

Une parole vivante a pu circuler dans les couloirs et les salles de repos durant la pandémie de COVID-19, permettant de se dégager en partie de l'actuel sidérant qui envahissait le soin à cette période, et favorisant ainsi la poursuite du travail. S'intégrer à et soutenir cette dynamique en tant que psychologue-chercheuse dans un projet sur la mort à l'hôpital, dans les allers-retours entre clinique et recherche, a offert des possibilités dans la relance d'une certaine réflexivité.

Dans des temps aussi aigus que celui-ci, lors d'un décès "difficile" (Sâles, 2021, p. 35) ou de manière préventive comme trame de fond, il s'agit de proposer un étayage à la fois continu et fin pour ne pas trop confronter les professionnel.les à leurs angoisses et à leurs défenses, ainsi qu'aux résonances potentiellement traumatiques que la confrontation à la mort suscite. Pour que de tels espaces soient suffisants, cela demande la possibilité de dégager du temps et de mobiliser de l'énergie, ce qui est difficile à faire dans des services éprouvés par un manque de moyens matériels et humains. Soutenir une pensée sur la mort à l'hôpital passe aussi par l'organisation du travail, notamment en ce qui concerne la *gestion de la mort*.

L'institution, par ses positions maternelle et paternelle qui contiennent et structurent, a une place privilégiée pour proposer un méta-cadre de soin des soignant.es, dans la prévention prévenante d'une certaine abrasion de la subjectivité soignante à l'épreuve de la mort.

Glossaire :

APP : Analyse des Pratiques Professionnelles

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : aide-soignant.e

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal

CRC : Centre de Recherche Clinique

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DU : Diplôme Universitaire

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs ; EMASP : Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (autre dénomination commune dans les hôpitaux).

FHF : Fédération Hospitalière de France

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IFAS : Institut de Formation des Aides-Soignants

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier.e Diplômé.e d'État

IDEL : Infirmier.e Diplômé.e d'État Libéral.e

LAT : Limitations et Arrêts des Thérapeutiques. Anciennement LATA : Limitations et Arrêts des Thérapeutiques Actives (terme encore souvent usuel)

LISP : Lit Identifié de Soins Palliatif

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPS : Risques Psycho-Sociaux

SAMU: Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Médical d'Urgence et de Réanimation

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

T2A : Tarification de l'Activité à l'Acte

USP : Unité de Soins Palliatifs

VIH/SIDA : Virus d'Immuno-Déficience Humaine/Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise

Bibliographie :

Abraham, N., Torok, M. (1968). Maladie du deuil et fantasme du cadavre exquis. Dans N. Abraham, M. Torok, *L'Écorce et le noyau* (éd. 1978, pp 229-251). Paris : Flammarion.

Abraham, N., Torok, M. (1972). Introjecter, incorporer. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1972(VI), 111-122.

Abraham, N., Torok, M. (1978). *L'Écorce et le Noyau* (éd. 1996). Paris : Flammarion.

Académie française (s.d.). *Accompagner* [en ligne]. https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A0269

Académie nationale de médecine. (s.d.). Épidémie. Dans *Dictionnaire de médecine*. https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=%C3%A9pid%C3%A9mie&cle=233

Académie nationale de médecine. (s.d.). Maladies infectieuses et tropicales. http://51.68.80.15/search/results?titre%3Dmaladies%2520infectieusetropicales&sa=D&source=docs&ust=1689072530804188&usg=AOvVaw3v50lgWdbLmrGxD1j2fA-i

Adam, P., Herzlich, C. (2002). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan/VUEF.

Aisenstein, M., Troisier, H. (1996). Argument. *Revue française de psychanalyse*, (3/96, La mort dans la vie psychique), 5-6.

Aisenstein, M. (1996). Une maladie mortelle et sexuellement transmissible : la vie. *Revue française de psychanalyse*, (3/96, La mort dans la vie psychique), 77-80.

Alric, J. (2016). *Fin de vie et psychanalyse : Menace de disparition et relance désirante*. Montpellier : Sauramps Editions.

Amar, S. (2008). La question de l'angoisse de mort à l'épreuve de la fin de vie. *Perspectives Psy*, 2008/3(47), 217-222.

Amar, S. (2009). *Psychanalyse et soins palliatifs : le statut de l'angoisse de mort à l'épreuve des cliniques de la péri-mortalité* [Thèse de doctorat, Université Paris 7].

Amar, S. (2012). *L'accompagnement en soins palliatifs – Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.

Amar, S. (2014). Vers un nouveau roman de la mort…. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 116, 27-36.

Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'inconscient - L'imaginaire groupal* (éd. 2022). Paris : Dunod.

Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau.* Paris : Dunod.

Arendt, A. (1958). *Condition de l'homme moderne*. Paris : Calmann-Lévy.

Argenty, J. (2009). À propos d'un Moi qui serait soignant. *VST - Vie sociale et traitements*, 103, 79-85.

Ariès, P. (1975). *Essais sur l'histoire de la mort en occident*. Paris : Seuil.

Aristote. (-350). *Éthique à Nicomaque* (éd. 2002). Paris : Flammarion.

Association pour l'Aide à Mourir dans la Dignité (2020). *L'ADMD*. https://www.admd.net/qui-sommes-nous/une-association-humaniste/ladmd.html.

Aubry, R. (2022). La question de la fin de vie en temps de crise. *ADSP*, 117, 53-55.

Bacqué, M.F. (1992). Chapitre V. Les soignants face à la mort et au deuil. Dans M.F. Bacqué, *Le Deuil à vivre* (pp 361-405). Paris : Odile Jacob.

Bacqué, M. (1997). Chapitre 14. Les deuils du médecin et de l'équipe soignante. Dans : , M. Bacqué, Deuil et santé (pp. 139-150). Paris : Odile Jacob.

Bacqué, M.F. , Hanus, M. (2000). *Le deuil* (éd. 2016). Paris : PUF.

Bacqué, M.F. (2003). *Apprivoiser la mort*. Paris : Odile Jacob.

Bacqué, M.F. (2010). Rétablir la parole sur la mort en fin de vie, mais aussi dans toute la vie. *Études sur la mort*, 2010/2(138), 9-11.

Bacqué, M.F. (2011). Existe-t-il une psychologie de la mort ?. *Le Carnet PSY*, 2011/5(154), 22-24.

Baldassaro, A. (2017). André Green et le négatif à l'œuvre. *Revue française de psychosomatique*, 2017/2(52), 135-150.

Balint, M. (1957). *Le médecin, son malade et la maladie* (éd. 1996). Paris : Payot.

Ballouz, N. (2005). Parcours de soins du patient hospitalisé et implication de l'entourage familial : quelle contribution par la Direction des soins ? [mémoire, École nationale de la santé publique, Rennes]. https://documentation.ehesp.fr/memoires/2005/ds/ballouz.pdf

Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenus* (éd. 2013). Paris : PUF.

Baudry, P., Higgins, R.W., Ricot, J. (2006). *Le mourant.* Nantes : M-Editer.

Bayle, G. (1993). "Le génie des origines". Psychanalyse et psychose de Paul-Claude Racamier. *Revue française de psychanalyse*, 93/1 (LVII), 265-272.

Beaulieu, B. [@baptistebeaulieu]. (s.d.).*La Mort, etc* [story à la une]. Instagram. https://www.instagram.com/p/Cq-hhrCsAfo/

Beaulieu, B. [@baptistebeaulieu]. (2023, 13 avril). (s.n.) [carrousel]. Instagram. https://www.instagram.com/p/Cq-hhrCsAfo/

Béchu, A. & Riazuelo, H. (2023). La mort à l'hôpital : comment les soignant·es en parlent ?. *Cliniques*, 25, 148-162. https://doi.org/10.3917/clini.025.0148

Benoît, P. (1979). Médecine et psychanalyse. *Confrontations psychiatriques*, 17, 289-307.

Bessière, S. (2005). La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. *Revue française des affaires sociales*, 2005/1, 17-33.

Bion, W. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF.

Bion WR. (1967). *Réflexion faite* (éd. 1983). Paris : PUF.

Bisiaux, F. (2015). La fonction maternante du soin médical. Dans C. Marin (éd.), *À quel soin se fier : Conversations avec Winnicott* (pp 81-89). Paris: PUF.

Bleger, J., Bleger, L. (1974). Grupo familiar : psicologica y psicopatologica. Dans L. Grinberg, E. Rodrigué, Langer, M., *El grupo psicológico*. Buenos Aires : Nova.

Bohic, N., Fellinger, F., Saïe, M., Viossat, L.C. (2019). *Rapport IGAS N°2018-140R sur l'Évaluation du plan national 2015-2018 pour le développement de soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie.* http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-140r_tome_i_soins_palliatifs.pdf

Boiteau, R. (2018). Chapitre 3. Le rôle de l'organisation. Dans R. Holcman (éd.), *La souffrance des soignants : Stress, burn out, violences... du constat à la prévention* (pp 69-88). Paris : Dunod.

Bonnichon, P., Berger, J.P., Bonni, N., Fontaine, M., Pion-Graff, J. (2014). Histoire du cancer et de la chimiothérapie avant la chimiothérapie. *Histoire des sciences médicales*, tome XLVIII (vol48, n°4), 469-474. https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2014x048x004/HSMx2014x048x004x0469.pdf

Bonny, P. & Grollier, M. (2016). Psychanalyse et sida en France : 1985-2015. Revue de la littérature et actualité clinique. *Bulletin de psychologie*, 544, 317-327.

Bougnoux, D. (1997). La communication d'inconscient à inconscient. Communication et organisation, 12 [en ligne]. https://journals.openedition.org/communicationorganisation/2004

Bouyx, J. (1996). En dernière analyse... le vif du létal.. *Revue française de psychanalyse*, 60, 163-178.

Bourdieu, P. (1997). La connaissance par corps. Dans P. Bourdieu, *Méditations pascaliennes* (pp 153-193). Paris : Le seuil.

Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte, vol. 1* (éd. 1978). Paris : PUF.

Bowlby, J. & Parkes, C.M. (1970). *La séparation et la perte dans la famille*. Paris : Payot.

Brisson, L. (2006). *Oeuvres complètes de Platon*. Paris : Flammarion.

Brodsky, B. (1959). Self-representation, anality, and the fear of dying. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 95-108.

Buchet-Molfessis, C. (2008). Glissements de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant : le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômes. *Recherche en soins infirmiers*, 92, 68-94.

Cabé, H., Blandin, O., et Poutout, G. (2019). Rapport sur l'état des lieux du dispositif de soins palliatifs au niveau national. *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtee85.pdf

Calbéra, J. (2003). La profession infirmière: L'historique et le mythe. *VST - Vie sociale et traitements*, 79, 55-57.

Camps, F. (2020). Chapitre 5. La perte : un opérateur psychique fondamental. Dans J. Jung (éd.), *Psychopathologie et psychologie clinique: Perspectives contemporaines* (pp. 77-87). Paris: Dunod.

Canguilhem, G. (1943). *Le normal et le pathologique* (éd. 2013). Paris : PUF.

Canouï, P. (2003). La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques. *InfoKara*, 18, 101-104.

Canouï, P., Mauranges, A. et Florentin, A. (2008). *Le burn out à l'hôpital : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants* (éd. 2012). Paris : Masson.

Canouï, P. (2016). Et si l'on arrêtait de s'épuiser au travail… Du burn out des soignants ou global burn out : Le burn out, pourquoi, comment ?. Dans R. Coutanceau (éd.), *Stress, burn out, harcèlement moral : De la souffrance au travail au management qualitatif* (pp. 19-33). Paris : Dunod.

Caro, F. (2022). *Samouraï*. Paris : Gallimard.

Carol, A. (2020). Une affaire de médecins. *L'histoire. Vivre avec les morts*, 473-474 (juillet-août 2020), 92-97.

Castro, D. (2020). Aider psychologiquement les soignants dans la crise de la Covid-19. *Le Journal des psychologues*, 379, 19-24.

Causse, L. (2008). Les formes d'engagement des aides-soignantes dans les relations d'aide : des mouvements d'amour contradictoires et réversibles. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 6, 85-105.

Chahraoui, K. et coll. (2011). Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 30(4), 342-348.

Chahraoui, K., Laurent, A., Bioy, A., Quenot, J. et Capellier, G. (2015). *Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation*. Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.laure.2015.01

Charazac, P. (2020). 17. Le soin, le soignant et l'équipe soignante. Dans P. Charazac, *Psychogériatrie: En 24 notions* (pp 373-396). Paris : Dunod.

Chaulier, K. et coll. (2015). Infirmier(e) en réanimation : analyse d'un choix de carrière. *Perspectives infirmières*, 2016(25), 9-13.

Chemin-Sauque, B. & Routens, F. (2019). La bienveillance à l'épreuve des soins palliatifs : regards croisés sur l'Idéal soignant. Revue internationale de soins palliatifs, 34, 59-64.

Claveranne, J. (2003). L'hôpital en chantier : du ménagement au management. *Revue française de gestion*, 146, 125-129.

Clément-Hryniewicz, N. (2016). « Ne lui dites rien… » : Les proches face à l'annonce. *Le Journal des psychologues*, 342, 22-26.

Clit, R. (2007). Carences institutionnelles et fonctionnement groupal. *Cahiers de psychologie clinique*, 28, 81-98.

Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (2018). A*gir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux*. Avis. https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/180522_avis_maltraitances_systeme_de_sante.pdf

Comité Inter-Hôpitaux (2022). *Revue de presse*. Collectif Inter-Hôpitaux. https://www.collectif-inter-hopitaux.org/revue-de-presse

Conrath, P. (2016). L'accompagnement du malade et de sa famille. *Le Journal des psychologues*, 342, 20-20.

Conseil national de l'ordre des médecins (2021). *Article 37-4 - Accompagnement du patient et de son entourage*. Le code de déontologie. https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-37-4-accompagnement-patient-entourage&sa=D&source=docs&ust=1689071666676436&usg=AOvVaw3Zlnx-zSBFNT8EwOerIZuu

Corman, M., Monier, F., Sicard, A., Da Fonseca, A., Didelot, T., Hallez, Q .. & Dambrun, M. (2017). L'Expérience de mort imminente (EMI) : une synthèse de la littérature. *L'Année psychologique*, 117, 85-109.

Couliou, B. (2007). Freud, la psychanalyse et le "tournant" de la Première Guerre mondiale. *Guerres mondiales et conflits contemporains*, 2007/2(226), 83-96.

Couty, É. (2010). Hôpital public : le grand virage. *Les Tribunes de la santé*, 28, 39-48.

Crettaz, B. (2010). *Cafés mortels : sortir la mort du silence*. Paris : Broché.

Cretin, E. (2013). “Ni morte, ni vivante”, les soignants face à la personne en état végétatif chronique et sa famille. Dans F. Schepens, *Les soignants et la mort* (pp 31-44). Toulouse : Érès.

Cupa, D. (2006). Mourir. *Revue française de psychosomatique*, 2006/2(30), 147-156.

Cyrulnik, B. (2009). Résilience, un « antidestin ». *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, 15, 9-9.

Damour, F., Doat, D. (2018). *Transhumanisme: Quel avenir pour l’humanité ?*. Paris : Le Cavalier Bleu.

Daniellou, F., Laville, A., Teiger, C. (1983). Fiction et réalité du travail ouvrier. *Les cahiers français*, 209, 39-45.

David, C. (1996). Le deuil de soi-même. *Revue française de psychanalyse*, (3/96, La mort dans la vie psychique), 15-32.

David, M. & Appell, G. (2008). VIII. Discussion des résultats. Dans M. David & G. Appell (Dir), *Lóczy ou le maternage insolite* (pp 167-213). Toulouse: Érès.

Debré, P., Gonzalez, J.P. (2013). *Vie et mort des épidémies*. Paris : Odile Jacob.

De Hennezel, M. (1996). Sens et valeur du temps qui précède la mort. Dans E. Désveaux (éd.), *La fin de la vie : qui en décide* (pp 19-28). Paris: PUF.

De Hennezel, M. (2000). *L'art de mourir*. Paris : Éditions du Seuil.

De Hennezel, M. (2021). *L’adieu interdit*. Paris : Plon.

Dejours, C. (1980). *Travail, usure mentale*. Montrouge : Bayard.

Dejours, C. & Gernet, I. (2012). Travail, subjectivité et confiance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 13, 75-91.

Dejours, C. (2014). La Sublimation : entre clinique du travail et psychanalyse. *Revue française de psychosomatique*, 46, 21-37.

Dejours, C., Gernet, I. (2016). *Psychopathologie du travail* (Rev. éd.). Elsevier Masson.

Dejours, C. (2017). L’engagement du corps dans l’intelligence à l’épreuve du travail vivant. Dans G. Amado (éd.), *La créativité au travail* (pp 61-80). Toulouse: Érès.

De La Rochefoucauld, F. (1664). *Réflexions ou sentences et maximes morales* (éd. 2002). Paris : Champion.

Delieutraz, S. (2012). Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé. *Cliniques*, 4, 146-162.

Delieutraz, S. (2018). Chapitre 1. Le burn-out des paramédicaux: Consumé par le soin, quand le soignant s’éteint. Dans R. Holcman (éd.), *La souffrance des soignants : Stress, burn-out, violences... du constat à la prévention* (pp 5-40). Paris: Dunod.

Delion, P. (2018). 5. Aspects institutionnels de la fonction phorique. Dans P. Delion, *Fonction phorique, holding et institution* (pp 99-115). Toulouse: Érès.

Delion, P. (2018). *Fonction phorique, holding et institution*. Toulouse : Érès.

Delmas, P., Duquette, A. (2000). Hardiesse, stratégie de coping et qualité de vie au travail d'infirmières de réanimations. *Recherche en soins infirmiers*, 2000/1(60), 17-26.

Del Volgo, M.J. (1997). *L'instant de dire – Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne* (éd. 2012). Toulouse : Érès.

Del Volgo, M.J. (2008). Hôpital d'hier et d'aujourd'hui: Malaise dans le soin ?. *Cliniques méditerranéennes*, 78, 165-175.

Del Volgo, M. (2012). Le symptôme entre médecine et psychanalyse. Dans M. Del Volgo, *L'instant de dire: Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne* (32-182). Toulouse: Érès.

Delion, P. (2011). *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne: Introduction à la psychothérapie institutionnelle*. Paris : Dunod.

De Masi, F. (2010). *Penser sa propre mort*. Paris : Ithaques.

De M'Uzan, M. (1977). Le travail du trépas. Dans M. De M'Uzan, *De l'art à la mort* (éd. 2006, pp 182-199). Paris : Gallimard.

De M'Uzan, M. (1996). La mort n'avoue jamais. *Revue française de psychanalyse*, (3/96, La mort dans la vie psychique), 33-47.

De M'Uzan, M. (2017). Le même et l'identique. *Cliniques*, 13, 24-38

Devereux, G. (1973). Ethnopsychanalyse complémentariste. *Revue française de sociologie*, 14(4), 564-566.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2022). *Démographie des professionnels de santé*. https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/

Di Rocco, V. (2020). Chapitre 11. Une clinique de l'institution dans l'institution. Dans J.P. Pinel (éd.), *Le travail psychanalytique en institution: Manuel de cliniques institutionnelles* (pp 253-272). Paris : Dunod.

Dreizzen, A. (2000). *Los tiempos del duelo.* Rosario : Homo Sapiens.

Dubost, J., Lévy, A. (2016). Recherche action et intervention. Dans Barus-Michel, J. (dir.) et coll., *Vocabulaire de psychosociologie*. Toulouse : Érès.

Duboys Fresney, C., Perrin, G. (2017a). Chapitre II. Construction de la profession et identité professionnelle. Dans C. Duboys Fresney (éd.), *Le métier d'infirmière en France* (pp. 65-100). Paris : PUF.

Duboys Fresney, C. & Perrin, G. (2017b). Chapitre III. Reconnaissance de la discipline des soins infirmiers. Dans C. Duboys Fresney (éd.), *Le métier d'infirmière en France* (pp. 101-125). Paris : PUF.

Du Colombier, M. (2011). Fonction contenante en cancérologie : Richesses et complexités de l'enveloppe subsidiaire soignante. *Cliniques*, 1, 94-109.

Duhamel, G. (1944). *Paroles de médecin*. Paris : Mercure de France..

Duhamel, G., Méjane, J., Piron, P. (2017). *Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile*. IGAS. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-064R_.pdf

Durand, A. (2020). Migrants et épidémies, une vieille histoire. Dans A. Desgrées du Loû (dir.), *Dossier « Les migrants dans l'épidémie : un temps d'épreuves cumulées »*, De facto [En ligne], mis en ligne le 10 avril 2020. http://icmigrations.fr/2020/04/07/defacto-018-05/

Duquette A, Delmas P. (20002). Les infirmières sont vulnérables aux problèmes de santé mentale. *Infirmière canadienne*, 1(5), 10-11.

El-Hage, W. et coll. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID--19) : quels risques pour leur santé mentale ?. *L'encéphale*, 46(3), 73-80.

Enriquez, E. (1987). Le travail de la mort dans les institutions. Dans Kaës (éd.), *L'institution et les institutions* (éd. 2000), pp 62-94). Paris : Dunod.

Enriquez, E. (1992). *L'organisation en analyse* (éd. 2003). Paris : PUF.

Enriquez, E. (2013). Le travail, essence de l'homme ? Qu'est-ce que le travail ?. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 15, pp 253-272. https://doi-org.faraway.parisnanterre.fr/10.3917/nrp.015.0253

Épicure (n.d.). *Lettre à Ménécée*. https://philosophie.cegeptr.qc.ca/wp-content/documents/Lettre-%C3%A0-M%C3%A9n%C3%A9c%C3%A9e.pdf

Escobedo, C. (2023). Les soignants et leur travail: Une histoire de relations, pour le meilleur et pour le pire ?. *Le Journal des psychologues*, 402, 41-45.

Estrate, M., Lacour, F. (2019). Le positionnement des soignants face aux patients : un exercice d'équilibriste ?. *Revue internationale de soins palliatifs*, 34, 45-48.

Fakhry, V., Descamps, J. (2016). Le corps-auxiliaire, un savoir-faire soignant. *Le Journal des psychologues*, 333, 60-65.

Fasse, L., Sultan, S., Flahault, C. Expérience de pré-deuil à l'approche du décès de son conjoint : une analyse phénoménologique interprétative. *Psychologie française*, 58, 177-194.

Favetta, V., Feuillebois-Martinez, B. (2011). Prendre soin et formation infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 107, 60-75.

Ferrara Carunchio, B. & de Oliveira Maraldi, E. (2020). A survey of near-death experiences in Brazil: exploring socio-demographic characteristics and relationship to psychopathology and mystical experiences. *Études sur la mort*, 153, 89-103.

Fornezzo, É. (2021). Les morts « traumatiques » selon la sociologie et leur catégorisation par les pompiers et professionnels du funéraire. *Études sur la mort*, 156, 67-81.

Ferenczi, S. (1909). *Transfert et introjection* (éd. 2013). Paris : Payot.

Fédération Hospitalière de France (2015a). *L'hôpital au sein de l'organisation générale de la santé*. Hopital.fr. https://www.hopital.fr/Nos-Missions/L-hopital-au-sein-de-l-organisation-generale-de-la-sante

Fédération Hospitalière de France (2015b). *Qui sommes nous ?*. Hopital.fr. https://www.hopital.fr/Structure-du-site/Qui-sommes-nous

Fiat, É. (2013). Le soignant et la mort. S'habituer à ce dont il n'y a nulle habitude. Dans F. Schepens (dir.), *Les soignants et la mort* (pp 181-195). Toulouse : Érès.

Fiat, É. (2019). La maladie comme tâche : la relation de soin au risque de la fatigue. *Cancer(s) et psy(s)*, 4, 115-122.

Fontaine, A. (2019). *Burn out - Repérage et prise en charge*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974265/fr/burnout-reperage-et-prise-en-charge

Fontaine, E., Wendland, J. (2015). Analyse de la relation soignant-bébé et du deuil des soignants en néonatologie. *Devenir*, 27, 31-52.

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42.

Fornezzo, É. (2021). Les morts « traumatiques » selon la sociologie et leur catégorisation par les pompiers et professionnels du funéraire. *Études sur la mort*, 156, 67-81.

Fradkin, S., Ricadat, E., Schwering, K.L., Boissel, N., Aujoulat, I. (2014). Être soignant à l'hôpital auprès d'adolescents atteints d'une maladie potentiellement mortelle : une clinique de l'extrême ?. *Champs psy*, 2014/2(66), 57-70.

Freud, S. (1899). *L'interprétation des rêves* (éd. 2003). Paris : PUF.

Freud (1908). *La morale sexuelle civilisée*. http://www.philippesollers.net/PDF/SIGMUND_FREUD-La_morale_sexuelle.pdf

Freud, S. (1912). *Totem et tabou* (éd. 2013). Paris : Payot.

Freud S (1914). Pour introduire le narcissisme. Dans S. Freud, *La vie sexuelle* (éd. 1968, pp 81-105). Paris : PUF.

Freud, S. (1916). L'angoisse. Dans S. Freud, *Introduction à la psychanalyse* (éd. 1968). Paris : Petite bibliothèque Payot.

Freud, S. (1915a). *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort*. https://psychologue--paris.fr/textes/Freud-considerations-sur-la-guerre-et-sur-la-mort.pdf

Freud, S. (1915b). Le refoulement. Dans S. Freud, *Métapsychologie* (éd. 1968, pp 45-63). Paris : Gallimard.

Freud, S. (1915c) Pulsions et destins de pulsions. Dans S. Freud *Œuvres Complètes* (XIII, éd. 2007, pp 163-187). Paris : PUF.

Freud, S. (1917). *Deuil et mélancolie* (éd. 2015). Paris : Payot.

Freud, S. (1919). L'inquiétante étrangeté. Dans S. Freud, *Essais de psychanalyse* (éd. 1976, pp 185-227). Paris : Payot.

[Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir* (éd. 2010). Paris : Payot.

Freud, S. (1921). *Psychologie des foules et analyse du Moi* (éd. 1981). Paris : Payot.

Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse* (éd. 2011). Paris : PUF.

Freud, S. (1929). *Malaise dans la civilisation* (éd. 1971). Paris : PUF.

Fustier, P. (2012). L'interstitiel et la fabrique de l'équipe. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 14, 85-96.

Gadamer, H.G. (1995). *Langage et vérité*. Paris : Gallimard.

Gagnier, J., Roy, L. (2016). La rencontre patient-famille-soignants dans le contexte de la maladie grave. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 57, 49-71.

Gaillard, G. Pinel, J.P., Diet, E. (2009). Autoréflexivité et conflictualité dans les groupes institués. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2009/2(8), 199-213.

Gaulejac, V. (2011). *Travail, les raisons de la colère*. Paris : Le Seuil.

Gauthier, M. (2021). *Les hôpitaux en France*. Statistica. https://fr.statista.com/themes/2934/les-hopitaux-en-france/

Gelder, K. (2007). *Subcultures - Cultural Histories and Social Practice*.Londres : Routledge.

Gernet, I. (2021). Approche clinique et psychopathologie du *burn out* : discussion à partir de la psychodynamique du travail. *L'évolution psychiatrique*, 86(1), 119-130.

Gilligan, C. (1982). *Une voix différente*. Paris : Champs Flammarion.

Gilloire, L. (2013). L'engagement relationnel des soignants. Intérêt des groupes de travail avec un psychanalyste. *Contraste*, 37, 165-172.

Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1967). *La découverte de la théorie ancrée* (éd. 2010). Paris : Armand Colin.

Godard-Auray, I. (2017). 15. La place de l'entourage. Dans A. Bioy (éd.), *Soins palliatifs: En 54 notions* (p. 97-102). Paris: Dunod.

Golse, B. (2007). La mise en récit comme maillon thérapeutique de nos interventions précoces. Dans : Claude Boukobza éd., *Les écueils de la relation précoce mère-bébé* (pp. 063-089). Toulouse: Érès.

Gori, R. (2001). Le germe de l'autre. Dans D. Brun (resp.) *Techniques médicales et fantasme, Au nom d'un projet d'enfant parfait*, 4ème Colloque de Pédiatrie et Psychanalyse, Condé-sur-Noireau.

Gori, R., Del Volgo, M.J. (2005). La santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de l'existence*. Revue francophone de psycho-oncologie*, 4, 133-136.

Gremaud, G. (2013). La souffrance des soignants en soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, 2013/2(Vol. 28), 151-152. DOI : 10.3917/inka.132.0151.

Green, A. (1986). Pulsion de mort, narcissisme négatif, fonction désobjectalisante. Dans D. Widlöcher (dir.), *La pulsion de mort* (pp 49-60). Paris : PUF.

Green A. (1993). *Le Travail du négatif*. Paris : Minuit.

Green A. (1995). *Le complexe de castration* (2ème éd.). Paris : PUF.

Grimaldi A. (2004). *La relation médecin-malade*. EMC référence, Elsevier.

Gueguen, S. & Campia, P. (2018). Chapitre 8. Le management de proximité: Soigner le travail pour prendre soin des métiers de la santé. Dans R. Holcman (éd.), *La souffrance des soignants : Stress, burn out, violences... du constat à la prévention* (pp 197-212). Paris: Dunod.

Hamraoui, E. (2013). L'action du soignant et du médecin à l'épreuve du nouveau régime de la mort. Dans F. Schepens (dir.), *Les soignants et la mort* (pp 45-56). Toulouse : Érès.

Hatano-Chalvidan, M. (2016). Interdisciplinarité et interprofessionnalité : proximité sémantique coïncidente ou construction d'un nouveau modèle d'activité ?. *Forum*, 148, 8-16.

Haute Autorité de Santé (2012). *Professionnels de santé*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/09r03_reco_delivrance_information_personne_etat_sante.pdf

Haute Autorité de Santé (2014). *La formation professionnelle tout au long de la vie des professionnels de santé paramédicaux*. Professionnels. Lahttps://www.has-sante.fr/jcms/c_2811693/fr/la-formation-professionnelle-tout-au-long-de-la-vie-des-professionnels-de-sante-paramedicaux

Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of. Traumatic Stress*, 5, 377–391.

Hibon, B. (2019). Soigner les soignants: À propos des professionnels du « social » et du « médicosocial » et du flot de ce qui les emporte dans leurs pratiques professionnelles. *VST - Vie sociale et traitements*, 142, 54-60.

Higgins, R.-W. (2003). L'invention du mourant. Violence de la mort pacifiée. *Esprit*, Janvier 2003,139-169.

Higgins, R. W. (2011). Le statut « psychologique » du mourant. *Le Carnet PSY*, 154(5), 37-42.

Higgins, R.W. (2012). De l'invention du mourant à une culture du soin. Dans Hirsch (ed), *Fins de vie, éthique et société* (pp 62-90). Toulouse : Érès.

Higgins, R.W. (2012). Le soin, origine et horizon. Déplacements de frontières.*Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 2012/3(110), pp 53-67.

Hirsch, E. (2003). Éthique hospitalière et relation de soin. Laennec, 51, 7-21.

Hirsch, E., et coll. (2012). *Fins de vie, éthique et société*. Toulouse : Érès.

Holcman, R. (2017). Chapitre 11. Les pratiques professionnelles. Dans R. Holcman, *Management hospitalier : Manuel de gouvernance et de droit hospitalier* (pp. 293-309). Paris: Dunod.

Hoffman I. (1979). Death anxiety and adaptation to mortality in psychoanalytic theory. *Annual of Psychoanalysis*, 1979(7), 233-67.

Holland, J.C., William S., Breitbart P. et Jacobsen, B. (2015). *Psycho-Oncology*. Oxford University Press.

Huche Texier-Lory, N., Bourdet-Loubère, S. (2019). Le deuil périnatal : un deuil infaisable ?. *Études sur la mort*, 2019/1(151), 67-83.

Institut national du cancer (s.d.). *Qu'est-ce la radiothérapie ?*. Radiothérapie. https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Radiotherapie

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (s. d.). *594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (2017). *Recensement de la population*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303478?sommaire=3353488

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (2020). *Tableaux de l'économie française*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277748?sommaire=4318291

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (2022). *Professions de santé*. https://www.insee.fr/fr/statistiques/5227153#tableau-figure1

Jabre, P. (2014). *Place des proches lors des soins*. https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Place_des_proches_lors_des_soins.pdf

Jacobi, B. (2019). Soigner. *Cancer(s) et psy(s)*, 4, 68-79.

Jandrok, T. (2020). Le transhumanisme ou la double négation de la mort. *Études sur la mort*, 154, 153-165.

Jankelevitch, V. (1977). *La mort* (éd. 2008). Paris : Flammarion.

Jankélévitch, V. (1994). *Penser la mort* (éd. 2007). Paris : Liana Levi.

Jenny, P. (2007). La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, 2007/1(22), 3-12. DOI : 10.3917/inka.071.0003.

Jung, C., Durrmeyer, X., Gonalons, R. (2020). La recherche clinique en centre hospitalier général. *Gestions hospitalières*, 594, 140-143.

Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal. Constructions du groupe*. Paris : Dunod.

Kaës, R., et coll. (1987). *L'institution et les institutions* (éd. 2000). Paris : Dunod.

Kaës, R. (1999). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris : PUF.

Kaës, R. (dir.). (2005). *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels* (éd. 2012). Paris : Dunod.

Kaës, R. (2014). *Les alliances inconscientes*. Paris : Dunod.

Kamieniak, J. (2011). Mort et travail de pensée chez Sigmund Freud. Dans : François Pommier éd., *Mort et travail de pensée: Points de vue théoriques et expériences cliniques* (pp 62-100). Toulouse : Érès.

Kentish-Barnes, N. & Valy, J. (2013). Les soignants et la mort en réanimation. Dans : F. Schepens (dir.), *Les soignants et la mort* (pp 17-29). Toulouse: Érès.

Kervan, P. (2021). *Mourir chez soi, mourir à l'hôpital : où rendre son dernier soupir ?*. Le cours de l'histoire [Épisode de podcast]. https://www.franceculture.fr/emissions/le-cours-de-lhistoire/la-mort-et-nous-14-mourir-chez-soi-mourir-a-lhopital-ou-rendre-son-dernier-soupir

Klein, M. (1947a). *Deuil et dépression* (éd. 2004). Paris, Payot.

Klein, M. (1947b). *Psychanalyse d'enfants* (éd. 2005). Paris, Payot.

Klein, M. (1968). *Envie et gratitude*. Paris : Gallimard.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press.

Kübler-Ross, E. (1975). *Les derniers instants de la vie*. Paris : Pocket.

Kübler-Ross, E., Kessler, D. (2005). *Sur le chagrin et sur le deuil* (éd. 2011). Paris : Pocket.

Lachowsky, C., Violas, H. (2020-a). Aux origines du VIH-SIDA [Épisode de podcast]. Dans C. Lachowsky et H. Violas, *Petite et grande histoire des épidémies*. Radio France Internationale. https://www.rfi.fr/fr/podcasts/20200620-origines-vih-sida

Lachowsky, C., Violas, H. (2020-b). Contagion au palais mésopotamien de Mari, en Syrie [Épisode de podcast]. Dans C. Lachowsky et H. Violas, *Petite et grande histoire des épidémies*. Radio France Internationale. https://www.rfi.fr/fr/podcasts/20200502-contagion-palais-m%C3%A9sopotamien-mari

Lachowsky, C., Violas, H. (2020-c). En quarantaine à «l'Hôpital du vent» [Épisode de podcast]. Dans C. Lachowsky et H. Violas, *Petite et grande histoire des épidémies*. Radio France Internationale. https://www.rfi.fr/fr/podcasts/20200329-en-quarantaine-%C3%A0-lh%C3%B4pital-vent

Lachowsky, C., Violas, H. (2020-d). La lèpre ou l'épidémie de l'exclusion [Épisode de podcast]. Dans Dans C. Lachowsky et H. Violas, *Petite et grande histoire des épidémies*. Radio France Internationale. https://www.rfi.fr/fr/podcasts/20200404-la-l%C3%A8pre-l%C3%A9pid%C3%A9mie-lexclusion

Lachowsky, C., Violas, H. (2020-e). «Les médecins boucs émissaires du choléra», de la philosophe Anne-Marie Moulin [Épisode de podcast]. Dans Dans C. Lachowsky et H. Violas, *Petite et grande histoire des épidémies*. Radio France Internationale. https://www.rfi.fr/fr/podcasts/20200425-les-m%C3%A9decins-boucs-%C3%A9missaires-chol%C3%A9ra-la-philosophe-anne-marie-moulin

Lachowsky, C., Violas, H. (2020-f). Les soignants bouc-émissaires de l'épidémie de fièvre Ebola [Épisode de podcast]. Dans C. Lachowsky et H. Violas, *Petite et grande histoire des épidémies*. Radio

France Internationale. https://www.rfi.fr/fr/podcasts/20200426-les-soignants-bouc-%C3%A9missaires-l%C3%A9pid%C3%A9mie-fi%C3%A8vre-ebola

Lalande, F., Veber, O. (2009). *La mort à l'hôpital*. Vie publique. https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000037.pdf

Lamau, M.L. (1995). Origine et inspiration des soins palliatifs. Dans D. Jacquemin (Dir), *Manuel de soins palliatifs* (éd. 2001, pp 26-41). Paris : Dunod.

Landry-Dattée, N. Théodore, C. et Velardo, D. (2003). La relation équipe soignante-famille en fin de vie [en ligne]. https://www.espace-ethique.org/ressources/article/la-relation-equipe-soignante-familles-en-fin-de-vie

Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.

Laplanche, J. (2013). VI - Pourquoi la pulsion de mort ?. Dans J. Laplanche, *Vie et mort en psychanalyse* (pp 157-188). Paris : PUF.

Laqueur, T. (2018). *Le travail des morts*. *Une histoire culturelle des dépouilles mortelles*. Paris: Gallimard.

Laqueur, T. (2020). Le soin des morts, un marqueur de civilisation. *L'histoire. Vivre avec les morts*, 473-474 (juillet-août 2020), 6-14.

Larousse (s.d.). Souder. Dans *Dictionnaire en ligne.* https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/souder/73602

Larousse (s.d.). Travail. Dans *Dictionnaire en ligne.* https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/travail/79283

Lawrence, D. H. (1929) Le navire de mort et Chant de mort. Dans *Le navire de mort* (éd. 1995). Paris : Orphée.

Le Berre, R. (2020). Chapitre 4. Les soins palliatifs en question : les éthiques du care. Dans R. Le Berre (éd.), *Manuel de soins palliatifs* (pp 71-84). Paris: Dunod.

Le Breton, D. (2013). Face à ce qui reste : ambivalences du cadavre. Dans F. Schepens (dir.), *Les soignants et la mort* (pp 57-70). Toulouse : Érès.

Legifrance (1991). *Décret n°91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière*. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000344098

Legifrance (1999). *Loi no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs*. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000212121&categorieLien=id

Legifrance (2002). *Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015.

Legifrance (2005). *Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id

Legifrance (2016). *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/

Legifrance (2016). *Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie*. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id

Legifrance (2021). *Loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique*. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884384/

Le Grand-Sébille, C. (2013). Silences, conflits et coopérations. Les professionnels confrontés à la mort grands adolescents et jeunes adultes. Premiers constats. Dans F. Schepens (dir.), *Les soignants et la mort* (pp 197-212). Toulouse : Érès.

Le Guillant, L. (2010). La névrose des téléphonistes. Dans L. Le Guillant, *Le drame humain du travail : Essais de psychopathologie du travail* (pp. 131-148). Toulouse : Érès.

Lepoutre, T. (2014). Un sadisme nécessaire chez le soignant ?. Dans D. Davous (éd.), *L'éthique à l'épreuve des violences du soin* (pp 196-212). Toulouse: Érès.

Levillain-Danjou, A. (2008). Quel possible destin pour les deuils-non-faits ?. *Dialogue*, 06/2008(180), 51-60.

L'homme étoilé (2020). *À la vie !*. Paris : Calmann-Levy.

L'homme étoilé (2021). *Je serai là !*. Paris : Calmann-Levy

Lhuilier, D. (2005). Le « sale boulot ». *Travailler*, 14, 73-98. https://doi.org/10.3917/trav.014.0073

Lhuilier, D. (2007). L'activité mise en souffrance. Dans D. Lhuilier, *Cliniques du travail* (pp 193-224). Toulouse: Érès.

Lindemann, E. (1944). The symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.

Lobb, E., Clayton, J. et Price, M. (2006). Suffering, loss and grief in palliative care. *Australian family physician*, 2006/10(35), 772-775.

Loomis, B. (2009). *End of life issues : difficult decisions and dealing with grief*. DOI : 10.1016/j.cnur.2009.02.001

Loriol, M. (2015). La souffrance au travail: Construction de la catégorie et mise en forme de l'expérience. *Pensée plurielle*, 38, 23-33.

Loriol, M. (2018). Chapitre 5. La « bonne distance » soignant/soigné : Une norme individuelle et collective à construire et préserver. Dans R. Holcman (éd.), *La souffrance des soignants : Stress, burn-out, violences... du constat à la prévention* (pp 117-139). Paris: Dunod.

Louarn, C. (2017). Innovations cliniques en soins palliatifs : nouvelles perspectives de réflexion quant aux modalités du souffrir soignant. *Revue internationale de soins palliatifs*, 32, 84-94.

Louchard Chardon, C. (2016). Relation spéculaire entre famille et institution gériatrique. *Le Journal des psychologues*, 342, 35-39.

Loyer, E. (2020). Le soins des morts, "un marqueur de civilisation". Entretien avec Thomas Laqueur. *L'histoire. Vivre avec les morts*, 473-474 (juillet-août 2020), 6-14.

Luisier, M. (2002). Dans l'attente de la mort. *INFOKara*, 3/2002(17), 93-96.

Machado, T., Desrumaux, P. & Van Droogenbroeck, A. (2016). Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être. Étude exploratoire auprès d'aides-soignants et d'infirmiers. *Bulletin de psychologie*, 541, 19-34.

Maillard, B. (2008). Face à la mort, séparation ou trépas ?. *Cahiers de psychologie clinique*, 2008/2(31), 135-146.

Marin, C., Worms, F., et coll. (2015). *A quel soin se fier ?*. Paris : PUF.

Marin, C. (2021). Le soignant imaginaire. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 145, 7-13.

Marthey-Pierre, C., Bourdoncle, R. (1995). Autour du mot « Professionnalité ». *Forum*, 19, 137-148.

Massé R., Benoist, J. (2003). *Convocations thérapeutiques du sacré*. Karthala.

Mazaurette, M. (2021). *Traverse* [podcast]. France Inter. https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/serie-traverse-par-maia-mazaurette

Mellier, D. (2002a). Le soignant en équipe, culpabilité structurante ou culpabilité paralysante ?. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 47, 69-76.

Mellier, D. (2002b). Quelques propositions pour analyser les problèmes d'équipes au regard de la psychologie clinique. *Bulletin de psychologie*, 55(3), 271-280.

Merle-Beral, A.M. (1996). Maladie somatique et réalité psychique: quelques réflexions. *Revue française de psychanalyse*, (3/96, La mort dans la vie psychique), 81-85.

Michelot, C. (2016). Lewin Kurt (1890-1947). Dans Barus-Michel, J. (dir) et al, *Vocabulaire de psychosociologie*. Toulouse : Érès.

Milanesie, C. (1989). *Mort apparente, mort imparfaite. Médecine et mentalités au XVIIIème siècle.* Paris : Payot.

Millet, P. (2009). *Prédeuil et deuil anticipé*. http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.mip.pre

Ministère des affaires sociales et de l'emploi (1986). *Circulaire relatives à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale*. http://www.sfap.org/system/files/circulaire-laroque.pdf

Ministère de la santé et de la prévention (2019). *Groupements hospitaliers de territoire*. https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/

Ministère de la santé et de la prévention (2022a). *Aide-soignant*. https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/aide-soignant

Ministère de la santé et de la prévention (2022b). *Infirmier*. https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/infirmier

Ministère de la santé et de la solidarité (2006). *Charte de la personne hospitalisée*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion (2023). *Risques psychosociaux.* https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/risques-psychosociaux

Monteil, P. (2016). 7. Le management par l'hospitalité. Dans P. Monteil, *Éthique et philosophie du management* (pp 167-184). Toulouse: Érès.

Morand, S. (2016). *La prochaine peste : une histoire globale des sociétés et de leurs épidémies*. Paris : Fayard.

Mornet, J. (2007). Soigner les soignants. Dans J. Mornet, *Psychothérapie institutionnelle : Histoire & actualité* (pp 160-176). Nîmes : Champ social.

Morvillers, J. (2015). Le *care*, le *caring*, le *cure* et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, 122, 77-81. https://doi.org/10.3917/rsi.122.0077

Nell-Hureaux, E. (2015). Le care : un concept professionnel aux limites humaines ?. *Recherche en soins infirmiers*, 122, 7-17.

Nicolle, O., Kaës, R. (2009). *L'institution en héritage: Mythes de fondation, transmissions, transformations*. Paris : Dunod.

Nonnis-Vigilante, S. (2013). Les soignants face aux politiques d'humanisation de la mort à l'hôpital. France, xixe-xxe siècles. Dans F. Schepens (dir.), *Les soignants et la mort* (pp 105-117). Toulouse : Érès.

Observatoire des inégalités (2022). *Dans 69 pays sur 193, l'homosexualité est interdite*. https://www.inegalites.fr/Dans-69-pays-sur-193-l-homosexualite-est-interdite

Ordre national des infirmiers (2022). *L'Ordre National des Infirmiers alerte de nouveau sur la situation de la profession et appelle à l'organisation d'Etats-généraux de l'attractivité des professions de santé*. Communiqués. https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/resultats-consultation-infirmiere-lordre-national-infirmiers-alerte-de-nouveau-sur-la-situation-de-la-profession.html

Organisation Mondiale de la Santé (2020-a). *Mortinaissances*. https://www.who.int/fr/health-topics/stillbirth#tab=tab_1

Organisation Mondiale de la Santé (2020-b). *Soins palliatifs*. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

Organisation Mondiale de la Santé (2022). *VIH/SIDA*. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids

Pasche, F. (1996). Peur de la mort, angoisse de mort, défense du Moi. *Revue française de psychanalyse*, (3/96, La mort dans la vie psychique), 49-53.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Paris: Armand Colin.

Panel, P. (2007). L'hôpital public: ses contradictions, ses mutations. *Études*, 407, 319-330.

Parat, C. (2013). L'affect partagé. *Revue française de psychosomatique*, 44, 167-182. https://doi.org/10.3917/rfps.044.0167

Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique: L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*, 110, 13-20.

Pedinielli, J. L. (1987). *Le "travail de la maladie" chez les insuffisants respiratoires chroniques* [Thèse de doctorat, Université Paris V].

Pedinielli, J.L. (1994). Hypothèse d'un travail de la maladie. *Cliniques méditerranéennes*, 41/42, 169-189.

Pedinielli, J.L. (2006). Mort et résilience. Dans B. Cyrulnik, P. Duval, *Psychanalyse et Résilience* (pp 289-304). Paris : Odile Jacob.

Perron, R. (2013). *La quête des origines*. Louvain-la-neuve : De Boeck.

Peyrat-Apicella, D. (2016). *Cancer et fin de vie : la question du sens* [Thèse de doctorat, Université Paris-Nanterre]. https://bdr.parisnanterre.fr/theses/internet/2017/2017PA100116/2017PA100116.pdf.

Peyrat-Apicella, D., Molinier, P. (2020). Faire de la recherche en psychologie sur, pour et avec les médecins. *In analysis*, 4(2), 212-215.

Pierrot, M. (2015). 32. La famille, les proches - Un élément à part entière dans l'histoire du patient. Dans M.H. Salamagne et P. Thominet (dir.), *Accompagner* (pp 363--375). Paris : Demopolis.

Pierru, F. (2020). La tarification à l'activité (T2A) à la française. *Revue française d'administration publique*, 174, 487-497.

Pillot, J. (2015). Le deuil de ceux qui restent. Le vécu des familles et des soignants. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*. 2015/2(121), 53-64.

Pineau, E., Stromboni, C. (2020, 21 Novembre). "Écoeurés par le système", ces soignants qui quittent l'hôpital en pleine deuxième vague. *Le Monde* [en ligne]. https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/11/21/ec-ures-par-le-systeme-ces-soignants-qui-quittent-l-hopital-en-pleine-deuxieme-vague_6060651_3244.html

Platon. (-370). *La République* (éd.1999). Paris : GF Flammarion.

Prieur-Bertrand, M. (2001). Le deuil des soignants. *Études sur la mort*, 1/2001(119) , 147-153.

Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newsom, J., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief : A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.

Racamier, P.C. (1992). *Le génie des origines*. Paris : Payot.

Radio France Internationale (2023, 20 juin). *France : la fonction publique hospitalière appelée à faire grève*.https://www.rfi.fr/fr/france/20230620-france-la-fonction-publique-hospitali%C3%A8re-appel%C3%A9e-%C3%A0-faire-gr%C3%A8ve

Raimbault, G. (1982). *Clinique du réel*. Paris : Seuil.

Rameix, S. (2002). *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*. Paris: Ellipses.

République française (2019). *Code de la santé publique* [version mise à jour au 1er janvier 2019]. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006907132/

Reynolds, L., Botha, D. (2006), Anticipatory grief: Its nature, impact, and reasons for contradictory findings. *Counseling, Psychotherapy, and Health*, July 2006(2), 15-26, .

Ribas, D. (1996). Quelques jalons sur la place de la mort dans l'œuvre de Freud. *Revue française de psychanalyse*, (3/96, La mort dans la vie psychique), 7-14.

Ricadat, E., Fradkin, S., Schwering, K.L., Aujoulat, I., Boissel, N. (2017). Prise en compte du processus de subjectivation des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer dans la relation de soin : le point de vue des soignants. *Cliniques méditerranéennes*, 2017/1(95), 179-192.

Richard, M.S. (2003). *Soigner la relation en fin de vie - Familles, malades, soignants* (éd. 2013). Paris : Dunod.

Ricot, J. (2016). Histoire et éthique des soins palliatifs. *Cités*, 66, 49-58.

Rimbaud, A. (1870). Le Dormeur du Val. Dans *Œuvres complètes* (éd. 2019, pp 54-55). Paris: Gallimard.

Rochas, B. (2019). Équipe mobile de soins palliatifs, une triangulation tendue. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 137, 59-66.

Rogers C. (1942). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris : ESF.

Rosenberg, B. (1999). *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*. PUF.

Rousseau M., Houdard, O. (2019, 14 Novembre). Soigneur ou soignant. *Le blog de Martine et Olivier, camarades de casse*. Le Monde. https://www.lemonde.fr/blog/correcteurs/2019/11/14/soigneur-ou-soignant/

Roussillon, R. (1989). Le médium malléable, la représentation de la représentation et la pulsion d'emprise. *Revue Belge de Psychanalyse,* 13, 71-87.

Roussillon, R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris : PUF.

Roussillon, R. (1996). Espaces et pratiques institutionnels : le débarras et l'interstice. dans R. Kaës et coll., *L'Institution et les institutions* (pp 157-178). Paris : Dunod.

Roussillon, R. (2002). La fonction sémaphorisante du site analytique et des dispositifs-analysants. *Revue Belge de Psychanalyse*, 4, 19-29.

Roussillon, R. (2014). L'identification narcissique et le soignant dans le travail de soin psychique. *Cliniques*, 8, 122-138.

Rubin, G. (1996). Fonctions structurantes et contenantes des rituels de deuil. *Revue française de psychanalyse*, (3/96, La mort dans la vie psychique), 211-218.

Ruszniewski, M. (1995). *Face à la maladie grave : Patients, familles, soignants* (éd. 2014). Paris : Dunod.

Ruszniewski, M., Zivkovic, L. (1999). Résistance des équipes soignantes face aux équipes mobiles. *European Journal of Palliative Care*, 6(1), 11-14.

Ruszniewski, M. (2015). *L'annonce. Dire la maladie grave.* Paris : Dunod.

Ruszniewski, M., Rabier, G. (2012). *Le groupe de parole à l'hôpital*. Paris : Dunod.

Sâles, É. (2021). Exposé aux vagues des décès, être soignant en soins palliatifs. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 144, 35-44.

Salamagne, M.H., Thominet, P., et coll. (2015). *Accompagner 30 ans de soins palliatifs en France*. Paris : Demopolis.

Salmona, M.(1985). Risques réels et fantasmatiques chez l'éleveur. Dans C. Dejours, C. Veil, A. Wisner, *Psychopathologie du travail*, (pp 64-75). Paris : ESF.

Sassolas, M. (2009). Identité sociale du système soignant et relation thérapeutique. Dans M. Sassolas, *La psychose à rebrousse-poil* (pp 412-421). Toulouse: Érès.

Saucier, J. (1982). Deux aspects négligés du deuil : apparitions et déroulement temporel. *Santé mentale au Québec*, 7(2), 136-138. DOI: 10.7202/030151ar.

Schaerer, R. (2004). Quelques jalons dans l'histoire des soins palliatifs en France : l'apport des psychanalystes. Dans P. Ben Soussan (dir.), *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte* (pp 229-239). Toulouse : Érès.

Schaerer, R. (2012). Les soignants face aux demandes réitérées de mort. Dans Hirsch (ed.), *Fins de vie, éthique et société* (pp.502-512). Toulouse : Érès.

Schepens, F. (2013). *Les soignants et la mort*. Érès.

Selye, H. (1956). *The stress of life* (éd. 1984). New York : McGraw-Hill Education.

Selye, H. (1975). Confusion and controversy in the stress field. *Journal of human stress*, 1, 37-44.

Smadja, C. (2001). *La vie opératoire*. Paris : PUF.

Smith, J.A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse : using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology and health*, 11(2), 261-271. DOI : http://dx.doi.org/10.1080/08870449608400256

Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (s.d.). *Les soins palliatifs en France*. http://www.sfap.org/rubrique/les-soins-palliatifs-en-france

Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (s.d.). *Histoire de la SFAP*. http://www.sfap.org/rubrique/histoire-de-la-sfap

Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (2020). *Fiche pratique épidémie de COVID-19, 12 messages clés*. https://sfap.org/system/files/fiches_hopitaux_COVID-19-v7.pdf

Société Française de lutte contre les Cancers et les Leucémies de l'Enfant et de l'adolescent (2021). *Les différents types de cancers et leur fréquence*. https://sf-cancers-enfant.com/patients-et-proches/les-differents-types-de-cancer/

Soubieux, M.J. (2008). *Le berceau vide: Deuil périnatal et travail du psychanalyste*. Toulouse : Érès.

Spinney, L. (2018). *La grande tueuse. Comment la grippe espagnole a changé le monde*. Paris : Albin Michel.

Stiefel, F. (2008). le soutien des soignants : éléments clés. *Médecine & Hygiène*, 23(4), 137-138. DOI : 10.3917/inka.084.0138.

Stiefel, F. et Guex, P. (2008). Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même. *Revue médicale suisse*, 4, 424-427.

Sweedting, H., Gilhooly, M. (1990). Anticipatory grief : a review. *Social science and medecine,* volume 30(10), 1073-1080.

Szabo, J. (2007). Médicalisation et fin de vie : progrès et contraintes. *Sciences sociales et santé*, vol. 25(1), 93-102.

Szeps, N. (2018). Psychologue en équipe mobile de soins palliatifs. *Psychologues et Psychologies*, 257, 36-37.

Tisseron, S (2006). Maria Torok, les fantômes de l'inconscient. *Le coq-héron*, 2006/3(n° 186), 27-33.

Thiolliet, A.F., Wood, C. (2008) IMPaCCT : des recommandations pour les soins palliatifs pédiatriques en Europe. *Médecine palliative*, 7(2008), 277-283.

Thomsen, C. (2019). *Soignant/Soin*. Vocabulaire médical. https://www.vocabulaire-medical.fr/encyclopedie/257-soignant-soin

Trémoureux, C. (2008). *CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_099_250308.pdf

Vaillant, M. (2013). *Voir les lilas refleurir...* Paris : Albin Michel.

Van Lander, A., Pereira, B., Deveuve-Murol, C., Viennet, N. (2010). Des psychologues en soins palliatifs réalisent un livret de méta-analyse des processus psychiques. *Perspectives Psy*, 49(3),185-194. DOI : 10.1051/ppsy/2010493185

Van Lander, A. (2012). *L'identité à l'épreuve de la maladie létale : Etude des entretiens psychologiques en soins palliatifs* [Thèse de doctorat, Université Lyon II].

Van Lander, A. (2015). *Apports de la psychologie clinique aux soins palliatifs*. Toulouse : Érès.

Veil, C. (2012). Les états d'épuisement. Dans *Vulnérabilités au travail. Naissance et actualité de la psychopathologie du travail* (éd. 2012, pp 235-278). Toulouse : Érès.

Verspieren, P. (2016). L'invention des soins palliatifs. Dans E. Hirsch (dir.) *Éthique, fins de vie et société* (IIème ed, pp 276-281). Toulouse : Érès.

Vial-Courmont, M. (2001). Le pédiatre de maternité face à la mort des tout-petits. *Études sur la mort*, 2001/1(119), pp 139-145. DOI : 10.3917/eslm.119.0139.

Viallard, M.L., Landrin, T. (2015). Des soins palliatifs à la médecine palliative - Un changement de paradigme. Dans M. Salamagne et P. Thominet (Dir.), *Accompagner* (pp 263-274). Paris : Demopolis.

Viallard, M.L. (2016). Leçon 11. Accompagnement des familles et de l'entourage: Deuil, perte et accompagnement après un décès. Dans M.L. Viallard, *Accompagner une personne en soin palliatif et son entourage* (pp 182-194). Paris: Dunod.

Vie publique (2021). *Hôpitaux et cliniques : les chiffres clés de l'année 2019*. https://www.vie-publique.fr/en-bref/281507-hopitaux-et-cliniques-les-chiffres-cles-de-lannee-2019

Wainrib, S. (1996). Angoisse de néantisation, fascinations de l'anéantissement. *Revue française de psychanalyse*, (3/96, La mort dans la vie psychique), 65-76.

Wanquet Thibault, P. (2016). *L'adulte hospitalisé : travailler avec la famille et l'entourage.* Paris : Elsevier-Masson (2eme ed.).

Wary, B. (2014). Soins palliatifs en gériatrie. Dans Dominique Jacquemin (éd.), *Manuel de soins palliatifs* (pp 413-425). Paris: Dunod.

Watzlawick, P., Weigel, J., Jackson, D.D. (1967). *Une logique de la communication*. Paris : Éditions du Seuil.

Winnicott, D.W. (1953). *La mère suffisamment bonne* (éd. 2008). Paris Payot.

Winnicott, D.W. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse* (éd. 1969). Paris, Payot.

Winnicott, D.W. (1970). Cure. Dans D.W. Winnicott, *Conversations ordinaires* (éd. 1988, pp 161-174). Paris : Gallimard.

Winnicott, D.W. (1989). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* (éd. 2000). Paris : Gallimard.

Yajima Dupuis, L. (2015). Le travail institutionnel au regard de la théorie de l'attachement : l'institution a-t-elle vocation à être une figure d'attachement pour les soignants ?. *Enfances & Psy*, 66, 120-131.

Yajima Dupuis, L. (2017). Le travail institutionnel au regard de la théorie de l'attachement: L'institution a-t-elle vocation à être une figure d'attachement pour les soignants ?. Dans A.S. Barbey-Mintz (éd.), L'attachement, de la dépendance à l'autonomie: Illustrations pratiques (pp. 179-196). Toulouse: Érès.

Zielinski, A. (2010). L'éthique du care. *Études*, 2010/12(413), 631-641.