

2020-2022

Mention Psychologie Clinique, Psychopathologie et Psychologie de la Santé
Parcours Psychologie du Vieillissement Normal et Pathologique

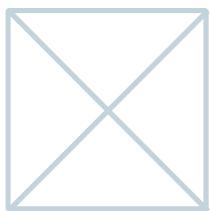
Les stratégies de coping utilisées par les soignants en situation stressante :

La prise en soins en fin de vie et le décès des patients âgés

Hemery Justine |

**Sous la direction de Mme |
Potard Catherine**

Membres du jury
Monsieur Jarry Christophe



Soutenu publiquement le :
1^{er} juillet 2022



L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



REMERCIEMENTS

Dans un premier temps, je tiens à exprimer toute ma reconnaissance envers Madame Potard Catherine la directrice de ce mémoire. Je la remercie pour son suivi, sa disponibilité et ses précieux conseils durant ces deux années d'études.

Je tiens à remercier mes tutrices de stages, les directeurs.trices des établissements et les équipes soignantes qui m'ont permis de recueillir des données pour mon projet. Je remercie tout particulièrement l'infirmière coordinatrice qui a pris le temps de participer à cette étude par le biais d'un entretien semi-directif. Leur participation et leur volonté m'ont permis de mener à terme cette étude.

J'adresse aussi un remerciement à Monsieur Laurent Alexandre, enseignant de statistiques à l'Université Lettres Langues et Sciences Humaines d'Angers, pour sa réactivité et ses conseils concernant les statistiques de ce mémoire.

Enfin, un merci à mes ami(e)s de la promotion, à Lul ma meilleure amie et relectrice, et à mon conjoint pour leurs soutiens constants et leurs encouragements.

Sommaire

INTRODUCTION	1
CADRE THEORIQUE	2
1. Le stress et la confrontation à la mort	2
1.1. Le stress : vers un modèle biopsychosocial	2
1.2. Le stress des soignants travaillant auprès de personnes âgées	4
1.3. Les conséquences du stress chez les soignants	5
1.4. Les facteurs de vulnérabilité et de protection des soignants face au stress professionnel	7
2. Les stratégies d'ajustement chez les soignants confrontés au décès de patients âgés	8
2.1. Les stratégies d'ajustement	8
2.2. Les stratégies d'ajustement, chez les soignants	9
2.3. Stratégies d'ajustement et bien-être des soignants	10
2.4. Les stratégies d'ajustement des soignants face à la mort de patients âgés et leurs conséquences	11
OBJECTIF, PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	12
METHODOLOGIE	14
1. Participants	14
2. Outils	14
2.1. Mesure du stress général : Perceived Stress Scale 10 (PSS10)	14
2.2. Mesure des stratégies d'ajustement : BRIEF-COPE	15
2.3. Mesure du deuil pathologique : Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)	16
2.4. Mesure de l'empathie : Basic Empathy Scale (BES)	16
2.5. Grille d'entretien	17
3. Procédure	17
4. Analyses statistiques	17
5. Résultats	18
5.1. Lien entre stress et stratégies d'ajustement	18
5.2. Lien entre stratégies d'ajustement et intensité du deuil	20
5.3. Lien entre stress et intensité du deuil	20
5.4. Prédiction des stratégies d'ajustement en fonction du stress et de l'intensité du deuil	21
DISCUSSION	22
1. Interprétation des résultats statistiques	22
2. Analyse de l'entretien semi-directif	25
3. Limites	27
CONCLUSION	27
BIBLIOGRAPHIE	29
SITOGRAPHIE	36
ANNEXES	37
1. Annexe 1 : Exemples d'items du BRIEF-COPE	37
1. Annexe 2 : Grille d'entretien	38
2. Annexe 3 : Lettre d'autorisation	39
3. Annexe 4 : Affiche d'informations pour le questionnaire et l'entretien	39
4. Annexe 5 : Lettre de consentement	41
5. Annexe 6 : Tableaux corrélationnels	42



Introduction

La thématique de ce mémoire découle d'une expérience de stage en psychologie dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Après avoir vécu huit ans dans cette institution, une résidente fait l'expérience de sa fin de vie qui est décrite comme longue et douloureuse, face à laquelle les équipes se sont senties démunies. Madame a présenté de l'angoisse sur laquelle la psychologue a pu l'accompagner. Elle fut toutefois d'autant plus importante que le protocole dans le cas d'un décès « prévisible » dans un lieu de vie commun amenait les équipes à fermer systématiquement la porte de sa chambre après leur passage, la coupant ainsi de tout échange social. Ceci rompait aussi son habitude de toujours laisser la porte de sa chambre grande ouverte, prête à accueillir les autres résidents et les soignants. Malgré tout, les soignants se sont montrés présents et à l'écoute de Madame. Son état de santé se dégradant, la communication n'était plus possible. Cependant, quelques réactions physiques laissaient penser qu'elle était peut-être consciente de la présence d'autrui dans sa chambre. C'était un vendredi, dans le cas où Madame venait à décéder le week-end, la psychologue lui rendit une dernière visite et, dans le doute où elle serait toujours consciente, lui dit ses mots : « L'équipe et moi-même espérons que vous êtes confortable. Nous avons apprécié vous avoir rencontré et espérons qu'aujourd'hui vous vous sentez apaisée. ». Elle décéda le lendemain. Ces huit ans dans l'institution ont permis aux soignants et à Madame de créer une relation, ainsi son décès a été vécu par les soignants avec de fortes émotions. Après ce décès, d'autres qui s'en sont suivis. Face aux départs multiples, les équipes ont demandé un accompagnement psychologique par le biais d'un groupe de parole sur la thématique de la prise en soins en fin de vie et sur les rituels dans le processus de deuil.

Phubilius Syrus, un poète latin, a dit « *L'homme meurt autant de fois qu'il perd l'un des siens.* ». La mort pourrait donc être vécue par celui qui reste, au travers de son proche défunt, soit comme un processus transférentiel, soit comme un ressenti. Cela demanderait au sujet de faire face à la situation à sa manière. Les professions qui prennent en soins des personnes âgées font face à l'expérience de la fin de vie et de la mort. Ces situations peuvent amener à des vécus plus ou moins complexes, face auxquelles les soignants doivent s'ajuster. Toutefois, peu de soignants sont formés à la prise en soins de personnes âgées, et par conséquent peu sont préparés à certaines situations telles que, le décès de leurs patients. En effet, la plupart des soignants auraient choisi cette vocation dans un but de soins curatifs. Les missions d'accompagnement en fin de vie et de décès de patients ne seraient donc pas forcément en cohérence avec les représentations de ces métiers (Touhy, Jett, Boscart et McCleary, 2018).

Cette étude est orientée vers une approche cognitivo-comportementale, donc ce mémoire s'intéresse aux stratégies d'ajustement (*coping*) des soignants face aux situations d'accompagnements en fin de vie et de décès de patients âgés qui peuvent être perçues comme stressantes. Le cadre théorique développe dans un premier point la notion de stress de manière générale, pour ensuite définir comment les soignants le vivent dans le cadre de leur travail. Ensuite, nous étudierons le stress perçu dans le cas de la prise en soins de patients âgés puis en fin de vie et décédés. Enfin, le second point s'intéresse aux stratégies d'ajustement, particulièrement celles utilisées par les soignants, dans la situation stressante décrite.

Cadre théorique

1. Le stress et la confrontation à la mort

1.1. Le stress : vers un modèle biopsychosocial

Le but du stress est de réagir en conséquence à une situation dangereuse. Ce processus est indispensable à la survie de tout être vivant (Faivre, 2016). D'ailleurs, Hans Selye (1957), un endocrinologue connu pour son travail pionnier sur le stress, énonce que « *Stress is the Spice of Life ; the absence of stress is death.* ».

Les premières recherches sur le stress datent du XIX^e siècle avec les travaux de Bernard, un médecin et physiologiste français. Celui-ci caractérise en 1878 le concept de « constance du milieu intérieur », décrivant un processus permettant à l'organisme de préserver un équilibre. Autrement dit, ce processus permet de survivre face aux contraintes de l'environnement. Cette notion rejoint l'idée de Osler, un professeur de médecine canadien qui décrit les risques cardiaques associés au processus de stress. Toutefois, à cette époque le processus de stress n'était pas encore clairement défini. Au XX^e siècle, Cannon, un physiologiste américain décrit les émotions qui déclenchent des réactions physiologiques. Il avance ainsi en 1911 que ce processus implique le système sympathique, dont les glandes surrénales (cités dans Faivre, 2016), sécrétant le cortisol (Monique, 2020). En 1914, il décrit les réponses primaires possibles face au stress avec la phrase : « *fight or flight* ». En 1928, Cannon développe le stress sous un angle psychologique en prenant en compte les notions de corps et d'esprit avec le concept de « stress émotionnel ». En effet, selon lui, la réponse au stress serait formée grâce à une excitation physiologique et à l'expérience émotionnelle. Historiquement, les premiers modèles de stress reposent donc sur une approche physiologique, selon un modèle de stimulus-réponse. Le modèle basé sur le stimulus, développé par Holmes et Rahe en 1967, expliquent que le stress est déclenché par un stimulus extérieur à l'individu, autrement dit, faisant partie de son environnement. Tant dis que le modèle basé sur la réponse développe que l'individu va répondre à une menace extérieure de manière physique ou psychologique.

Le premier modèle du stress selon une approche psychologique est développé par Lazarus et Folkman en 1984. Ils définissent le stress comme étant « un concept organisateur pour la compréhension d'un large éventail de phénomènes d'une grande importance dans l'adaptation des humains et des animaux. » (Lazarus et Folkman, 1966, cités dans Lazarus et Folkman, 1984, p. 11). Le stress serait donc un processus individuel, subjectif (Cavalcanti et Azevedo, 2013) et essentiel permettant à l'être-humain de s'adapter dans son environnement (Lazarus et Folkman, 1966, cités dans Lazarus et Folkman, 1984). Folkman, Lazarus, Gruen et DeLongis (1986) définissent le terme « transactionnel » comme un processus relationnel dynamique et bidirectionnel entre l'individu et l'environnement. A partir de ses notions, Lazarus et Folkman développent le modèle transactionnel (Cf. Figure 1). Ce modèle met donc en évidence l'intervention du stress dans la relation entre l'individu et l'environnement. En lien avec les émotions, il s'applique aux théories cognitives, motivationnelles et relationnelles (Lazarus et Lazarus, 1991). Les facteurs « personnel » et « situationnel » influencent le stress et amèneraient le sujet à se questionner par le biais de la « première évaluation » et de la « seconde évaluation ». Celles-ci sont des processus cognitifs dynamiques (Lazarus et Folkman, 1984) dont la première concerne deux dimensions : la pertinence par rapport au but ou à la satisfaction et le caractère facilitateur ou non (Lazarus, 2001, cité dans Hemery Justine | Les stratégies de coping utilisées par les soignants dans une situations stressante : La prise en soins en fin de vie et le décès de patients âgés

Hazanov, Kaiser et With, 2019). Trois réponses seraient possibles à cette question : soit l'évènement est non-pertinent pour l'individu ainsi il n'en prêtera plus attention ; soit il est pertinent et la réalisation est considérée comme facile allant ainsi vers la préservation du bien-être de l'individu ; soit cet évènement est pertinent, mais perçu comme stressant par l'individu (Lazarus et Folkman, 1984).

C'est dans le cas de cette dernière réponse que la situation peut entraver ou menacer la satisfaction du sujet. Alors, l'évaluation secondaire va amener l'individu à choisir un processus d'action, actif ou non. Ce processus d'action correspond aux stratégies possibles qui peuvent lui permettre de gérer la situation, tout en prenant en compte leur probabilité de parvenir au résultat de manière efficace et la.les conséquence.s sociale.s et intrapsychique.s plausible.s de chacune.s. (Lazarus et Folkman, 1984). Selon Lazarus et Folkman (1985 cités dans Hazanov, Kaiser et With, 2019), il existe trois catégories de situations stressantes amenant à des émotions spécifiques : le préjudice, le dommage ou la perte peuvent faire ressentir de la tristesse, de la colère, de la déception, de la culpabilité et du dégoût. La menace quant à elle peut amener le sujet à avoir peur, à être anxieux et à être inquiet. Enfin, le défi peut amener à la confiance, l'espérance et l'impatience. Chacune de ces catégories sont complexes et dynamiques et peuvent être associées. Des stratégies d'ajustement (*coping*) sont donc mise en place qu'elles soient axées sur les émotions ou sur la résolution de problèmes. Elles vont ainsi donner des résultats à plus ou moins court terme et de manière plus ou moins satisfaisante pour l'individu qui fait face au stress. Dans le cas où la perception du stress serait encore trop importante, alors le sujet pourrait reprendre ce système depuis la « première évaluation » jusqu'à ce que le stress perçu soit ressenti comme tolérable ou disparu. (Lazarus et Folkman, 1984).

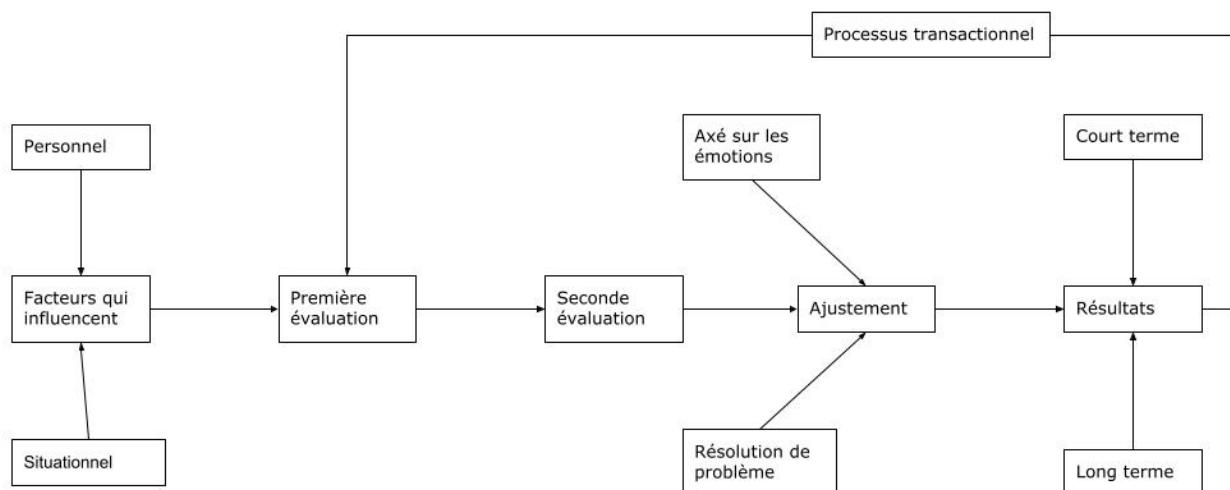


Figure 1 : Modèle transactionnel du stress (Lazarus et Folkman, 1984)

Face au stress, le sujet peut agir de différentes manières grâce à des réponses, qu'elles soient cognitives, comportementales ou émotionnelles. Ces réponses permettraient donc aux sujets de faire face à la situation par le biais de processus d'ajustement ou de *coping* signifiant « faire face » en anglais (Lazarus et Folkman, 1984).

1.2. Le stress des soignants travaillant auprès de personnes âgées

Plusieurs professions sont considérées comme étant particulièrement stressantes, toutefois, les métiers du soins infirmiers sont considérés comme étant l'une des plus stressante (Albrecht, 1982, Maloney, 1982). Selon l'Institut National pour la Sécurité de la Santé au Travail, le stress au travail désigne : « les réponses émotionnelles qui se produisent lorsque les exigences du travail ne correspondent pas aux capacités, aux ressources ou aux besoins du travailleur » (Roberts et Grubb, 2014, p. 63).

De nombreuses études ont d'ailleurs mis en avant que les infirmiers.ières présenteraient quasi-systématiquement un niveau de stress plus élevé au travail que d'autres professions (Bourbonnais, Comeau, Vézina et Dion, 1998, Butterworth, Carson, Jeacock, White et Clements, 1999, İlhan, Durukan, Taner , Maral et Bumin, 2008, Piko, 2006, Wu, Zhu, Wang, Wang et Lan, 2007). L'*American Nurses Association* a parrainé une enquête en 2011 qui alerte sur la préoccupation en matière de santé publique concernant le stress aigu et chronique que peuvent vivre les soignants. Marshall (1980) propose une liste non-exhaustive des raisons qui amèneraient les soignants à un état de stress (cité dans Tyler et Ellison, 1994) dont : la récente qualification en lien avec un temps d'expérience moins important que des soignants diplômés et travaillant depuis plus longtemps ; la surcharge de travail (Tyler et Ellison, 1994), l'exigence du travail (Van der Colff et Rothmann, 2009); les missions instables ; les conflits interprofessionnels (Tyler et Ellison, 1994) et intra-organisationnels (Safy-Godineau, 2013) ; le manque possible de soutien émotionnel sur le lieu de travail (Tyler et Ellison, 1994, Van der Colff et Rothmann, 2009) et dans la vie personnelle ; l'isolement social et les problématiques d'ordre financière de l'institution (Quick et Henderson, 2016, Tyler et Ellison, 1994) et les situations de prise en soins de fin de vie et de décès de patients (Tyler et Ellison, 1994).

Depuis quelques années, dans les pays développés, la population est vieillissante. Les personnes âgées décèderaient majoritairement de maladies chroniques dont la prise en soins implique une hospitalisation ou une institutionnalisation (Bloomer, Endacott, O'Connor et Cross, 2013). Afin d'accompagner les personnes souffrant de pathologies diverses, les maisons de retraites ont évolué en EHPAD. Ce changement se caractérise par l'augmentation de matériel et d'accompagnements médicalisés (Safy-Godineau, 2013). Les soignants en EHPAD seraient les moins satisfaits dans leur travail (Blegen, 1993) à cause de troubles musculosquelettiques, lombalgiques et de mauvaises conditions de travail dues à un manque de moyens (Estryn-Behar, Chaumon, Garcia, Milanini-Magny, Fry, Bitot, Ravache et Deslandes, 2013), en lien avec la médicalisation des maisons de retraite (Safy-Godineau, 2013). Par ailleurs, la souffrance psychologique des personnes âgées institutionnalisées peut amener à des passages à l'acte suicidaire engendrant une vigilance accrue de la part des soignants. Cette vigilance est source de stress. Tout comme les troubles du comportement associés à une maladie neurodégénérative qui peuvent impliquer des cris et des violences verbales et physiques (Zawieja, 2018).

Dans le cas de décès de personnes âgées dus à des maladies chroniques, les soignants sont de plus en plus confrontés à l'accompagnement de patients âgés en fin de vie. Ainsi, ils se sentirraient mal à l'aise face à cette situation. Ceci s'expliquerait par le sentiment de ne pas être assez qualifié pour ce type d'accompagnement (Bloomer, Endacott, O'Connor et Cross, 2013). Dépassés par cette situation, elle serait donc perçue comme stressante (Zawieja, 2018). Selon Hipwell, Tyler et Wilson (1989), ce stress s'expliquerait par le manque de

préparation face à ce type de prise en soins. D'ailleurs, la prise en soins de personnes mourantes serait l'acte le plus stressant dans la profession d'infirmier.ière (McWhan, 1991). Pour exemple, dans le cas d'un patient décédé, la toilette mortuaire ne serait pas un acte de soins développé à l'école, mais plutôt directement expérimenté sur le terrain (Petrognani, 2017). Cette situation peut être difficilement vécu si la première fois n'est pas accompagnée. Pour autant, par manque de temps, de personnel et de surcharge de travail, les étudiants ou les jeunes diplômés peuvent être amenés à faire une toilette mortuaire seuls. Cette expérience peut autant être vécue comme stressante que traumatisante (Bloomer, Endacott, O'Connor et Cross, 2013). Pour cette situation, Petrognani (2017) a mis en évidence plusieurs types de stress : l'adapté ou le différé, le dépassé et le cumulatif. Cette profession demande en forme d'intelligence émotionnelle et d'empathie. Ainsi, il est important de préciser que des soignants peuvent s'émouvoir à la suite du décès de patients âgés (Bloomer, Endacott, O'Connor et Cross, 2013)

1.3. Les conséquences du stress chez les soignants

Le stress au travail est aujourd'hui un problème de santé publique, en particulier dans le domaine de la gériatrie (Safy-Godineau, 2013). Selon Selye, le stress impacte la santé que cela soit physiologiquement ou psychologiquement, pouvant amener à un « trouble de l'adaptation » (cité dans Faivre, 2016), avec des conséquences négatives sur la santé physique et mentale des travailleurs (Légeron, 2008).

Les auteurs Cox et Leiter en 1992 puis Cooper et Cartwright en 1996 ont montré une corrélation positive entre l'amélioration de la qualité de travail et la réduction du stress au travail (cités dans Hopkinson, Hallett et Luker, 2005). Borrill, Wall, West, Hardy, Shapiro, Hayes, Stride, Woods et Certer ajoutent en 1998 que la diminution du stress est aussi corrélée avec une réduction des maladies chez les soignants, et donc avec une diminution des arrêts maladies et des roulements de personnels (cités dans Hopkinson, Hallett et Luker, 2005).

Physiologiquement, le stress peut engendrer des troubles du sommeil (Tyler et Ellison, 1994), des maux d'estomac et de tête (Roberts et Grubb, 2014), de l'hypertension artérielle, un taux élevé de cholestérol (Goodspeed et Delucia, 1990), des douleurs chroniques, des problèmes dermatologiques (García-Campayo, Puebla-Guedea, Herrera-Mercadal et Daudén, 2016). Le stress peut être un facteur de risque de développement de cancers, de maladies infectieuses et auto-immunes (Brunner, 2000) et de maladies cardio-vasculaires et cérébro-vasculaires (García-Campayo, Puebla-Guedea, Herrera-Mercadal et Daudén, 2016). Il peut donc endommager le cerveau (Contrada et Baum, 2011) et le système nerveux (Thierry, Javoy, Glowinski et Kety, 1968). Si le stress se chronicise sur le long terme (Sarahian, Sahraei, Zardooz, Alibeik et Sadeghi, 2014), certaines zones du cerveau peuvent s'atrophier irréversiblement (Lupien, McEwen, Gunnar et Heim, 2009). L'hippocampe est notamment la partie du cerveau la plus sensible au stress chronique (Luine, Villegas, Martinez et McEwen, 1994).

Le stress peut générer des conséquences sur les soignants, sur leurs patients, mais aussi sur leur entourage professionnel et personnel. Les patients de soignants exposés au stress et à un syndrome de l'épuisement professionnel présenteraient une insatisfaction de leur prise en soins (Sansó, Galiana, Oliver, Pascual, Sinclair et Benito, 2015). La fatigue des soignants, en conséquence au stress, peut aussi être la cause d'insécurité de ces

derniers et de leurs patients (Harrad et Sulla, 2018, Légeron, 2008). Par ailleurs, le manque de temps engendrant du stress, ne permet pas aux soignants de créer une relation soignant-soigné (Kayser-Jones, 2002) et par conséquent, ceci peut amener à un manque de stimulation pour les patients en EHPAD qui perdent en autonomie (Estryn-Behar, et al. 2013). Le stress professionnel peut aussi être la cause de la perturbation des relations familiales (Caufield, Chang, Dollard et Elshaug, 2004).

Psychologiquement, le stress peut entraîner des conséquences directes sur les soignants. Les auteurs nomment : la tension, l'irritabilité, les émotions contradictoires et la dépression. L'exposition importante au stress peut engendrer des conduites addictives (Contrada et Baum, 2011) tels que la consommation de tabac et d'alcool (Albertson, 2006, Wemme et Rosvall, 2005) ; des troubles cognitifs (Gottlieb, 1997) ; des troubles de l'humeur (Caufield, Chang, Dollard et Elshaug, 2004) ; un épuisement professionnel pouvant se développer à cause d'un stress cumulé (Harrad et Sulla, 2018) ; une démotivation (Firth et Britton, 1989) ; un manque d'enthousiasme ; une perte d'innovation ; une faible productivité (Légeron, 2008) ; une dépression (Firth et Britton, 1989) ou une démission (Byod, Lewin et Sager, 2009, Jackson et Schuler, 1985).

Toutes ses conséquences pouvant elles-mêmes amener à des stratégies d'ajustement inadaptées (Tyler et Ellison, 1994). Plus précisément, les troubles de l'humeur et du sommeil, les maux d'estomac et de tête et la perturbation des relations familiales seraient, selon Caufield, Chang, Dollard et Elshaug (2004) des signes précoce révélateurs de stress au travail. Il peut aussi être la cause d'anxiété, de dépression (Bildt et Michelsen, 2002, Landsbergis, Schnall, Deitz, Friedman et Pickering, 1992) pouvant amener à des consultations voire l'admission en psychiatrie (Cherniss, 1980, Metules et Bolanger, 2000, cités dans Roberts et Grubb, 2014). Le stress favorise le doute et la baisse de l'estime de soi (Larson, 1987). García-Campayo, Puebla-Guedea, Herrera-Mercadal et Daudén (2016) ont développés les comportements possibles face à chacune de ces conséquences physiques et psychologiques (Cf. Tableau 1).

Physique	Comportemental	Psychologique
Tension musculaire	Manque de participation au travail	Hostilité
Ulcères	Diminution de performance	Anxiété
Maux de têtes	Augmentation de consommation de tabac et de substances addictives	Dépression
Hypertension	Modifications de l'appétit	Apathie
Insomnie	Abandon de comportements sains	Epuisement émotif
La douleur chronique		Cynisme
Tachycardies		Insatisfaction
Maladies cardiovasculaires		Irritabilité
Gastro-intestinal		Frustration
Maladies cérébro-vasculaire		Problèmes adaptatifs

Tableau 1 : Impact des situations de stress au travail sur la santé des gens (García-Campayo, Puebla-Gudea, Herrera-Mercadal et Daudén, 2016)

En 2016, 12% des travailleurs européens souffriraient d'épuisement professionnel. Les soignants sont d'autant plus à risque d'être épuisés professionnellement en raison du stress perçu (Estrym-Behar et al., 2013). Cet épuisement, nommé aussi *burn-out* apparaîtrait dans le cas d'harcèlement ou de troubles adaptatifs au travail. Le syndrome d'épuisement professionnel serait la conséquence principale du stress (García-Campayo, Puebla-Gudea, Herrera-Mercadal et Daudén, 2016). Freudberger définit cet état comme étant le fait d'« échouer, de s'user ou de s'épuiser en sollicitant de manière excessive son énergie, sa force ou ses ressources. » (1974, p. 159-160). Le syndrome d'épuisement professionnel peut être diagnostiqué par des signes comportementaux et physiques tels que : une forte fatigue, la présence d'un rhume persistant, des maux de tête, des troubles gastro-intestinaux, de l'essoufflement et de l'insomnie. Dans le cadre comportemental, les soignants présentent de la colère, de la frustration, l'impossibilité à retenir leurs émotions et une attitude méfiante voire paranoïaque (Freudberger, 1974). Figley (1995, p.1) décrit aussi la fatigue compassionnelle comme étant une conséquence du stress au travail et se définissant comme : « la capacité ou l'intérêt réduit de l'aidant naturel à faire preuve d'empathie ou à supporter la souffrance des clients et les comportements et les émotions naturels résultant de la connaissance d'un événement traumatisant vécu ou subi par une personne. ». C'est en situation de stress que les soignants risquent de développer une fatigue compassionnelle (Zhang, Zhang, Han, Li et Wang, 2018). Le sentiment d'impuissance dans le cas de patients ne pouvant pas être sauvés peut aussi amener à cette fatigue (Zhang, Zhang, Han, Li et Wang, 2018). Cette dernière serait un facteur prévenant d'un éventuel épuisement professionnel (Benson et Magraith, 2005, Figley, 1995, Yoder, 2010). La notion de compassion peut être mise en lien avec la notion d'empathie. Ces capacités de cognition sociale sont nécessaires dans le lien thérapeutique. Effectivement, si la compassion et l'empathie sont fragilisées par le stress, alors les soins risqueraient d'être moins efficaces et de moins bonne qualité. Toutefois, un niveau d'empathie trop haut risque d'amener vers un épuisement professionnel (Benson et Magraith, 2005).

1.4. Les facteurs de vulnérabilité et de protection des soignants face au stress professionnel

La génétique et le sexe jouent un rôle dans la vulnérabilité face au stress (Contrada et Baum, 2011). Les femmes perçoivent plus de stress que les hommes, même s'il existe des différences inter-individuelles importantes (Quick et Henderson, 2016, Laraqui, Laraqui Tripodi, Caubet, Verger et Laraqui, 2008). D'ailleurs, les aspects professionnels, l'environnement, la manière dont le personnel est perçu, les stratégies d'ajustement et le niveau d'éducation peuvent rendre vulnérable face au stress (Harrad et Sulla, 2018). Ce dernier peut aussi être stimulé par : la charge de travail caractérisée comme élevée ; l'insatisfaction au travail (Filgueira Martins Rodrigues, Euzébia Pereira Santos et Sousa, 2017) ; le manque de reconnaissance ; la précarité économique (Laraqui, Laraqui, Tripodi, Caubet, Verger et Laraqui, 2008) ; le manque d'expérience (Jurado, del Carmen Pérez-Fuentes, Linares, Márquez et Martínez, 2018) ; la dangerosité et la mauvaise qualité des soins ; l'attente des patients dans les services pouvant amener à l'altération de la sécurité des patients et les ressources limitées (Filgueira Martins Rodrigues, Euzébia Pereira Santos et Sousa, 2017) ; la gravité de la maladie du patient

impliquant une surveillance accrue ; les heures de travail irrégulières ; les repas pouvant être pris rapidement dans le cas des services d'urgences (Laurent et Chahraoui, 2012) ; les interventions la nuit, la violence dont les agressions verbales et physiques (Khalid, Sende, Jbeili, Soupizet, Jaulin, Schyahn, Margenet et Marty, 2007) et le manque de loisirs et d'activités physiques (Laraqui, Laraqui Tripodi, Caubet, Verger et Laraqui, 2008). Dans le contexte actuel de la crise sanitaire, le déficit de protection individuel, la réaffectation de postes, le manque de communication, de matériel, la stigmatisation sociale et la peur de contaminer un proche sont des facteurs de vulnérabilité face au stress, mais aussi à l'anxiété, à la dépression, à l'épuisement et au stress post-traumatique (El-Hage, Hingray, Lemogne, Yrondi, Brunault, Bienvenu et Aouizerate, 2020). La confrontation à la prise en soins de patients en fin de vie et à leur mort est un facteur de vulnérabilité au stress (Laraqui, Laraqui Tripodi, Caubet, Verger et Laraqui, 2008).

Les personnalités qui aiment le défi et le contrôle, considérées comme plus « endurantes » protègeraient du stress (Quick et Henderson, 2016, Jurado, del Carmen Pérez-Fuentes, Linares, Márquez et Martínez, 2018). D'ailleurs, les personnes les plus résilientes se présenteraient plus stables émotionnellement ce qui leur permettrait de faire face plus facilement au stress (de Vera Garcia et Gambarte, 2019). Pour Quick et Henderson (2016), les facteurs de protection du stress sont majoritairement caractérisés par les relations interdépendantes avec autrui. En effet, elles permettraient d'avoir un soutien émotionnel. De même que, Tyler et Ellison rapportent que les infirmières vivant avec un partenaire sont moins vulnérables au stress, et selon Kandel, Davies et Raveis en 1985, cette constatation est d'autant plus importante si le professionnel de santé est parent. Les individus qui sont divorcés ou veufs perçoivent moins de stress que les individus célibataires. Le principe d'avoir plusieurs rôles professionnels et personnels permettrait de protéger les soignants du stress professionnel (Tyler et Ellison, 1994). Il existerait d'autres facteurs de protection face au stress tels que : la compétence à résoudre des problèmes liés à l'apprentissage et l'expérience (Dolbier, Smith et Steinhardt, 2007, Park et Han, 2011) ; l'auto-efficacité ; la pleine conscience (He, Turnbull, Kirshbaum, Phillips et Klainin-Yobas, 2018, Jurado, del Carmen Pérez-Fuentes, Linares, Márquez et Martínez, 2018) ; le contrôle possible ou le sentiment de maîtrise sur l'environnement (Jurado, del Carmen Pérez-Fuentes, Linares, Márquez et Martínez, 2018, El-Hage, Hingray, Lemogne, Yrondi, Brunault, Bienvenu et Aouizerate, 2020) et la capacité à s'ajuster avec souplesse face aux situations (Klohnen, 1996). D'ailleurs, la gestion du stress elle-même est une protection face au syndrome d'épuisement professionnel (Maraña del Carmen et del Mar Molero-Jurado, 2018).

Selon Paulhan et Bourgeois en 1995, le stress ressenti serait médiatisé et réévalué cognitivement par les stratégies d'ajustement (cités dans Brunel et Grima, 2010). La suite de ce cadre théorique évoque donc ces stratégies.

2. Les stratégies d'ajustement chez les soignants confrontés au décès de patients âgés

2.1. Les stratégies d'ajustement

Il existe plusieurs réponses possibles face au stress. En fonction des courants, les processus sont expliqués et définis différemment. En psychanalyse notamment, Freud (1915, 1968) parle de mécanisme de défenses

générés en lien avec la notion de pulsion. Il en développe plusieurs : le renversement en son contraire, le retournement sur la propre personne, le refoulement et la sublimation (cité dans Ionescu, Jacquet et Lhote, 2020). Dans les thérapies cognitivo-comportementales ces processus sont appelées « stratégies d'ajustement » ou de *coping*. En anglais, *To cope* est généralement défini en français par « lutter de manière équilibrée » ou « lutter avec succès » (Bailey et Clarke, 1989, p. 35). Cette notion a été définie par l'auteur Dewe en 1987, comme un processus d'ajustement qui peut être actif ou passif, direct ou indirect et efficace ou inefficace. Il s'élabore face à toutes situations perçues comme menaçantes (Hopkinson, Hallett et Luker, 2005, Bailey et Clarke, 1989).

La ou les stratégie.s d'ajustement utilisée.s dépendrait.aient de la nature négative ou positive du stress perçu face à la situation (Lazarus et Folkman, 1984). Lazarus et Folkman définissent les stratégies d'ajustement comme étant : « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. » (1984, p. 114). Ils décrivent donc des stratégies d'ajustement fonctionnelles et dysfonctionnelles. Les stratégies fonctionnelles désigneraient des comportements de type : planification, recherches d'informations, recherche de soutien social, etc., tandis que les stratégies dysfonctionnelles s'apparenteraient à : la fuite dans le sommeil, la consommation d'alcool, évitement d'autres activités ou encore des conduites agressives vers autrui (Lazarus et Folkman, 1984 ; Grebot et Barumandzadeh, 2005). Le but des stratégies d'ajustement serait de réduire ou d'éliminer une menace (Hopkinson, Hallett et Luker, 2005, Bailey et Clarke, 1989), découlant des processus d'évaluation primaire et secondaire précédemment décrits (Bailey et Clarke, 1989, Lazarus et Folkman, 1984).

Il existe une multitude de stratégies d'ajustement. Les recherches de Folkman et Lazarus en 1984, de McCrae la même année et de De Ridder (1997) ont permis de regrouper deux à vingt-huit stratégies d'ajustement différentes. De ces travaux découlent deux méta-stratégies : une première dimension instrumentale, comportementale en lien avec la vigilance et la confrontation ; et une deuxième émotionnelle, d'évitement, palliative. Les stratégies d'ajustement axées sur les émotions solliciteraient des problèmes psychologiques. Tandis que les celles axées sur la problématique ou l'adaptation active seraient plutôt liées au bien-être (Braun-Lewensohn, 2015). Plus précisément, les stratégies centrées sur le problème sont en lien avec la vigilance et la confrontation (Braun-Lewensohn, 2015). Ce sont des stratégies qui amènent le sujet vers l'effort de modifier ou résoudre le problème (Lazarus et Folkman, 1984) et ce, caractérisé par le fait de comprendre, d'analyser les situations (Bailey et Clark, 1989, Tyler et Ellison, 1994), de générer des options et d'en évaluer leur efficacité et par le fait de mettre en œuvre un plan afin de se préparer à la situation (Tyler et Ellison, 1994). Les stratégies centrées sur les émotions vont elles, tenter de gérer la détresse émotionnelle qui est associée à la situation (Lazarus et Folkman, 1984). Cela par des comportements caractérisés par l'évitement, la fuite, les pleurs ou encore la consommation de substance (Chun, Knight et Youn, 2007, Gibbons, 2010, Lazarus et Folkman, 1984, Li, Cooper, Barber, Rapaport, Griffin et Livingston, 2014).

2.2. Les stratégies d'ajustement, chez les soignants

Tyler et Ellison (1994) ont mené une étude afin d'identifier les stratégies d'ajustement utilisées par les soignants et notamment, les infirmières. La stratégie d'ajustement comportementale active, consistant à

Hemery Justine | Les stratégies de coping utilisées par les soignants dans une situations stressante : La prise en soins en fin de vie et le décès de patients âgés  9

échanger avec des proches tels qu'un.e partenaire, la famille, les amis ou les collègues, des problèmes que les soignants peuvent rencontrer est la plus utilisée avec les stratégies d'ajustement cognitives. Elles peuvent aussi se définir par les activités de loisirs (Tyler et Ellison, 1994). Par la stratégie d'ajustement du comportement vers l'activité, les pensées envahissantes seraient détournées (Hopkinson, Hallett et Luker, 2005). Les stratégies cognitives prennent en compte la situation comme un apprentissage positif. Elles se caractérisent par différentes actions : l'analyse de la situation, l'approfondissement de la problématique, la construction d'un plan s'appuyant sur les expériences passées (Bailey et Clark, 1989, Tyler et Ellison, 1994) et la préparation à une situation (Hopkinson, Hallett et Luker, 2005). Ces stratégies d'ajustement sont axées sur le problème (Di Mattei, Prunas, Novella, Marcone, Cappa et Sarno, 2008). Les soignants peuvent aussi tenter de faire face à la situation en cherchant l'aide dans l'institution, en demandant conseil et en échangeant avec les différents corps de métiers avec qui ils travaillent. Cette stratégie d'ajustement est concentrée sur le maintien du contrôle de la situation (Tyler et Ellison, 1994) et l'allègement des décisions en les prenant en équipe (Hopkinson, Hallett et Luker, 2005).

Les soignants peuvent utiliser des stratégies d'ajustement centrées sur les émotions (Chun, Knight et Youn, 2007, Gibbons, 2010, Lazarus et Folkman, 1984, Li, Cooper, Barber, Rapaport, Griffin et Livingston, 2014). Autrement dit, leurs réactions seraient influencées par leurs émotions et elles se caractériseraient par : des pleurs, de la consommation de tabac, d'alcool, une fuite. L'évitement est une stratégie d'ajustement émotionnelle considérée comme dysfonctionnelle et prédictrice du syndrome d'épuisement professionnel (Gibbons, 2010, Lazarus et Folkman, 1984). Même s'il peut être compliqué de prendre un recul émotionnel face à certains patients, le contrôle des émotions des soignants permettrait de maintenir la qualité de la prise en soins (Hopkinson, Hallett et Luker, 2005). Le coping religieux est aussi une forme de stratégie d'ajustement utilisé par certains soignants (Merritt et McCallum, 2013). Le déni correspond à la résolution du problème avec le temps. Les soignants qui utiliseraient cette stratégie d'ajustement se présenteraient comme joyeux, blagueurs et préféreraient travailler dans le stress car cela les rendrait plus efficaces dans leurs tâches à accomplir (Tyler et Ellison, 1994). L'utilisation de l'humour correspond à une certaine forme d'évasion, d'échappatoire qui se rapproche de la stratégie d'adaptation comportementale active (Hopkinson, Hallett et Luker, 2005). Les soignants utilisent parfois plusieurs stratégies d'ajustement en même temps (Di Mattei, Prunas, Novellan Marcone, Cappa et Sarno, 2008).

2.3. Stratégies d'ajustement et bien-être des soignants

« Apprendre à faire face ne leur donne pas seulement le contrôle sur leur propre vie et leur bien-être, mais les laisse libres de se concentrer sur aider les patients. » (Bailey et Clarke, 1989, p. 3). Chacune des stratégies de *coping* décrites plus haut, qu'elles soient efficaces ou non, ont toutes pour objectif de permettre à l'individu de faire d'une expérience menaçante, un vécu plus supportable (Bailey et Clarke, 1989). D'autant plus que le métier de soignant demande une certaine compassion, un soutien et un encouragement de la part des professionnels auprès des patients (Zhang, Zhang, Han, Li et Wang, 2018).

Il existe plusieurs facteurs déstabilisants les soignants s'occupant de patients mourants. L'idée est, selon Kearney et Weininger (2011), d'améliorer l'autonomie des professionnels de santé en les aidant à identifier ces différents facteurs et à faire face à ceux-ci de manière efficace. En effet, une stratégie d'ajustement considérée comme efficace permettrait aux soignants de contrôler la situation menaçante ayant ainsi un impact sur son bien-

être physique et psychique (Côté, 2013). Dans le cas du travail en service de soins palliatifs, savoir gérer ses émotions permettrait aux soignants de faire face de manière à conserver un certain bien-être et peuvent amener à une satisfaction professionnelle qui permet une prise en soins qualitative des patients. Au-delà de la gestion des émotions, cette satisfaction professionnelle et le bien-être de soignants et par conséquent celui des patients peuvent aussi être permis grâce à la répétition de l'expérience (Sansó, Galiana, Oliver, Pascual, Sinclair et Benito, 2015).

Brandtstädt et Renner en 1990 ont remarqué que l'utilisation de deux stratégies de manière simultanée permettrait une meilleure adaptation, de même que pour l'assimilation de la réalité et la réorganisation des priorités et des valeurs. Le fondateur de la psychologie positive, Seligman en 2012 explique que les stratégies qui se trouvent efficaces dans toutes situations sont celles qui se rapportent au bien-être de l'individu amenant ainsi les soignants à ressentir un accomplissement personnel. Effectivement, les soignants canadiens en service de soins palliatifs en ressentiraient beaucoup de satisfaction, de gratitude et de spiritualité. Dans le cas contraire, cela peut amener à un syndrome d'épuisement professionnel qui est fortement lié à l'épuisement émotionnel, à la dépersonnalisation et à la perte de l'estime de soi (Sansó, Galiana, Oliver, Pascual, Sinclair et Benito, 2015). Pour Lazarus et Folkman en 1984, la répétition des efforts en vain sont inefficaces, inutiles et épuisent la santé des soignants.

Dans le contexte de la prise en charge de patient âgé mourant, Kearney et Weininger (2011) proposent un modèle basé sur la conscience. En effet, les sujets qui ont un niveau élevé de conscience de soi ont moins de difficultés à faire face à la mort. L'addition de la conscience de soi et de l'empathie permettent comme déjà dit, de faire face à la mort mais aussi de pouvoir répondre aux besoins des patients mourant (Sansó, Galiana, Oliver, Pascual, Sinclair et Benito, 2015).

2.4. Les stratégies d'ajustement des soignants face à la mort de patients âgés et leurs conséquences

Les soignants peuvent se trouver en difficulté face à la prise en soins de patients en fin de vie et à la préparation des corps sans vie. Cela serait expliqué par la fragilisation du fantasme d'éternité en lien avec l'angoisse de mort et de finitude. En effet, ces situations peuvent déclencher une prise de conscience de la fin de chaque être vivant et les soignants peuvent identifier leurs proches et eux-mêmes dans cette mort. Face à ces situations, les soignants peuvent utiliser des stratégies d'ajustement, tels que le déni, le repli sur soi ou le désengagement (Bloomer, Endacott, O'Connor et Cross, 2013).

Serresse (2011) classifie en deux catégories de stratégies dans une situation de prise en soins d'un patient mourant. La première concerne les stratégies axées sur les émotions et la deuxième sur la résolution de problèmes. Les stratégies d'ajustement axées sur les émotions désignent : la mise à distance, la rationalisation, l'acceptation, l'évitement et la diversification des activités. Tandis que les stratégies d'ajustement axées sur la résolution de problèmes mobilisent : la formation, la recherche de soutien instrumental et la planification. Dans certaines situations, il est possible de prédire quand aurait lieu le décès, comment et pourquoi. Cependant, il arrive que des décès surviennent de manière inattendue. Dans ces cas, les soignants pourraient se montrer

irritables, hostiles, voire présenter une autre réponse émotionnelle qui s'apparenterait à de l'impatience (Touhy, Jett, Boscart, et McCleary, 2018). Une mort prévisible est plus simple à gérer qu'une mort brutale car elle permettrait aux soignants de se préparer en amont (Hopkinson, Hallett et Luker, 2005). Parfois les décès d'un patient peuvent être vécus comme étant un échec ou une réussite professionnelle. La mort du patient est considérée comme une réussite professionnelle quand elle se serait bien passée pour le patient (Touhy, Jett, Boscart, et McCleary, 2018). De manière générale, les principales stratégies utilisées considérées comme fonctionnelles chez les soignants confrontés à la prise en charge de patients âgés mourants est le fait de garder une distance professionnelle, de prendre soin de soi-même, d'avoir une supervision et de réinterpréter la situation de manière positive (Briccafiori et Sautière, 2014).

Le décès d'un patient âgé peut amener les soignants à se trouver dans un deuil compliqué. Ce deuil peut être vécu à la suite d'un épuisement professionnel comme personnel (Anderson et Ewen, 2011). Il désigne la réponse d'une personne qui fait face à une perte. C'est un processus actif et évolutif qui comprend l'expérience possible de la perte. Cette réponse induit un comportement qui est influencé par des normes sociales et culturelles et reste propre à chacun (Anderson et Ewen, 2011). Différents types de deuils existent. Le deuil anticipé amène à un détachement prématué au patient mourant, qualifié comme un décès sociologique et une mort psychologique. Ensuite, le deuil aigu fait référence à une crise de symptômes somatiques et psychologiques d'une détresse. A chaque fois que la perte est repensée, les symptômes reviennent. Les personnes qui en souffrent peuvent avoir un sentiment d'irréalité. Il peut être difficile pour la personne de mener à bien ses tâches, faisant ainsi référence à une perturbation fonctionnelle. Les sensations sont multiples, que ce soit de la culpabilité, de l'hostilité, de la colère, de la distraction, de l'agitation, du repli sur soi ou de la dépression. En termes de stratégies d'ajustement face à la situation d'un décès d'un patient âgé, la reconnaissance de la perte et le sens que l'individu lui donne, serait la plus fonctionnelle. Le but est de rester optimiste sans pour autant dénier la situation. Si les personnes montrent un pessimisme et une exigence alors elles utiliseraient plutôt des stratégies d'ajustement émotionnelles. Cependant, cette stratégie peut être laissée au profit d'une plus efficace dans la situation où les soignants acquièrent une certaine maturité professionnelle, notamment grâce à ses expériences (Touhy, Jett, Boscart et McCleary, 2018).

Objectif, problématique et hypothèses

Les soignants sont souvent confrontés au stress dans le cadre de leur travail pour diverses raisons évoquées plus tôt (Safy-Godineau, 2013, Van der Colff et Rothmann, 2009). Les situations de prise en soins de patients âgés (Blegen, 1993) et notamment dans un contexte de fin de vie engagent d'autant plus de stress (McWhan, 1991), avec des conséquences importantes sur les soignants, leurs patients et leur entourage (Firth et Britton, 1989, Légeron, 2008). Les plus alarmantes sont le syndrome d'épuisement professionnel (Freudenberger, 1974) et le syndrome de fatigue compassionnelle (Figley, 1995). Ceux-ci peuvent impacter l'état physique et psychique des soignants et engendrer une prise en soins moins qualitative pour les patients (Estryn-Behar et al., 2013). Face au stress, il existe des stratégies d'ajustement considérées comme étant fonctionnelles et dysfonctionnelles en fonction de la situation professionnelle et personnelle des soignants (Lazarus et Folkman, 1984). L'objectif de ce mémoire est de faire le lien entre le stress perçu, l'intensité du deuil ressenti et les

stratégies d'ajustement utilisées par les soignants dans la situation considérée comme stressante, celle de la prise en soins en fin de vie et le décès de patients âgés.

Hypothèse générale n° 1 : Il existe un lien entre le score de stress perçu des soignants et le score et le type de stratégies d'ajustement qu'ils utilisent en situation de prise en soins en fin de vie et de décès de patients âgés.

1. Le score de stratégie d'ajustement situationnel est corrélé négativement avec le score de stress perçu quotidien.
2. Le score de stratégie d'ajustement situationnel est corrélé négativement avec le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant.
3. Le score de stratégie d'ajustement situationnel est corrélé positivement avec le score de stress perçu en lien avec les contraintes de l'environnement.
4. Le score de stress perçu au quotidien est corrélé positivement avec le type de stratégies d'ajustement axées sur les émotions.
5. Le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant est corrélé positivement avec le type de stratégies d'ajustement axées sur les émotions.
6. Le score de stress perçu en lien avec les contraintes de l'environnement est corrélé positivement avec le type de stratégies d'ajustement axées sur le problème.

Hypothèse générale n° 2 : Il existe un lien entre le score d'intensité du deuil et le score et le type de stratégies d'ajustement que les soignants utilisent en situation de prise en soins en fin de vie et de décès de patients âgés.

1. Le score de stratégies d'ajustement situationnelles est corrélé négativement avec le score d'intensité du deuil.
2. Le score d'intensité du deuil est corrélé positivement avec le type de stratégies d'ajustement axées sur les émotions.

Hypothèse générale n° 3 : Il n'existe pas de lien entre le score de stress perçu des soignants et le score d'intensité du deuil face au décès de patients âgés.

1. Le score de stress perçu au quotidien n'est pas corrélé avec le score d'intensité du deuil.

Hypothèse générale n° 4 : Le score de stress perçu et le score d'intensité du deuil peuvent prédire le score et le type de stratégies d'ajustement que les soignants utilisent en situation de prise en soins en fin de vie et de décès de patients âgés.

1. Le score de stratégies d'ajustement situationnelles est prédict significativement par le score de stress perçu au quotidien et le score d'intensité du deuil.
2. Le score de stratégies d'ajustement situationnelles est prédict significativement par le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et le score d'intensité du deuil.
3. Le score de stratégies d'ajustement situationnelles est prédict significativement par le score de stress perçu en lien avec les contraintes de l'environnement et le score d'intensité du deuil.

4. Le type de stratégies d'ajustement axées sur les émotions est prédict significativement par le score de stress perçu et le score d'intensité du deuil.

Méthodologie

1. Participants

91 professionnels de santé se sont portés volontaires pour participer à cette étude. L'âge moyen de cet échantillon est de 41 ans. L'écart-type est de 10,4 et l'étendue de 21 ans à 62 ans. Cet échantillon comporte, 9,9% (n=9) d'hommes, et 90,11% (n=82) de femmes. 61,54% (n=56) sont en couple avec enfant(s) tant que 14,29% (n=13) sont en couple sans enfant, 12,09% (n=11) sont seul(e) avec enfant(s) et 12,09% (n=11) sont seul(e)s sans enfant. Pour la majorité, les participants ont une Licence ou une Licence Professionnelle, environ 32,97% (n=30), 16,48% (n=15) ont arrêté leurs études au baccalauréat, 15,38% (n=14) ont un CAP, BEP, Brevet des collèges, 14,28% (n=13) ont un BTS ou un DUT, environ 10,99% (n=10) ont un Doctorat, habilitation à diriger des recherches et enfin 9,9% (n=9) ont un Master ou un équivalent. Parmi les participants, certains travaillent en zone rurale (35,58%, n=37), d'autres en zone périurbaine (27,88%, n=29) et 36,54% (n=38) en zone urbaine. La plupart des sujets ont un emploi dans un EHPAD, soit 48,08% (n=50) de l'échantillon. Les participants exercent pour la majorité leur métier dans aucune unité spécifique, soit 20,35% (n=23) de l'échantillon, 16,81% (n=19) travaillent dans une Unité pour Personnes Âgées Désorientées et 9,73% (n=11) sont dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique. Statistiquement, la majorité des participants sont infirmiers.ières, soit 40,66% (n=37) et 30,77% (n=28) sont des aides-soignants.es, 10,99% (n=10) sont des médecins et le reste concerne des diététiciens, des aides-médico-psychologique, des auxiliaires de vie, des cadres de santé, des agents de soins et des psychologues. Cet échantillon est composé de professionnels ayant en moyenne 15 années d'ancienneté dont l'écart-type est de 10,27 et l'étendue de 1 à 40 ans.

L'expérience professionnelle auprès de personnes âgées est un critère obligatoire pour pouvoir participer à cette étude, alors les sujets inclus travaillent ou ont travaillé en moyenne 12 ans auprès de personnes âgées dont l'écart-type est de 8,83 avec une étendue de 1 à 35 ans. 12,09% (n=11) des professionnels de santé de cette étude s'occupent à titre personnel de personne âgée ou handicapée dans leur famille. La plupart se trouve dans leur établissement actuel depuis en moyenne 8 ans avec un écart-type de 9,21 pour une étendue de moins d'un an à 37 ans. 75,82% (n=69) travaillent à temps plein, 20,88% (n=19) à temps partiels et 3,3% (n=3) ont un temps de travail supérieur à un temps plein. Parmi les sujets travaillant à temps partiel, 2,2% (n=2) ont un temps inférieur à un mi-temps et 18,69% (n=17) un temps supérieur.

2. Outils

2.1. Mesure du stress général : Percieved Stress Scale 10 (PSS10)

La PSS10 a été créée par Cohen, Kamarck et Mermelstein en 1983 et traduite de l'anglais au français par Quintard en 1994 (Langevin, Boini, François et Riou, 2015). Composée de 10 items, elle permet de mesurer le

stress face à des situations de vie quotidienne (Lesage, Berjot et Deschamps, 2012). Sur la base d'analyses factorielles des auteurs ont pu ressortir deux sous-catégories de facteurs: les contraintes de l'environnement (items 1, 2, 3, 6, 9 et 10) et les ressources de l'individu (items 4, 5, 7 et 8) pour y faire face (cités dans Dupert et Bocéréan, 2013, p. 364).

→ **Exemple d'item pour le facteur mesurant les contraintes de l'environnement**

Item 01 : « Au cours du dernier mois, combien de fois, avec-vous été dérangé(e) par un évènement inattendu ? ».

→ **Exemple d'item pour le facteur mesurant les ressources de l'individu pour y faire face**

Item 09 : « Au cours du dernier mois, combien de fois, avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ? ».

La modalité de réponse s'effectue grâce à une échelle de Likert en 5 modalités allant de 0 à 4 points (0 = jamais et 4 = souvent). Les items 4, 5, 7 et 8 sont inversés. La passation se ferait en environ quatre minutes. Normalement cette échelle est unidimensionnelle permettant d'obtenir un score global, toutefois certains auteurs proposent de calculer deux sous-scores correspondant aux deux facteurs mis en évidence plus haut (Langevin, Boini, François et Riou, 2015). Dans le cas d'une analyse unidimensionnelle, un score total peut être obtenu en additionnant ceux de chaque item. Il peut varier entre 0 et 40. Plus le score est élevé et plus le stress est perçu par le participant comme important (Lesage, Berjot et Deschamps, 2012). Le coefficient de consistance interne Alpha de Cronbach de) est satisfaisant car il s'élève à .86 (Dupert et Bocéréan, 2013).

2.2. Mesure des stratégies d'ajustement : BRIEF-COPE

Ce questionnaire a été créé par Carver en 1997 et traduit en français par Muller et Spitz en 2003. Il est la version abrégée de l'inventaire Cope de Carver et collaborateur (1989). Le BRIEF-COPE évalue les stratégies d'ajustement de manière multidimensionnelle et situationnel. Ses 28 items sont répartis en 14 items (Cf. Annexe 1) : le coping actif, la planification , la recherche de soutien social instrumental, la recherche de soutien social émotionnel, l'expression des sentiments, le désengagement comportemental, la distraction (Item 1 : « Je me suis tourné(e) vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées. »), le blâme (Item 12 : « Je me suis critiqué(e). »), la réinterprétation positive (Item 11 : « J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif. »), l'humour (items 16 et 28), le déni (items 3 et 21), l'acceptation (Item 23 : « J'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation. »), la religion (Item 27 : « J'ai prié ou médité. ») et l'utilisation de substance (Item 4 : « J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux. ») (Muller et Spitz, 2003).

Ce questionnaire peut être utilisé selon deux formats : situationnel ou dispositionnel. Cette présente étude utilise le BRIEF-COPE sous le format situationnel, suivant le modèle transactionnel du stress de Lazarus (1984). Il a donc été demandé aux sujets de penser à une expérience de prise en soins en fin de vie ou au décès d'un patient âgé qui les a particulièrement touchés. La modalité de réponse s'effectue grâce à une échelle de Likert en 4 points (1 à 4) allant de « pas du tout » à « toujours » (Muller et Spitz, 2003). Pour chaque facteur un score est établi grâce à l'addition des réponses des items correspondant. Plus les scores sont élevés (minimum 2, maximum 8 points) plus l'utilisation du mécanisme qu'ils définissent est importante (Institut Nazareth et Louis-

braille). Un score total sur 112 points est obtenu en additionnant tous les items. Plus le score est élevé et plus le sujet a recours à des stratégies de coping situationnelles. Un alpha de Cronbach a été calculé pour chaque facteur variant entre .45 et .79. Leur moyenne est supérieure ou égale à .70. Le coefficient de consistance interne reste donc satisfaisant (Rahman, Issa et Naing, 2021).

2.3. Mesure du deuil pathologique : Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)

Le TRIG, créé en 1987 par Faschingbauer, De Vaul et Zisook, mesure l'intensité du deuil en tant qu'émotion vécue par le sujet de manière générale. Il a été traduit et validé en français par Paulhan et Bourgeois en 1995. Ce test comporte plusieurs parties (Bourgeois, 2006). La première est informative sur les faits connexes (Futterman, Holland, Brown, Thompson et Gallagher-Thompson, 2010) tels que la prévisibilité de la mort du patient et la relation entretenue avec lui (Bourgeois, 2006). Les deux autres parties sont constituées de 21 items qui sont donc divisibles en deux facteurs : les 8 premiers évaluent le comportement passé tandis que les 13 autres se concentrent sur les sentiments actuels (Bourgeois, 2006).

→ **Exemple d'item de la partie évaluant le comportement passé**

Item 02 : « Après sa mort j'ai trouvé difficile de travailler. »

→ **Exemple d'item de la partie évaluant les sentiments actuels**

Item 03 : « Je ne peux pas accepter sa mort. »

Concernant les 21 items, le sujet doit répondre en suivant une échelle de Likert à 5 points allant de « vrai » à « faux », respectivement coté de 1 à 5. Normalement la partie sur les comportements passés représente un score qui reste stable entre deux passations sur un même sujet à deux moments différents. C'est le score obtenu sur les sentiments actuels qui peut varier avec le temps et donc être informatif des éventuelles étapes du deuil. (Bourgeois, 2006). Selon une analyse factorielle, un modèle à 3 facteurs est mis en avant : réponse émotionnelle à la perte, non-acceptation de la perte et réflexions sur la perte. Selon Neimeyer et Hogan en 2001, les cohérences internes des deux parties (comportement passé et sentiments actuels) sont satisfaisantes. L'alpha de Cronbach est de .78-.89 pour la première partie et pour la seconde, il est de .90-.93 (cités dans Bourgeois, 2006). Ce test se termine par une troisième partie dont le sujet répond par « vrai » ou « faux » (vrai = 1 point et faux = 0 point) sauf pour l'item 3 qui contrebalance (0 pour « vrai » et 1 pour « faux »). Cette dernière partie correspond aux sentiments et aux actions que le sujet a au moment du décès du patient (Futterman, Holland, Brown, Thompson et Gallagher-Thompson, 2010).

2.4. Mesure de l'empathie : Basic Empathy Scale (BES)

Ce test mesure l'empathie cognitive et affective. Il a été créé par Jolliffe et Farrington en 2006 et a été validé en 2008 par D'Ambrosio, Olivier, Didon et Besche. Il est constitué de 20 items qui sont différenciés en deux sous-catégories de facteurs : l'empathie cognitive (par ex. « J'ai du mal à savoir quand mes ami(e)s ont peur. ») et l'empathie affective (par ex. « Je peux être effrayé(e) par un bon film d'horreur. »). Les participants répondent à chacun des items selon une échelle de Likert en 5 points allant de « tout à fait en désaccord » à « tout à fait d'accord » valant respectivement 1 et 5. Le score est global pouvant varier de 20 à 100, la note

minimale correspondant à un déficit d'empathie et la maximale à un niveau d'empathie élevée. L'Alpha de Cronbach s'élève à .80 et est donc satisfaisant. Il est plus précisément à .77 pour l'empathie affective et à 0.66 pour l'empathie cognitive (D'Ambrosio, Olivier, Didon et Besche, 2008). Ce test ne sera pas utilisé dans l'analyse statistique. Il permet de terminer le questionnaire sur un point émotionnellement moins lourd que la notion de deuil amenée par le TRIG.

2.5. Grille d'entretien

Une grille d'entretien (Cf. Annexe 2) a été construite dans le but de mener, en complément, un entretien semi-directif auprès d'une infirmière volontaire. Elle est composée de cinq parties : données anamnestiques, le stress perçu au quotidien, la situation de fin de vie et de décès d'un patient âgé, les stratégies de coping élaborées et les sentiments ressentis face à cette situation précise.

3. Procédure

Les sujets ayant participés au questionnaire en ligne ont été contacté par le biais des lieux de stage, d'associations, de Centre Hospitalier, d'EHPAD, de réseaux sociaux et grâce à la diffusion de participants à leurs collègues. Leur consentement était libre et éclairé. Ils étaient informés que ces données étaient anonymisées et utilisées seulement dans le cadre de ce travail universitaire. Ils avaient la possibilité de stopper leur passation à n'importe quel moment. Dans ce cas, leurs données n'étaient pas prises en compte, seule la validation à la fin du questionnaire validait leur participation et enregistrait leurs réponses.

En plus de cette enquête en ligne, un entretien semi-directif a été mené auprès d'une infirmière coordinatrice d'un EHPAD. L'entretien a été mené dans un cadre intime, bienveillant et neutre avec l'autorisation de la directrice de l'établissement et de sa successeuse, ceci ayant été objectivé par une demande d'autorisation et une affiche d'informations (Cf. Annexe 3 et 4). Le consentement de la participante était libre et éclairé. De même que pour le questionnaire en ligne, elle avait la possibilité d'arrêter l'entretien quand elles le voulaient et les données étaient gardées selon leur autorisation claire et confirmée par une lettre de demande de consentement (Cf. Annexe 5).

4. Analyses statistiques

Des statistiques descriptives seront menées en premier lieu en fonction des professions, des structures, des expériences et des situations familiales. Toutes les variables des hypothèses sont quantitatives. Le score et le type de stratégies d'ajustement sont des variables dépendantes et le score de stress perçu au quotidien, le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant, le score de stress perçu en lien avec les contraintes de l'environnement et le score d'intensité du deuil sont des variables indépendantes. Des corrélations linéaires de Pearson seront donc menées pour répondre à la première hypothèse générale concernant le lien entre le score de stress perçu et le score et le type de stratégies d'ajustement, de même pour la deuxième hypothèse générale concernant le lien entre le score d'intensité du deuil et le score de stratégie d'ajustement, et enfin pour répondre à la troisième hypothèse qui postule qu'il n'y a pas de lien entre le score de stress perçu et le score d'intensité du deuil. Sachant que l'échantillon est supérieur à 30, les données suivent une loi normale de plus, l'échantillon

est indépendant alors, pour la dernière hypothèse postulant que le score de stress perçu et le score d'intensité du deuil prédisent le score et le type de stratégies d'ajustement, nous ferons des régressions linéaires multiples. Concernant la dernière hypothèse opérationnelle nous nous aiderons des statistiques Bayésiennes afin de trouver le meilleur modèle de prédiction pour en faire des régressions linéaires multiples.

5. Résultats

Des statistiques descriptives nous montrent que les participants de cette étude ont en moyenne 16,54 sur 40 au score de stress perçu au quotidien à la PSS10 avec un écart-type de 6,53, un score minimum de 0 et maximum de 31. Le score d'intensité du deuil au TRIG est d'en moyenne 93,2 sur 110 avec un écart-type de 12,28, un score minimum à 57 et maximum à 106. 12,09% (n=11) des participants ont vécu une mort de patient âgé brutale, 19,78% (n=18) lente, 13,19% (n=12) non prévisible et 54,94(n=50) prévisible. Ils étaient pour 49,45% (n=45), presque aussi proche que la plupart de leurs patients avec le patient âgé auquel ils pensaient, 27,47% (n=25) étaient plus proche que la plupart, 3,3% (n=3) étaient plus proche qu'aucune autre, 12,09% (n=11) n'étaient pas proche du tout et 7,7% (n=7) n'étaient pas aussi proche.

5.1. Lien entre stress et stratégies d'ajustement

L'hypothèse générale postule qu'il existe un lien entre le score de stress perçu par les soignants et le score et le type de stratégies d'ajustement que les soignants utilisent en situation de prise en soins en fin de vie et de décès de patients âgés. Afin de vérifier les hypothèses opérationnelles 1, 2 et 3, des corrélations linéaires montrent que nos données ne nous permettent pas de mettre en évidence un lien significatif entre le score de stratégie d'ajustement situationnel et le score de stress perçu au quotidien ($r=0,065$; $p=0,542$). Plus précisément, nos données ne nous permettent pas de mettre en évidence un lien significatif entre le score de stratégie d'ajustement situationnel et le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant (stress Score int) ($r=0,057$; $p=0,591$) et de même entre le score de stratégies d'ajustement situationnel et le score de stress perçu en lien avec les contraintes de l'environnement (stress Score ext) ($r=0,060$; $p=0,571$).

Corrélation de Pearson

Variable	Score global Stress		Score stress ext	Score stress int	Score global BriefCope
Score global	Pearson's r	0.065	0.060	0.057	—
BriefCope	p-value	0.542	0.571	0.591	—

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Concernant l'hypothèse opérationnelle 4, le score de stress perçu au quotidien est corrélé positivement avec le type de stratégies d'ajustement axées sur les émotions. Des analyses corrélationnelles nous montrent que la relation entre la stratégie d'ajustement de type « désengagement comportemental » et le score de stress perçu au quotidien est hautement significatif ($r=0,302$; $p<0,01**$). La corrélation est positive. Ainsi, plus le score de stress perçu au quotidien augmente et plus la stratégie d'ajustement « désengagement comportemental » augmente. Concernant la stratégie d'ajustement de type « blâme », il existe un lien avec le

score de stress perçu au quotidien qui est très hautement significatif ($r=0,355$; $p<0,001***$). La corrélation est positive donc plus le score de stress perçu au quotidien augmente et plus le score de stratégies d'ajustement de type « blâme » augmente. Enfin, la relation entre la stratégie d'ajustement « déni » et le score de stress perçu au quotidien est très hautement significatif ($r=0,356$; $p<0,001***$). La corrélation est positive. Ainsi, plus le score de stress perçu au quotidien augmente et plus de score de stratégies « déni » augmente.

Pour l'hypothèse opérationnelle 5, le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant est corrélé positivement avec le type de stratégies d'ajustement axées sur les émotions. Une corrélation a donc été menée pour vérifier cela. Il existe une relation significative entre la stratégie d'ajustement « coping actif » et le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant ($r=-0,243$; $p<0,05*$). La corrélation est ici négative indiquant que plus le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant augmente, plus le score de stratégies d'ajustement « coping actif » diminue. Il existe aussi un lien significatif entre le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et le score de stratégies d'ajustement de type « désengagement comportemental » ($r=0,249$; $p<0,05*$). La corrélation est positive impliquant que plus le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant augmente, plus le score de stratégies d'ajustement « désengagement comportemental » augmente. Entre le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et le score de stratégies d'ajustement de type « distraction », il y a un lien significatif ($r=0,221$; $p<0,05*$). La corrélation est positive. Alors, plus le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant augmente, plus le score de stratégies d'ajustement de type « distraction » augmente. Concernant le lien entre le score de stress perçu en lien avec les ressources de soignants et le score de stratégies d'ajustement de type « blâme », il y a une corrélation très hautement significative ($r=0,422$; $p<0,001***$). La corrélation étant positive, plus le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant augmente, plus le score de stratégies d'ajustement de type « blâme » augmente. Enfin, la relation entre le score de stratégies d'ajustement de type « déni » et le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant est très hautement significative ($r=0,274$; $p<0,001***$). La corrélation est positive. Plus le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant augmente et plus le score de stratégie d'ajustement de type « déni » augmente (Cf. Annexe 6).

Concernant l'hypothèse 6, le score de stress perçu en lien avec les contraintes de l'environnement est corrélé positivement avec le score de stratégie d'ajustement axé sur le problème. Une première corrélation linéaire nous montre que la relation entre la stratégie d'ajustement « désengagement comportemental » et le score de stress perçu en lien avec les contraintes de l'environnement est hautement significative ($r=0,289$; $p<0,01**$). La corrélation est positive. Ainsi, plus le score de stress perçu en lien avec les contraintes de l'environnement augmente et plus de score de stratégies « désengagement comportemental » augmente. De même pour la relation entre la stratégie d'ajustement de type « blâme » et le score de stress perçu en lien avec les contraintes de l'environnement qui est hautement significative ($r=0,268$; $p<0,05*$). Etant donné que la corrélation est positive, plus le score de stress perçu en lien avec les contraintes de l'environnement augmente, plus le score de stratégies d'ajustement « blâme » augmente. Enfin, la relation entre la stratégie d'ajustement « déni » et le score de stress perçu en lien avec les contraintes de l'environnement est hautement significative ($r=0,274$; $p<0,01**$). La corrélation est positive. Ainsi, plus le score de stress perçu en lien avec les contraintes de l'environnement augmente et plus de score de stratégies d'ajustement « déni » augmente (Cf. Annexe 6).

5.2. Lien entre stratégies d'ajustement et intensité du deuil

L'hypothèse générale 2 propose qu'il existe un lien entre le score d'intensité de deuil et le score et le type de stratégies d'ajustement que les soignants utilisent en situation de prise en soins en fin de vie et le décès de patients âgés. Pour l'hypothèse opérationnelle 1, le score de stratégie d'ajustement situationnelles est corrélé négativement avec le score d'intensité du deuil. Une analyse de corrélation montre qu'il existe un lien significatif entre le score de stratégies d'ajustement situationnel et le score d'intensité du deuil ($r=-0,238$; $p=<0,05^*$). La corrélation est négative, ainsi plus le score d'intensité du deuil diminue et plus le score de stratégies d'ajustement situationnelles augmente.

L'hypothèse opérationnelle 2 stipule que le score d'intensité du deuil est corrélé positivement avec le type de stratégies d'ajustement axées sur les émotions. Des analyses corrélationnelles nous montrent que la relation entre la stratégie d'ajustement « rechercher de soutien social émotionnel » et le score d'intensité du deuil est significative ($r=-0,234$; $p<0,05^*$). La corrélation est négative. Ainsi, plus le score d'intensité du deuil augmente et plus de score de stratégies « recherche de soutien social » diminue. Il existe aussi une relation entre la stratégie d'ajustement « distraction » et le score d'intensité du deuil est très hautement significatif ($r=-0,468$; $p<0,001^{***}$). La corrélation est négative. Ainsi, plus le score d'intensité du deuil augmente et plus de score de stratégies « distraction » diminue. Entre la stratégie d'ajustement « blâme » et le score d'intensité du deuil, il existe une relation très hautement significative ($r=-0,356$; $p<0,001^{***}$). La corrélation est négative. Plus le score d'intensité du deuil augmente et plus de score de stratégie d'ajustement « blâme » diminue. Enfin, une dernière analyse de corrélation montre que le lien entre la stratégie d'ajustement « déni » et le score d'intensité du deuil est très hautement significatif ($r=-0,341$; $p<0,001^{***}$). La corrélation est négative. Ainsi, plus le score d'intensité du deuil augmente et plus de score de stratégie « déni » diminue (Cf. Annexe 6).

5.3. Lien entre stress et intensité du deuil

Une seule hypothèse opérationnelle souhaite montrer que le score de stress perçu au quotidien n'est pas corrélé avec le score d'intensité du deuil. Toutefois, une analyse de corrélation nous montre que la relation entre le score de stress perçu au quotidien et le score d'intensité du deuil est significatif ($r=-0,266$; $p<0,05^*$). La corrélation est négative donc plus le score stress diminue, plus le score d'intensité du deuil augmente.

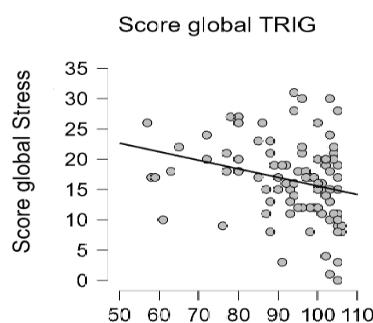


Figure 2 : Nuage de points concernant la corrélation entre le score de stress perçu au quotidien (Score global Stress) et le score d'intensité du deuil (Score global TRIG)

Toutefois, une analyse corrélationnelle selon des statistiques bayésiennes montre que le score d'intensité du deuil prédit 7% du score de stress perçu au quotidien et inversement. Ce modèle est 3,16 fois vraisemblable mettant ainsi une évidence modérée.

5.4. Prédiction des stratégies d'ajustement en fonction du stress et de l'intensité du deuil

L'hypothèse générale 4 expose que le score de stress perçu et le score d'intensité du deuil peuvent prédire le score et le type de stratégies d'ajustement que les soignants utilisent en situation de prise en soins en fin de vie et de décès de patients âgés. La première hypothèse opérationnelle postule que le score de stratégies d'ajustement situationnelles est prédit significativement par le score de stress perçu au quotidien et le score d'intensité du deuil. Nous avons effectué une régression linéaire multiple pour prédire le score de stratégie d'ajustement situationnelle à partir du score de stress perçu au quotidien et du score d'intensité du deuil. Nos données ne nous permettent pas de mettre en évidence une significativité dans la prédiction ($F(2,88)=2,638$; $p=0,077$; avec un R^2 de 0,057). Ainsi, le score global de stress et le score d'intensité du deuil prédisent 5,7% du score de stratégies d'ajustement situationnel.

Concernant la deuxième hypothèse opérationnelle postulant que le score de stratégies d'ajustement situationnelles est prédit significativement par le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et le score d'intensité du deuil. Une régression linéaire multiple a été réalisée afin de mesurer la prédiction du score de stratégies d'ajustement situationnelle à partir du score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et le score d'intensité du deuil. Nos données ne nous permettent pas de mettre en évidence une significativité dans la prédiction ($F(2,88)=2,639$; $p=0,077$; avec un R^2 de 0,07). Ainsi le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et le score d'intensité du deuil prédisent 5,7% du score de stratégies d'ajustement situationnel.

L'hypothèse 3 pose que le score de stratégies d'ajustement situationnelles est prédit significativement par le score de stress perçu en lien avec les contraintes de l'environnement et le score d'intensité du deuil. Nous avons donc effectué une régression linéaire multiple pour prédire le score de stratégies d'ajustement situationnelle à partir du score de stress perçu en lien avec les contraintes de l'environnement et le score d'intensité de deuil. Nos données ne nous permettent pas de mettre en évidence une significativité dans la prédiction ($F(2,88)=2,639$; $p=0,077$; avec un R^2 de 0,07). Ainsi le score de stress lié aux ressources du soignant et le score d'intensité de deuil prédisent 5,7% du score de stratégies d'ajustement situationnel.

Enfin, pour la dernière hypothèse opérationnelle, le type de stratégies d'ajustement axées sur les émotions est prédit significativement par le score de stress perçu et le score d'intensité du deuil. Nous avons utilisé les statistiques Bayésiennes afin de mettre en avant les modèles les plus vraisemblables selon le type de stratégies d'ajustement. Deux différentes stratégies d'ajustement ont été mises en valeur : le blâme et le déni. Le meilleur modèle pour prédire la stratégie d'ajustement « blâme » serait le score de stress perçu au quotidien et le score d'intensité du deuil. Ce modèle est 445 fois plus vraisemblable que le modèle nul, donc cette évidence est décisive. Le score de stress perçu au quotidien et le score d'intensité du deuil prédisent 20% l'utilisation de la stratégie

d'ajustement type « blâme ». Nous avons donc effectué une régression linéaire multiple pour prédire le score de stratégie d'ajustement de type « blâme » à partir du score de stress perçu au quotidien et du score d'intensité du deuil. Le modèle est très hautement significatif ($F(2,88)=10,982$; $p<0,001^{***}$; avec un R^2 de 0,20). Le score de stress perçu au quotidien et le score d'intensité du deuil sont des prédicteurs très hautement significatifs ($t=4,506$; $p<0,001^{***}$) du score de stratégie d'ajustement de type « blâme ». Plus précisément, le meilleur modèle pour prédire la stratégie d'ajustement type « blâme » serait le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et le score d'intensité du deuil. Ce modèle est 732,35 fois plus vraisemblable que le modèle nul, donc cette évidence est décisive. Le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et le score d'intensité du deuil prédisent 24,3% l'utilisation de la stratégie d'ajustement type « blâme ». Nous avons donc effectué une régression linéaire multiple pour prédire le score de stratégie d'ajustement de type « blâme » à partir du score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et du score d'intensité du deuil. Le modèle est très hautement significatif ($F(2,88)=14,146$; $p<0,001^{***}$; avec un R^2 de 0,243). Le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et le score d'intensité du deuil sont des prédicteurs très hautement significatifs ($t=4,687$; $p<0,001^{***}$) du score de stratégie d'ajustement de type « blâme ».

Le meilleur modèle pour prédire la stratégie d'ajustement type « déni » serait le score de stress perçu au quotidien et le score d'intensité du deuil. Ce modèle est 290 fois plus vraisemblable que le modèle nul, donc cette évidence est décisive. Le score de stress perçu au quotidien et le score d'intensité du deuil prédisent 19,2% l'utilisation de la stratégie d'ajustement « déni ». Une régression linéaire multiple prédit le score de stratégie d'ajustement « déni » à partir du score de stress perçu au quotidien et du score d'intensité du deuil. Le modèle est très hautement significatif ($F(2,88)=10,458$; $p<0,001^{***}$; avec un R^2 de 0,192). Le score de stress perçu au quotidien et le score d'intensité du deuil sont des prédicteurs très hautement significatifs ($t=3,692$; $p<0,001^{***}$) du score de stratégie d'ajustement « déni ». Le meilleur modèle pour prédire la stratégie d'ajustement « déni » serait le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et le score d'intensité du deuil. Ce modèle est 337,86 fois plus vraisemblable que le modèle nul. Le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et le score d'intensité du deuil prédisent 22,9% l'utilisation de la stratégie d'ajustement type « déni ». Nous avons donc effectué une régression linéaire multiple pour prédire le score de stratégie d'ajustement de type « déni » à partir du score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et du score d'intensité du deuil. Le modèle est très hautement significatif ($F(2,88)=13,095$; $p<0,001^{***}$; avec un R^2 de 0,229). Le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et le score d'intensité du deuil sont des prédicteurs très hautement significatifs ($t=3,857$; $p<0,001^{***}$) du score de stratégie d'ajustement « déni ».

Discussion

1. Interprétation des résultats statistiques

Pour rappel, l'objectif de ce mémoire est d'étudier le lien entre le score de stress perçu, le score d'intensité de deuil et le score de stratégies d'ajustement utilisées par les soignants dans une situation de prise en soins en fin de vie et de décès de patients âgés.

La première hypothèse générale stipulait qu'il existait un lien entre le score de stress perçu et le score de stratégies d'ajustement utilisées par les soignants dans la situation décrite. Les analyses statistiques montrent qu'il n'y aurait pas de lien entre le score de stratégies d'ajustement situationnelles et le score de stress perçu. Toutefois, il existerait un lien entre le score de stratégies d'ajustement axées sur les émotions et le score de stress perçu au quotidien, de même avec le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant. Pour rappel, les stratégies d'ajustement axées sur les émotions, tentent de gérer la détresse émotionnelle qui est associée à la situation (Lazarus et Folkman, 1984). Il est possible de considérer les stratégies telles que le désengagement comportemental, le blâme et le déni de cette catégorie. En effet, le désengagement comportemental se définit par une réduction qui peut être totale des efforts à faire face à une situation stressante (Klinger, 1975). Ces stratégies d'ajustement peuvent limiter l'utilisation d'autres plus efficaces (Muller et Spitz, 2003). Il peut être mis en lien avec l'épuisement professionnel impliqué par le cumul du stress perçu (Harrad et Sulla, 2018), mais aussi avec une possible démotivation (Firth et Britton, 1989), un manque d'enthousiasme, une perte d'innovation (Légeron, 2008) et une dépression (Firth et Britton, 1989). Le blâme est une stratégie d'ajustement qui désigne le fait de se faire des reproches et ceci en lien avec un sentiment de culpabilité (McCrae et Costa, 1986). Certains auteurs expliquent le blâme, soit par le jugement de soi-même, par la dépression ou par la baisse d'estime de soi (Peterson, Schwartz, Stanley, Seligman et Martin, 1981). Ces deux dernières étant aussi des conséquences du stress perçu (Firth et Britton, 1989, Larson, 1987). Enfin le déni se caractérise par l'idée de croire que le facteur de stress n'existe pas et est utilisé dans le but de minimiser la détresse émotionnelle (Muller et Spitz, 2003). Tyler et Ellison, 1994 ont expliqué que cette stratégie d'ajustement est plus utilisée par des soignants joyeux et blagueurs. Impliquant une préférence de ceux-ci de travailler dans le stress car cela les rendrait plus efficaces (Tyler et Ellison, 1994). Ainsi, les résultats de cette étude montrent que les soignants auraient tendance à utiliser des stratégies d'ajustement axées sur les émotions lorsque le stress qu'elles perçoivent au quotidien augmente.

Comme étudié dans le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984), le stress est influencé par des facteurs personnels et situationnels. C'est pourquoi cette étude a en compte le stress perçu en lien avec les contraintes de l'environnement caractérisé par la perception du stress en fonction des événements extérieurs (Duper et Bocéréan, 2013) et le stress en lien avec les ressources du soignant qui est quant à lui défini par la perception de l'individu à de ses propres ressources à faire face à une situation (Duper et Bocéréan, 2013). Alors une corrélation positive montre un lien entre le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et certaines stratégies d'ajustement axées sur les émotions. Cette étude constate que dans le cas où le stress perçu en lien avec les ressources du soignant augmente, ce sont plutôt les stratégies d'ajustement telles que le désengagement comportemental, la distraction, le blâme et le déni. Une corrélation négative est aussi présente lorsqu'il s'agit de l'utilisation du coping actif. Cette stratégie axée sur le problème est un processus par lequel l'individu va tenter de supprimer le stress par le biais d'actions directes (Lazarus et Folkman, 1984). Selon ses résultats, les soignants auraient tendance à utiliser en majorité des stratégies d'ajustement axées sur les émotions et à limiter celles axées sur le problème tel que le coping actif. En revanche, concernant le lien entre score de stress en lien avec les contraintes de l'environnement et les stratégies d'ajustement axées sur le problème, la corrélation n'est pas positive comme souhaitait le démontrer l'hypothèse opérationnelle 6, mais négative. C'est-à-dire que plus le stress perçu en lien avec les contraintes de l'environnement augmente, moins

les soignants utilisent des stratégies d'ajustement axées sur le problème, ils utilisent même significativement des stratégies axées sur les émotions. Certains se tournent vers des stratégies telles que le désengagement comportemental, le blâme et le déni.

La deuxième hypothèse générale posait qu'il existait un lien entre le score d'intensité de deuil et le score de stratégies d'ajustement utilisées par les soignants en situation de prise en soins en fin de vie et de décès de patients âgés. Les résultats corrélationnels montrent qu'il existe un lien entre le niveau de stratégies d'ajustement et le score d'intensité du deuil. Lorsque nous nous penchons sur les différentes stratégies d'ajustement de la BRIEF-COPE. Sont corrélées significativement et de manière négative au score d'intensité du deuil : la recherche de soutien social émotionnel tel que le soutien moral, la sympathie, la compréhension (Muller et Spitz, 2003), la distraction, le blâme et le déni. Pourtant, la recherche de soutien émotionnelle serait un facteur protecteur en situation de stress perçu comme important (Quick et Henderson, 2016). Dans le cas où les soignants seraient en deuil face au décès d'un patient il est possible qu'ils ressentent de la culpabilité, de l'hostilité, de la colère, de la distraction, de l'agitation et du repli sur soi (Anderson et Ewen, 2011). Etant donné qu'ils n'utilisent pas ces stratégies dans le cas où l'intensité du deuil augmenterait, nous pourrions nous demander pourquoi cela est différent dans nos résultats. Subir la perte d'un patient peut amener à éprouver du chagrin. Ce dernier peut être moins important si les soignants peuvent accompagner le patient qualitativement (Noyes, Hill, Hickens, Luptak, Rupper, Dailey et Bair, 2010). Nous pourrions ainsi penser que les soignants utilisent moins les stratégies d'ajustement en lien avec les émotions quand l'intensité de deuil est importante afin d'y faire face. D'ailleurs, face à une situation de deuil les soignants utiliseraient plutôt des stratégies d'ajustement en lien avec le problème qu'avec les émotions (de la Morena et Cruzado, 2013). Notre recherche montre que les soignants utiliseraient moins de stratégies d'ajustement en lien avec les émotions face à une intensité du deuil augmentant, mais ne montre pas une utilisation plus importante de stratégies d'ajustement en lien avec le problème.

La quatrième hypothèse stipule que le score de stress perçu et le score d'intensité de deuil peuvent prédire le score de stratégies d'ajustement qu'utilisent les soignants en situation de prise en soins en fin de vie et le décès de patients âgés. Des régressions linéaires multiples n'ont pas pu mettre en avant une significativité dans la prédiction des stratégies d'ajustement en fonction du score de stress perçu au quotidien et du score d'intensité du deuil ; du score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et du score d'intensité du deuil et du score de stress perçu en lien avec les contraintes et l'environnement et du score d'intensité du deuil. Toutefois, le score de stress au quotidien et le score d'intensité du deuil sont prédicteurs très hautement significatifs de l'utilisation de stratégies d'ajustement qui sont le blâme et le déni. Plus précisément, c'est le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant avec le score d'intensité du deuil qui est le modèle prédisant le plus les stratégies d'ajustement blâme et déni. Ici la prédiction est plutôt délicate. En effet, d'après une corrélation significative, il y a un lien entre le score de stress perçu et le score de deuil. Alors, ils peuvent se prédire l'un et l'autre ce qui fausse l'hypothèse. Ainsi, il est possible de dire que l'intensité du deuil bas prédit des stratégies d'ajustement spécifique et que le score de stress plus haut prédit aussi certaines stratégies d'ajustement comme observé plus haut.

2. Analyse de l'entretien semi-directif

Dans le cadre de cette recherche, un entretien semi-directif a été mené auprès d'une infirmière coordinatrice d'un EHPAD. Tout d'abord, nous l'appellerons Solange pour plus de clarté et en respectant la protection de son identité. Elle a 47 ans. Elle a été aide-soignante durant 10 ans avant d'être infirmière. En tant qu'aide-soignante elle a travaillé dans un EHPAD puis a mené 20 ans de sa carrière d'infirmière dans un Centre Hospitalier. Aujourd'hui, Solange explique qu'elle a souhaité revenir travailler auprès de personnes âgées en intégrant de nouveau un EHPAD cette fois en tant qu'infirmière coordinatrice et ce depuis 2 mois. C'est dans cet EHPAD que nous nous rencontrons.

Nous échangions dans un premier temps sur son stress perçu. Il était selon elle un « poids sur ses épaules » lorsqu'elle était en apprentissage. Le regard de l'autre et l'évaluation scolaire étaient les facteurs situationnels qui alimentaient son stress. Aujourd'hui, avec de l'expérience, Solange considère ne plus percevoir de stress et si c'est le cas c'est un stress qui la « booste ». Le stress qu'elle peut percevoir aujourd'hui nourrit le possible challenge qu'elle veut défier. Ceci peut être mis en parallèle avec le fait que l'expérience est un facteur de protection face au stress (Dolbier, Smith et Steinhardt, 2007, Park et Han, 2011) tout comme le fait d'être une personnalité aimant le défi (Quick et Henderson, 2016, Jurado, del Carmen Pérez-Fuentes, Linares, Márquez et Martínez, 2018). Elle a aussi parlé de ces deux fils, qui après leur naissance lui avaient fait gagner en confiance en elle. En effet, selon Kandel, Davies et Raveis en 1985, les infirmiers.ères sont moins vulnérables au stress s'ils.elles sont parents.es. C'est le fait d'avoir plusieurs rôles professionnels et personnels qui permettent de protéger le soignant du stress (Tyler et Ellison, 1994).

Solange utilise de primes abords des stratégies d'ajustement centrées sur le problème. Elle expliquait lors de l'entretien que face à une situation stressante, elle va analyser la problématique et tenter d'y répondre en déchiffrant les différentes possibilités d'adaptation qui se présentent choisissant ensuite, celle qui est selon elle l'a plus efficace. Cette stratégie d'ajustement utilisée est typiquement axée sur le problème (Lazarus et Folkman, 1984). Bailey et Clark (1989) et Tyler et Ellison (1994) caractérisent ces stratégies d'ajustement par des comportements spécifiques des individus tels que comprendre le problème et analyser la situation et les différentes options.

Dans le cas de la situation de la prise en soins en fin de vie et le décès de patients âgés, ce qui est important pour Solange est la qualité de l'accompagnement qui a pour objectif de soulager au mieux le patient ou le résident. Durant cet entretien semi-directif, elle a partagé l'expérience d'une résidente qu'elle a accompagnée dans sa fin de vie. Elle souffrait de la Covid. Pour des raisons d'organisation de sectorisation, les résidents malades étaient regroupés dans une partie de l'EHPAD et ceux qui ne l'étaient pas dans une autre partie. Madame était de ceux qui n'étaient pas infectés. Cependant, la propagation du virus a engagé le secteur où les résidents n'étaient pas infectés. Madame s'est donc retrouvée dans le secteur « non-Covid » avec la Covid. En insuffisance respiratoire elle aurait dû, pour Solange, bénéficier de soins de confort et non curatifs, étant donné l'aggravation de son état général. C'était d'ailleurs le protocole de soins qui était mis en place dans le secteur « Covid ». Etant donné que Madame n'était pas dans le bon secteur, elle ne pouvait pas bénéficier des mêmes soins. Solange expliquait qu'elle avait mis en jeu son diplôme dans cet accompagnement car elle se pensait maltraitante envers la

résidente et ne le supportait pas. Ainsi, elle refusait l'application de certains traitements qui s'apparenteraient à de l'obstination déraisonnable. C'est un appel de l'EMSP qui a donné l'opportunité à Solange d'échanger sur cette situation et d'améliorer l'accompagnement de la résidente. Cette expérience l'a touché et est importante pour elle. Une photographie d'elle et de la résidente est dans son porte folio depuis 20 ans pour se rappeler de l'importance d'avoir de l'empathie, de la bienveillance et de la bientraitance envers les patients rencontrés. Par cette histoire, Solange exprime l'importance de ressentir les choses pour enrichir cette empathie, cette bienveillance, cette intelligence émotionnelle essentielle dans ce métier (Bloomer, Endacott, O'Connor et Cross, 2013), sans pour autant que cela prenne une place trop importante et amène à un mal-être chez les soignants. Pour elle, s'épanouir dans un métier de soins implique un juste équilibre entre ressentir les émotions et les sentiments pour rester humain face au patient, sans pour autant se faire du mal à soi-même. Cette histoire alimente des stratégies d'ajustement axées sur les émotions telles que la rationalisation et l'acceptation. Le soutien émotionnel entre collègues est aussi important pour Solange, ce qui correspond à la stratégie d'ajustement recherche de soutien émotionnel (Muller et Spitz, 2003) comme l'échange avec l'EMSP. Ces stratégies d'ajustement avaient été considérées comme efficaces lors de la prise en soins en fin de vie de et le décès de patients selon la recherche de Serresse en 2011. D'ailleurs, Solange utilise autant de stratégies d'ajustement axées sur le problème que sur les émotions. Utiliser plusieurs stratégies permettrait une meilleure adaptation face à la situation stressante (Brandtstädt et Renner, 1990).

Finalement, pour Solange, la prise en soins en fin de vie et le décès de patients âgés n'est pas une situation stressante. C'est un accompagnement de soins particulier, intime entre le soignant et le soigné. Les actes de soin sont un suivi continu et adapté vers le souci du bien-être et du confort du patient. La toilette mortuaire permet de rendre un dernier hommage à la personne décédée. C'est le dernier soin qui permet pour elle de conclure l'accompagnement. La toilette mortuaire devient ainsi un rituel pour accepter le décès et terminer l'accompagnement du patient. Elle prend en compte à chaque étape le résident qui est « l'acteur principal ».

Solange a conclu l'entretien sur une habitude qu'elle a prise et qui a été inspirée par les accompagnements de patients âgés qu'elle a pu mener. Elle rédige, dans un carnet qu'elle appelle son « testament de santé ». C'est un recueil de tout ce qu'elle a aimé tout au long de sa vie. Si un jour elle n'a plus la capacité de s'exprimer, elle souhaite que l'équipe soignante qui la prendra en soins lise ce recueil afin d'adapter au maximum sa propre prise en soins. En plus de sa connaissance en ses propres capacités de soignante et de ses émotions, Solange présente une forte conscience d'elle-même. La conscience de soi et l'empathie permet de faire face à la mort et de répondre aux besoins des patients (Sansó, Galiana, Oliver, Pascual, Sinclair et Benito, 2015).

Finalement, en comparaison avec les résultats statistiques, l'entretien semi-directif montre qu'étant donné le niveau de stress plus bas de Solange, elle utiliserait alors des stratégies axées sur le problème puis sur les émotions. Cela étant comme nous l'avons constaté plus efficace pour s'adapter à la situation. La vision de la mort est aussi différemment perçue dans le sens où la situation en fin de vie et le décès de patients âgés n'est pas une situation stressante pour Solange. Les résultats statistiques montrent en moyenne un niveau plutôt bas de stress, tout comme Solange le présente dans l'entretien. Les stratégies d'ajustement utilisées sont toutefois, majoritairement axées sur les émotions, ne montrant pas de significativité en lien avec l'utilisation de stratégies

d'ajustement axées sur la problématique. Toutefois, ce niveau de stress est mesuré en fonction du quotidien et non en fonction de la situation spécifique en elle-même ce qui peut questionner quant à l'origine du stress perçu chez les participants du questionnaire en ligne.

3. Limites

Cette étude présente quelques limites. Plusieurs participants ont notamment fait un retour concernant le TRIG qui les amenait à penser à un proche décédé et non au patient âgé auquel ils pensaient lors de la passation de la BRIEF-COPE situationnelle. Ainsi, plusieurs des participants ont souhaité arrêter le questionnaire avant la fin. Leur participation n'a donc pas pu être prise en compte et d'autres ont peut-être répondu en pensant à un proche décédé. Peut-être aurait-il fallu que le test de deuil soit plus adapté à la relation soignant-soigné et moins générale.

Durant l'analyse des statistiques descriptives, il était possible de constater plusieurs choses. Même si l'échantillon est supérieur à 30 et donc devrait suivre une loi normale, ce n'est pas totalement le cas. La plupart des corrélations linéaires sont des patatoïdes montrant que toutes les variables ne suivent pas exactement une loi normale. Toutefois, les corrélations de Spearman réalisées après coup montrent ces mêmes patatoïdes, Pearson se montrant plus précis. Nous pourrions donc penser que l'échantillon n'est pas assez important pour montrer des corrélations plus nettes. D'ailleurs, 180 personnes ont débuté le questionnaire et la moitié l'ont terminé. Cet écart peut s'expliquer soit par le temps imposant qu'il fallait prendre pour répondre à ce questionnaire et/ou soit par le sujet qui pouvait éveiller des sentiments amenant à un mal-être et donc arrêter la passation en cours de route. D'ailleurs, le score moyen de stress était relativement bas montrant que la plupart des participants savent gérer leur stress au quotidien. Ceci, peut ainsi illustrer que les participants étaient intéressés par le sujet et pouvaient être plus à l'aise. De plus l'hypothèse générale 3 postulant qu'il n'y avait pas de lien entre le score de stress perçu et le score d'intensité de deuil permettait de s'assurer que la prédiction de l'hypothèse 4 ne serait pas biaisée et que ces variables indépendantes ne prédiraient seulement les stratégies d'ajustement. Alors, les résultats ne sont donc pas exacts et doivent être compris avec recul.

Comme déjà évoqué, il est possible que les soignants qui se sentaient stressés par la situation de la prise en soins en fin de vie et le décès de patients âgés n'ont pas souhaité participer à cette étude. Ainsi, les personnes ayant répondu au questionnaire et l'infirmière coordinatrice qui a été volontaire pour l'entretien semi-directif étaient plus à l'aise avec le sujet de la fin de vie et de la mort. C'était même pour certain un sujet qui leur tenait à cœur et face auquel un tabou devait être brisé.

Conclusion

Considérant que les métiers du soin font partie des métiers les plus stressants existants et que l'accompagnement de patients en fin de vie serait l'acte le plus stressant de ces métiers, nous voulions étudier le lien entre le stress perçu et les stratégies d'ajustement dans une situation de prise en soins en fin de vie et de décès de patients âgés. L'objectif de cette recherche était d'observer s'il existe un lien entre le score de stress

perçu et le score d'intensité du deuil et le score de stratégie d'ajustement. Plus précisément, nous voulions voir si le score de stress perçu et le score d'intensité du deuil prédisaient le score de stratégies d'ajustement.

Aucune corrélation se présentait significative de manière générale. Cependant, c'est lorsque nous nous intéressons aux différents types de stratégies d'ajustement que nous constatons certains liens. De même pour le stress. Des corrélations linéaires montrent qu'il n'y a pas de lien entre le score de stratégies d'ajustement situationnelle et le score de stress au quotidien de même qu'avec le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et celui en lien avec les contraintes de l'environnement. Toutefois, des corrélations positives ont montré des liens entre le score de stress perçu au quotidien et des stratégies d'ajustement axées sur les émotions telles que le désengagement comportemental, le blâme et le déni. Ces stratégies en plus de la distraction, sont corrélées positivement avec le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant. Les trois stratégies d'ajustement, désengagement comportemental, blâme et déni sont corrélés positivement avec le score de stress perçu en lien avec les contraintes de l'environnement. Ainsi, plus le score de stress augmente et plus les soignants utiliseraient des stratégies d'ajustement axées sur les émotions. D'ailleurs il y a une corrélation négative entre le coping actif et le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant. Selon une corrélation linéaire, il y aurait un lien entre le score de stratégies d'ajustement situationnelle et le score d'intensité du deuil. Toutefois, il y a un lien avec les stratégies d'ajustement axées sur les émotions tels que la recherche de soutien social émotionnel, la distraction, le blâme et le déni. Les soignants utilisent donc moins ces stratégies lorsque leur intensité de deuil est élevée. Le score de stress perçu au quotidien et le score d'intensité de deuil sont liés biaisant les résultats de l'hypothèse 4. Nos données ne nous ont pas permises de mettre en évidence une significativité dans l'idée que les scores de stress au quotidien et d'intensité du deuil prédisent le score de stratégies d'ajustement situationnelle. D'ailleurs, le meilleur modèle qui prédirait les stratégies d'ajustement situationnelle serait le score d'intensité du deuil seul. Il n'y a que le « blâme » qui est prédict par le score de stress perçu au quotidien et le score d'intensité du deuil. Plus précisément encore c'est le score de stress perçu en lien avec les ressources du soignant et le score d'intensité du deuil qui prédisent le mieux l'utilisation du blâme dans une situation de prise en soins en fin de vie et de décès de patients âgés.

L'entretien semi-directif, met en lien l'idée que la situation de prise en soins en fin de vie et le décès de patients âgés n'est pas forcément perçu comme stressante pour les soignants, mais plutôt comme une continuité dans l'accompagnement du patient. D'ailleurs, Solange montre que son niveau de stress bas, son expérience, sa personnalité appréciant le défi et ses rôles multiples la protège d'un stress plus élevé. Ceci peut expliquer aussi qu'elle utilise plusieurs stratégies d'ajustement autant axées sur les émotions que sur le problème ce qui lui permet de faire face de manière efficace aux situations complexes et qui peuvent être vécues comme stressantes.

Finalement, en situation de stress, face à la prise en soins en fin de vie et du décès de patients âgés, les soignants utiliseraient plutôt des stratégies d'ajustement axées sur les émotions. Toutefois, la plupart des hypothèses ne sont pas validées ce qui appuie à poursuivre des recherches sur le sujet en prenant en compte les limites citées dans ce mémoire afin d'espérer obtenir des résultats plus significatifs.

Bibliographie

1. Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *The American journal of orthopsychiatry*, 76(1), 103-108. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>
2. Albertson DG. (2006). *Gene amplification in cancer*. , 22(8), 447-455. doi:10.1016/j.tig.2006.06.007
3. Albrecht, Terrance L. (1982). What job stress means for the staff nurse. *Nursing Administration Quarterly*, 7(1), 1-11. doi:10.1097/00006216-198200710-00004
4. American Nurses Association. (2011). Health and Safety Survey Report. Silver Spring, MD: ANA; 2011 Aug.
5. Anderson, K. A., et Ewen, H. H. (2011). Death in the nursing home: an examination of grief and well-being in nursing assistants. *Research in Gerontological Nursing*, 4(2), 87-94.
6. Bailey R. et Clarke M. (1989). *Stress and Coping in Nursing*. Chapman an Hall.
7. Blegen, M. A. (1993). Nurses?? Job Satisfaction. *Nursing Research*, 42(1), 36??41-. doi:10.1097/00006199-199301000-00007
8. Benson, J., et Magraith, K. (2005). Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. *Australian family physician*, 34(6), 497-498. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15931410/>
9. Bildt, C. et Michélsen, H. (2002). Gender differences in the effects from working conditions on mental health: a 4-year follow-up. , 75(4), 252-258. doi:10.1007/s00420-001-0299-8
10. Bloomer M.J., Endacott R., O'Connor M. et Cross W. (2013). The 'disease' of dying: challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliative medicine*, vol 8, p. 757-764.
11. Bourbonnais, R., Comeau, M., Vézina, M., & Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American journal of industrial medicine*, 34(1), 20-28. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0274\(199807\)34:1<20::aid-ajim4>3.0.co;2-u](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0274(199807)34:1<20::aid-ajim4>3.0.co;2-u)
12. Bourgeois, M. L. (2006, June). Études sur le deuil. Méthodes qualitatives et méthodes quantitatives. In *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 164, No. 4, pp. 278-291). Elsevier Masson.
13. Boyd, N. G., Lewin, J. E., & Sager, J. K. (2009). A model of stress and coping and their influence on individual and organizational outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 75(2), 197-211.
14. Braun-Lewensohn, O. (2015). Coping and Social Support in Children Exposed to Mass Trauma. *Current Psychiatry Reports*, 17(6), 46-. doi:10.1007/s11920-015-0576-y
15. Brandstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5(1), 58-67. doi:10.1037/0882-7974.5.1.58
16. Briccafiori, A., et Sautière, A. (2014). Les stratégies de coping permettant de faire face à l'épuisement professionnel des soignants en soins palliatifs: revue de littérature étayée (Doctoral dissertation, Haute Ecole de Santé de Fribourg).
17. Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, stress, coping. *Recherche en soins infirmiers*, 67(2001), 68-83.
18. Brunel, O. & Grima, F. (2010). Faire face au conflit travail/école : analyse des stratégies d'ajustement.. *Management*, 13, 172-204. <https://doi.org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/mana.133.0172>
19. Brunner, E. J. (2000). Toward a new social biology. *Social epidemiology*, 306-331.

20. Butterworth, T., Carson, J., Jeacock, J., White, E., & Clements, A. (1999). Stress, coping, burnout and job satisfaction in British nurses: Findings from the Clinical Supervision Evaluation Project. *Stress Medicine*, 15(1), 27-33. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1700\(199901\)15:1<27::AID-SMI782>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1700(199901)15:1<27::AID-SMI782>3.0.CO;2-U)
21. Cannon, W. B. (1928) "The Mechanism of Emotional Disturbance of Bodily Functions." *New England Journal of Medicine* 198, no. 17: 877-84.
22. Caulfield, Natasha; Chang, David; Dollard, Maureen F.; Elshaug, Carol (2004). A Review of Occupational Stress Interventions in Australia.. *International Journal of Stress Management*, 11(2), 149-166. doi:10.1037/1072-5245.11.2.149
23. Cavalcanti L. et Azevedo S. (2013). *Psychology of Stress, New Research*. Psychology of emotions, Motivations and Actions.
24. Chun, M.; Knight, B. G.; Youn, G. (2007). *Differences in stress and coping models of emotional distress among Korean, Korean-American and White-American caregivers*. *Aging & Mental Health*, 11(1), 20-29. doi:10.1080/13607860600736232
25. Contrada R., Baum A. (2011). *The book of stress science. Biology, psychology, and health*. Springer.
26. Côté, D. L. (2013). _Améliorer ses stratégies de coping pour affronter le stress au travail. *Psychologie Québec*, 30(5), 41-44.
27. CostelloJ. (2001). Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 59-68.
28. D'Ambrosio, F., Olivier, M., Didon, D., & Besche, C. (2009). The basic empathy scale: A French validation of a measure of empathy in youth. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 160-165
29. de la Morena, M. E., & Cruzado, J. A. (2013). Caregivers of patients with disorders of consciousness: coping and prolonged grief. *Acta Neurologica Scandinavica*, 127(6), 413-418.
30. De Ridder, Denise (1997). What is wrong with coping assessment? A review of conceptual and methodological issues. *Psychology & Health*, 12(3), 417-431. doi:10.1080/08870449708406717
31. de Vera García, M. I. V., & Gambarte, M. I. G. (2019). Relationships between the dimensions of resilience and burnout in primary school teachers. *International Electronic Journal of Elementary Education*, 12(2), 189-196.
32. Dewe; P. J., (1987). Identifying strategies nurses use to cope with work stress. , 12(4), 489-497. doi:10.1111/j.1365-2648.1987.tb01358.x
33. Di Mattei, V. E., Prunas, A., Novella, L., Marcone, A., Cappa, S. F., & Sarno, L. (2008). The burden of distress in caregivers of elderly demented patients and its relationship with coping strategies. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 29(6), 383-389. <https://doi.org/10.1007/s10072-008-1047-6>
34. Dolbier, C. L., Smith, S. E., & Steinhardt, M. A. (2007). Relationships of protective factors to stress and symptoms of illness. *American Journal of Health Behavior*, 31(4), 423-433.
35. Dupret, E., & Bocérénan, C. (2013). La mesure du stress en milieu professionnel avec l'échelle de stress perçu (Perceived Stress Scale): pertinence des versions en dix et quatre items. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 19(4), 362-384.

36. El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yrondi, A., Brunault, P., Bienvenu, T., ... & Aouizerate, B. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale?. *L'encephale*, 46(3), S73-S80.
37. Estrym-Behar, Chaumon E., Garcia F., Milanini-Magny G., Fry C. Bitot T., Ravache A.-E. et Deslandes H. (2013). La souffrance au travail en gériatrie Comprendre et agir. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie, Tome XX*, p. 6-27.
38. Faivre, P. (2016). Spleen ou Stress compréhension du stress par la psycho-neuro-endocrin-immunologie. Éditions Amyris.
39. Figley, CR. (1995) Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview.. In: Figley, CR., editor. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner-Routledge; New York. p. 1-20.
40. Filgueira Martins Rodrigues, C.C., Euzébia Pereira Santos, V. et Sousa, P. (2017). Patient safety and nursing : interface with stress and Burnout Syndrome. *Rev. Bras. Enferm.* 70 (5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0194>
41. Firth H. ; Britton P. (1989). 'Burnout', absence and turnover amongst British nursing staff. , 62(1), 55-59. doi:10.1111/j.2044-8325.1989.tb00477.x
42. Folkman, Susan; Lazarus, Richard S.; Gruen, Rand J.; DeLongis, Anita (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms.. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579. doi:10.1037/0022-3514.50.3.571
43. Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.
44. Futterman, A., Holland, J. M., Brown, P. J., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2010). Factorial validity of the Texas Revised Inventory of Grief-Present scale among bereaved older adults. *Psychological assessment*, 22(3), 675-687. <https://doi.org/10.1037/a0019914>
45. García-Campayo, J., Puebla-Guedea, M., Herrera-Mercadal, P., et Daudén, E. (2016). Burnout Syndrome and Demotivation Among Health Care Personnel. Managing Stressful Situations: The Importance of Teamwork. Desmotivación del personal sanitario y síndrome de burnout. Control de las situaciones de tensión. La importancia del trabajo en equipo. *Actas dermo-sifiliograficas*, 107(5), 400-406. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.09.016>
46. Gibbons, C. (2010). Stress, coping and burn-out in nursing students. *International journal of nursing studies*, 47(10), 1299-1309.
47. Goodspeed, R. B.; DeLucia, Ann G. (1990). Stress Reduction at the Worksite: An Evaluation of Two Methods. *American Journal of Health Promotion*, 4(5), 333-337. doi:10.4278/0890-1171-4.5.333
48. Gottlieb B. H. (1997). *Coping with Chronic Stress*. The plenum Series on Stress and Coping.
49. Grebot, E., & Barumandzadeh, T. (2005, September). L'accès à l'Université: une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 163, No. 7, pp. 561-567). Elsevier Masson.
50. Harrad R, Sulla F. (2018). Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomed.* 89(7-S):60-69. Doi: 10.23750/abm.v89i7-S.7830. PMID: 30539935; PMCID: PMC6502144.

51. Hazanov, O., Kaiser, S. & With, S. (2019). Chapitre 9. Stress et *coping* : un état des lieux. Dans : David Sander éd., *Traité de psychologie des émotions* (pp. 289-313). Paris: Dunod. <https://doi-org.buadistant.univangers.fr/10.3917/dunod.sande.2019.01.0289>
52. He, F. X., Turnbull, B., Kirshbaum, M. N., Phillips, B., & Klainin-Yobas, P. (2018). Assessing stress, protective factors and psychological well-being among undergraduate nursing students. *Nurse education today*, 68, 4-12.
53. Hipwell, Alison E.; Tyler, Patrick A.; Wilson, Christine M. (1989). Sources of stress and dissatisfaction among nurses in four hospital environments. *British Journal of Medical Psychology*, 62(1), 71-79. doi:10.1111/j.2044-8341.1989.tb02812.x
54. Holmes, T. H. and Rahe, R. H. (1967) The social readjustment rating scale. *J.Psychosomatic Research*, II, 213.
55. Hopkinson J.B., Hallett C.E., Luker K.A. (2005). Everyday death: how nurses cope with caring for dying people in hospital?. *International journal of nursing studies*, volume 42, p. 125-133. Doi: 10.1016/j.ijnurshu.2004.06.004
56. Hurtig, W. A., et Stewin, L. (1990). The effect of death education and experience on nursing students' attitude towards death. *Journal of advanced nursing*, 15(1), 29-34.
57. İlhan, M. N., Durukan, E., Taner, E., Maral, I., & Bumin, M. A. (2008). Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *Journal of advanced nursing*, 61(1), 100-106. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04476.x>
58. Ionescu, S., Jacquet, M. & Lhote, C. (2020). Chapitre 3. Apparition et devenir des mécanismes de défense. Dans : , S. Ionescu, M. Jacquet & C. Lhote (Dir), *Les mécanismes de défense: Théorie et clinique* (pp. 69-88). Paris: Dunod.
59. Jackson, S. E., & Schuler, R. S. (1985). A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings. *Organizational behavior and human decision processes*, 36(1), 16-78.
60. Jurado, M. D. M. M., del Carmen Pérez-Fuentes, M., Linares, J. J. G., Márquez, M. D. M. S., & Martínez, Á. M. (2018). Study on Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides.
61. Kandel, Denise B.; Davies, Mark; Raveis, Victoria H. (1985). The Stressfulness of Daily Social Roles for Women: Marital, Occupational and Household Roles. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(1), 64-. doi:10.2307/2136727
62. Kayser-Jones J. (2002). The experience of dying: An Ethnographic Nursing Home Study. *The gerontologist*. Vol 42, Special Issue III, 11-19.
63. Kearney, M., & Weininger, R. (2011). Whole Person Self-Care: Self-Care from the Inside Out. *Whole Person Care*, 109-125. doi:10.1007/978-1-4419-9440-0_10
64. Khalid, M.; Sende, J.; Jbeili, C.; Soupizet, F.; Jaulin, C.; Schvahn, S.; Margenet, A.; Marty, J. (2007). Facteurs de stress en Médecine d'urgence - Enquête nationale. *Journal Européen des Urgences*, 20(1), 63-64. doi:10.1016/j.jeur.2007.03.039
65. Klinger, Eric (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives.. *Psychological Review*, 82(1), 1-25. doi:10.1037/h0076171
66. Klohnen, E. C. (1996). Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of personality and social psychology*, 70(5), 1067.

67. Landsbergis, P. A., L. Schnall P. L., Deitz, D., Friedman, R., Pickering, T. (1992). *The patterning of psychological attributes and distress by "job strain" and social support in a sample of working men.* , 15(4), 379-405. doi:10.1007/bf00844730
68. Langevin, V., Boini, S., François, M. et Riou, A. (2015). Percieved Stress Scale (PSS) Echelle de stress perçu. *Références en santé au travail.* 143, 101-104.
69. Laraqui, O., Laraqui, S., Tripodi, D., Caubet, A., Verger, C., & Laraqui, C. H. (2008). Évaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc: à propos d'une étude multicentrique. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 69(5-6), 672-682.
70. Larson, D. G. (1987). Internal stressors in nursing helper secrets. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 25(4), 20-27.
71. Laurent, A., & Chahraoui, K. (2012). L'impact du stress professionnel sur les intervenants SMUR. *Pratiques psychologiques*, 18(4), 413-428.
72. Lazarus R.S., et Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Compagny New York.
73. Lazarus, R. S., & Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press on Demand.
74. Légeron, P. (2008). Le stress professionnel. *L'information psychiatrique*, 84, 809-820. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/inpsy.8409.0809>
75. Lesage, F. X., Berjot, S., & Deschamps, F. (2012). Psychometric properties of the French versions of the Perceived Stress Scale. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 25(2), 178-184. <https://doi.org/10.2478/S13382-012-0024-8>
76. Li, R., Cooper, C., Barber, J., Rapaport, P., Griffin, M., & Livingston, G. (2014). Coping strategies as mediators of the effect of the START (strategies for RelaTives) intervention on psychological morbidity for family carers of people with dementia in a randomised controlled trial. *Journal of affective disorders*, 168, 298-305. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.07.008>
77. Luine, V., Villegas, M., Martinez, C., & McEwen, B. S. (1994). Repeated stress causes reversible impairments of spatial memory performance. *Brain research*, 639(1), 167-170. [https://doi.org/10.1016/0006-8993\(94\)91778-7](https://doi.org/10.1016/0006-8993(94)91778-7)
78. Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature reviews. Neuroscience*, 10(6), 434-445. <https://doi.org/10.1038/nrn2639>
79. Maloney, Joseph P. (1982). Job stress and its consequences on a group of intensive care and nonintensive care nurses. *Advances in Nursing Science*, 4(2), 31-42. doi:10.1097/00012272-198201000-00007
80. Marãa del Carmen, P. Ñ., & del Mar Molero-Jurado, M. (2018). Analysis of burnout predictors in nursing: Risk and protective psychological factors. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11(1), 33-40.
81. McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of personality*, 54(2), 385-404.
82. McCrae, Robert R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge.. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 919-928. doi:10.1037/0022-3514.46.4.919
83. McWhan, K. (1991). Caring for dying patients in acute hospital wards: a review. *Nursing Practice (Edinburgh, Scotland)*, 5(1), 25-28.

84. Merritt, M. M., & McCallum, T. J. (2013). Too much of a good thing?: Positive religious coping predicts worse diurnal salivary cortisol patterns for overwhelmed African American female dementia family caregivers. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 21(1), 46–56. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.10.006>
85. Muller, L., Spitz E. (2003) Évaluation multidimensionnelle du coping: Validation du Brief COPE sur une population française. *L'Encéphale*, Elsevier Masson, 29 (6), pp.507-518. hal-02936831
86. Noyes, B. B.; Hill, R. D.; Hicken, B. L.; Luptak, M.; Rupper, R.; Dailey, N. K.; Bair, B. D. (2010). Review: The Role of Grief in Dementia Caregiving. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 25(1), 9–17. doi:10.1177/1533317509333902
87. Park, W.-J., & Han, J.-Y. (2011, December 31). The Effect of Ego-resilience, Stress Coping Styles, Teaching, Effectiveness, and Family Support on Satisfaction of Clinical Practice in Nursing Students by AMOS Structural Equation Model. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. The Korean Academic Society of Nursing Education. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2011.17.3.365>
88. Peterson, Christopher; Schwartz, Stanley M.; Seligman, Martin E. (1981). Self-blame and depressive symptoms.. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(2), 253–259. doi:10.1037/0022-3514.41.2.253
89. Petrognani A. (2007). La toilette mortuaire est-elle un stress ? Enquête auprès de 200 soignants. *Patrique du soin*, 6, p. 238-242.
90. Piko B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 43(3), 311–318. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.05.003>
91. Porter LS, Samsa G, Steel JL, Hanson LC, LeBlanc TW, Bull J, Fischer S, Keefe FJ. Caregiver-guided pain coping skills training for patients with advanced cancer: Background, design, and challenges for the CaringPals study. *Clin Trials*. 2019 Jun;16(3):263-272. doi: 10.1177/1740774519829695. Epub 2019 Feb 19. PMID: 30782014; PMCID: PMC6533140.
92. Quick, J. C., et Henderson, D. F. (2016). Occupational stress: Preventing suffering, enhancing wellbeing. *International journal of environmental research and public health*, 13(5), 459.
93. Rahman, H. A., Issa, W. B., & Naing, L. (2021). Psychometric properties of brief-COPD inventory among nurses. *BMC nursing*, 20(1), 1-7.
94. Roberts, R. K., et Grubb, P. L. (2014). The consequences of nursing stress and need for integrated solutions. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 39(2), 62–69. <https://doi.org/10.1002/rnj.97>
95. Safy-Godineau, Fatéma. (2013) La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion. *La nouvelle revue du travail*, no 3, octobre 2013. journals.openedition.org, doi:10.4000/nrt.1042.
96. Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., et Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 200-207.

97. Sarahian, N., Sahraei, H., Zardooz, H., Alibeik, H., & Sadeghi, B. (2014). Effect of memantine administration within the nucleus accumbens on changes in weight and volume of the brain and adrenal gland during chronic stress in female mice. *Pathobiology Research*, 17(2), 71-82.
98. Seligman, M. E. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon and Schuster.
99. Selye, H. (1957). What is Stress ?, *Stress*. Ed. Scientifique Einaudi.
100. Silva, A., Zandonade, E., & Amorim, M. (2017). Anxiety and coping in women with breast cancer in chemotherapy. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, e2891. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1722.2891>
101. Snyder, C. R., et Ford, C. E. (Eds.). (2013). *Coping with negative life events: Clinical and social psychological perspectives*. Springer Science et Business Media.
102. Serresse, L. (2011). Paroles de médecins généralistes: comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie?. *Médecine Palliative: Soins de Support-Accompagnement-Éthique*, 10(6), 286-291.
103. Thierry, A. M., Javoy, F., Glowinski, J., & KETY, S. S. (1968). Effects of stress on the metabolism of norepinephrine, dopamine and serotonin in the central nervous system of the rat. I. Modifications of norepinephrine turnover. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 163(1), 163-171.
104. Touhy, T. A., Jett, K. F., Boscart, V., et McCleary, L. (2018). *Ebersole and Hess' Gerontological Nursing and Healthy Aging in Canada-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
105. Tyler P.A. et Ellison R.N. (1994). Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. *Journal of Advanced Nursing*, volume 19, p. 469-476.
106. Van der Colff J.J. et Rothmann S. (2009). Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in south Africa. *SA Journal of Industrial Psychology*. 35(1), 1-10.
107. Wemme, K. M. et Rosvall, M. (2005). *Work related and non-work related stress in relation to low leisure time physical activity in a Swedish population*. *Journal of Epidemiology et Community Health*, 59(5), 377-379. doi:10.1136/jech.2004.031526
108. Wu, S., Zhu, W., Wang, Z., Wang, M., & Lan, Y. (2007). Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of advanced nursing*, 59(3), 233-239. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04301.x>
109. Yoder E.A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23, p. 191-197.
110. Zawieja, P. (2018). L'épuisement professionnel en gériatrie, un complexe d'Écho.
111. Zhang YY, Zhang C, Han XR, Li W, Wang YL. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Jun; 97(26):e11086. doi: 10.1097/MD.00000000000011086. PMID: 29952947; PMCID: PMC6242309.

Sitographie

1. (s. n.). (s. d.). *Brief cope*. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre Québec - Institut Nazareth et louis-braille. <https://extranet.inlb.qc.ca/recherche-et-innovation/orvis/brief-cope-fiche-orvis/>
2. (s. n.). (s.d.). *Homme et mort > 169 citations courtes et proverbes*. citations.ouest-France.fr. <https://citations.ouest-france.fr/theme/homme-mort-1278/>
3. Monique, R. (2020). *Les glandes surrénales*. Elsevier Connect. <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifsiiinfirmier/les-glandes-surrenales#:~:text=Les%20glandes%20surr%C3%A9nales%20sont%20deux,une%20hormone%20vitale%20%3A%20le%20cortisol>

Annexes

1. Annexe 1 : Exemples d'items du BRIEF-COPE

Catégorie	Items	Exemple
Le coping actif	2, 20	Item 2 : « J'ai déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie. »
La planification	13, 24	Item 24 : « J'ai planifié les étapes à suivre. »
la recherche de soutien social instrumental	10, 19	Item 10 : « J'ai recherché l'aide et le conseil d'autres personnes. »
la recherche de soutien social émotionnel	5, 14	Item 5 : « J'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres. »
l'expression des sentiments	9, 18	Item 18 : « J'ai exprimé mes sentiments négatifs. »
le désengagement comportemental	6, 15	Item 15 : « J'ai abandonné l'espoir de faire face. »
la distraction	1, 17	Item 1 : « Je me suis tourné(e) vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées. »
le blâme	12, 25	Item 12 : « Je me suis critiqué(e). »
la réinterprétation positive	11, 26	Item 11 : « J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif. »
l'humour	16, 28	Item 28 : « Je me suis amusé(e) de la situation. »
le déni	3, 21	Item 3 : « Je me suis dit que ce n'était pas réel. »
l'acceptation	8, 23	Item 23 : « J'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation. »
la religion	7, 27	Item 27 : « J'ai prié ou médité. »
l'utilisation de substance	4, 22	Item 4 : « J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux. »

1. Annexe 2 : Grille d'entretien

Présentation de l'interviewer.	
Présentation de l'interviewé	<ul style="list-style-type: none"> - Âge - Profession - Temps d'expérience - Lieu(x) de travail présent et passé en lien avec la gériatrie
Stress	<ul style="list-style-type: none"> - Comment la personne perçoit son stress au quotidien ? - Comment est-il vécu ? - Est-ce qu'il impacte, selon elle, son travail ? - Dans quel type de situation elle considère son stress comment étant le plus important. - Qu'elles sont ses méthodes pour réduire son stress ?
Situation de fin de vie et de décès d'un patient âgé	<ul style="list-style-type: none"> - A quoi la personne pense-t-elle quand on évoque ce sujet ? - Expérience particulière ? Pourquoi ? - Comment appréhende-t-elle les soins chez une personne âgée en fin de vie ? - Comment appréhende-t-elle le décès en lui-même ? La toilette mortuaire ? - A-t-elle besoin d'un lieu de recueil ? Si oui, pourquoi ? De qu'elle manière ?
Stratégies	<ul style="list-style-type: none"> - Comment la personne fait face à la prise en soin d'une personne âgée en fin de vie ? et au moment du décès ? - Que pense-t-elle de ses propres stratégies ? (Efficace, inefficace) Ressent-elle des difficultés ? - Quels impacts auraient ces difficultés ?
Empathie	<ul style="list-style-type: none"> - Comment la personne ressent une perte ? - Est-elle sensible au décès / fin de vie ?

2. Annexe 3 : Lettre d'autorisation

HEMERY Justine

Etudiante en Master de Psychologie du Vieillissement Normal et Pathologique
Etudiante à l'Université d'Angers – Département Psychologie
11 boulevard Lavoisier, 49000 Angers.



E-mail : jheme@etud.univ-angers.fr

Lettre d'autorisation pour la participation à un entretien semi-directif dans le cadre d'un travail universitaire.

Madame,

Dans le cadre de mon mémoire je travaille sur les stratégies d'ajustement des soignants face au décès de patients âgés. Je souhaite ainsi rencontrer des soignants afin d'échanger sur ce sujet en entretien semi-directif individuel.

Les données seront anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de ce travail universitaire. Le but étant de comprendre comme les soignants font face au décès de leurs patients âgés.

Ces entretiens semi-directif pourront avoir lieu les 19 mars, 13, 16 et 20 avril 2020, en fonction du créneau choisi. Ils pourront être enregistrés vocalement afin de permettre une retranscription anonyme.

Je vous prie d'agrérer l'expression de mes sincères salutations,

HEMERY Justine

A handwritten signature in black ink that reads 'Hemery'.



Coupon à remplir :

- J'autorise la participation des employés de l'EHPAD des Tourelles à cette étude sur à ce même lieu, pendant les heures de travail et de pose.
- Je n'autorise pas cette étude dans l'établissement.

Nom et signature de la direction précédée de la mention « J'ai et approuvé » :

3. Annexe 4 : Affiche d'informations pour le questionnaire et l'entretien



• **MARDI 9 MARS
2021**

FAIRE FACE AU DECES D'UN RESIDENT

Entretien en présentiel et/ou Questionnaire en ligne

Etudiante en première année de Master Psychologie du Vieillissement Normal et Pathologique à l'Université d'Angers, je travaille dans le cadre de mon mémoire sur les stratégies d'ajustement des soignants face au décès de patients âgés. Mon but est de comprendre comment les soignants vivent cette situation qui peut être vécue difficilement. Ces données seront aussi utilisées afin d'améliorer l'accompagnement des équipes.

Vous pouvez participer à mon travail de plusieurs manières :

- **Soit en répondant à un questionnaire en ligne auquel vous pouvez accéder sur ce lien**
<http://www.enquetespsychologiques.fr/limesurvey/index.php?sid=73586&lang=fr>,
- **Soit en me rencontrant le mardi 9 mars pour échanger sur le sujet.**

Si vous souhaitez participer à l'entretien, il sera anonymisé, mais enregistré vocalement. Il respecte le code de déontologie des psychologues, c'est-à-dire qu'il se veut neutre, sans jugement et bienveillant.

Si vous êtes motivé(e) et prêt(e) à partager votre expérience, vous pouvez me contacter par Titan. Cet échange aura lieu dans la salle snoezelen.

**UA¹ FACULTÉ
DES LETTRES, LANGUES
ET SCIENCES HUMAINES
UNIVERSITÉ D'ANGERS**

HEMERY Justine

Stagiaire en Psychologie

4. Annexe 5 : Lettre de consentement

HEMERY Justine

Etudiante en Master de Psychologie du Vieillissement Normal et Pathologique

Etudiante à l'Université d'Angers – Département Psychologie

11 boulevard Lavoisier, 49000 Angers.



E-mail : jhemey@etud.univ-angers.fr

Lettre de consentement libre et éclairé pour la participation à un entretien semi-directif dans le cadre d'un travail universitaire.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire je travaille sur les stratégies d'ajustement des soignants face au décès de patients âgés. Je souhaite ainsi rencontrer des soignants afin d'échanger sur ce sujet en entretien semi-directif individuel.

Les données seront anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de ce travail universitaire. Le but étant de comprendre comme les soignants font face au décès de leurs patients âgés.

Ces entretiens semi-directif pourront avoir lieu les 19 mars, 13, 16 et 20 avril 2020, en fonction du crâneau choisi. Ils pourront être enregistrés vocalement afin de permettre une retranscription anonyme.

Je vous prie d'agrérer l'expression de mes sincères salutations,

HEMERY Justine

A handwritten signature in black ink that reads 'Hemery'.



Coupon à remplir :

- Je donne mon accord pour participer volontairement à une étude sur les stratégies de coping des soignants faisant face aux décès de patients âgés. Je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et peut être arrêtée à tout moment sans justification ni responsabilité. J'accepte que l'enregistrement audio de l'entretien semi-directif individuel. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et qu'elles ne seront utilisées seulement dans le cadre de ce travail universitaire et à l'usage exclusif de l'investigatrice concernée. J'ai été informé(e) que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle. J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif par l'Université d'Angers (département de Psychologie).
- Je refuse de participer à cette étude.

Nom et signature du volontaire précédée de la mention « lu et approuvé » :

5. Annexe 6 : Tableaux corrélationnels

Pearson's Correlations

Variable		Score global Stress	Coping actif	Planification	Recherche de soutien social instrumental	Recherche de soutien social emotionnel	expression des sentiments	desengagement complémentaire	distraction	blame	reinterpretation positive	humour	deni	acceptation	religion	utilisation de substance	Score global TRIG
1. Score global Stress	Pearson's r	—															
	p-value	—															
2. Coping actif	Pearson's r	-0.178	—														
	p-value	0.091	—														
3. Planification	Pearson's r	-0.066	0.688 ***	—													
	p-value	0.536	< .001	—													
4. Recherche de soutien social instrumental	Pearson's r	-0.058	0.212 *	0.089	—												
	p-value	0.582	0.044	0.404	—												
5. Recherche de soutien social emotionnel	Pearson's r	0.077	0.122	0.119	0.677 ***	—											
	p-value	0.470	0.249	0.260	< .001	—											
6. expression des sentiments	Pearson's r	-0.028	0.321 **	0.228 *	0.720 ***	0.617 ***	—										
	p-value	0.794	0.002	0.029	< .001	< .001	—										
7. desengagement complémentaire	Pearson's r	0.302 **	-0.133	-0.016	-0.107	0.041	-0.058	—									
	p-value	0.004	0.210	0.878	0.312	0.700	0.586	—									
8. distraction	Pearson's r	0.134	-0.056	-0.027	-0.021	0.179	-0.102	0.076	—								
	p-value	0.204	0.597	0.800	0.840	0.090	0.337	0.475	—								
9. blame	Pearson's r	0.355 ***	-0.063	0.088	0.201	0.190	0.050	0.307 **	0.302 **	—							
	p-value	< .001	0.554	0.407	0.057	0.071	0.641	0.003	0.004	—							
10. reinterpretation positive	Pearson's r	-0.161	0.200	0.107	0.350 ***	0.253 *	0.333 **	-0.004	0.153	0.087	—						
	p-value	0.128	0.057	0.315	< .001	0.016	0.001	0.970	0.148	0.413	—						
11. humour	Pearson's r	-0.104	-0.031	-0.002	-0.186	-0.183	-0.072	-0.044	0.147	-0.071	0.160	—					
	p-value	0.327	0.770	0.986	0.078	0.083	0.501	0.676	0.163	0.504	0.129	—					
12. deni	Pearson's r	0.356 ***	-0.253 *	-0.164	-1.457e-4	0.177	-0.070	0.532 ***	0.268 *	0.476 ***	-0.110	0.096	—				

Pearson's Correlations

Variable		Score global Stress	Coping actif	Planification	Recherche de soutien social instrumental	Recherche de soutien social émotionnel	expression des sentiments	desengagement complémentaire	distraction	blame	reinterpretation positive	humour	deni	acceptation	religion	utilisation de substance	Score global TRIG
	p-value	<.001	0.016	0.120	0.999	0.092	0.510	<.001	0.010	<.001	0.299	0.367	—	—	—	—	—
13. acceptation	Pearson's r	-0.048	0.297 **	0.175	0.093	0.124	0.212 *	-0.043	0.039	-0.022	0.331 **	0.003	-0.128	—	—	—	—
	p-value	0.650	0.004	0.098	0.380	0.242	0.044	0.688	0.713	0.840	0.001	0.978	0.226	—	—	—	—
14. religion	Pearson's r	-0.129	0.123	0.068	-0.056	0.008	-0.052	0.163	0.205	8.265e-4	0.187	0.182	0.149	0.169	—	—	—
	p-value	0.222	0.244	0.522	0.598	0.943	0.622	0.122	0.051	0.994	0.076	0.084	0.160	0.110	—	—	—
15. utilisation de substance	Pearson's r	0.094	0.061	0.111	-0.057	0.127	0.022	0.218 *	0.225 *	0.195	0.057	0.101	0.309 **	0.231 *	0.237 *	—	—
	p-value	0.375	0.566	0.293	0.592	0.229	0.833	0.038	0.032	0.064	0.595	0.342	0.003	0.028	0.024	—	—
16. Score global TRIG	Pearson's r	-0.266 *	0.121	0.027	-0.046	-0.234 *	0.029	-0.166	-0.468 ***	-0.356 ***	0.044	0.021	-0.341 ***	0.206	-0.196	-0.183	—
	p-value	0.011	0.254	0.803	0.666	0.026	0.785	0.115	<.001	<.001	0.680	0.840	<.001	0.050	0.063	0.082	—

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Pearson's Correlations

Variable		Score stress ext	Score stress int	Coping actif	Planification	Recherche de soutien social instrumental	Recherche de soutien social emotionnel	expression des sentiments	desengagement complémentaire	distraction	blame	reinterpretation positive	humour	deni	acceptation	religion	utilisation de substance
1. Score stress ext	Pearson's r	—															
	p-value	—															
2. Score stress int	Pearson's r	0.632 ***	—														
	p-value	< .001	—														
3. Coping actif	Pearson's r	-0.117	-0.243 *	—													
	p-value	0.268	0.020	—													
4. Planification	Pearson's r	-0.020	-0.132	0.688 ***	—												
	p-value	0.854	0.212	< .001	—												
5. Recherche de soutien social instrumental	Pearson's r	-0.060	-0.042	0.212 *	0.089	—											
	p-value	0.575	0.694	0.044	0.404	—											
6. Recherche de soutien social emotionnel	Pearson's r	0.101	0.014	0.122	0.119	0.677 ***	—										
	p-value	0.340	0.897	0.249	0.260	< .001	—										
7. expression des sentiments	Pearson's r	0.016	-0.099	0.321 **	0.228 *	0.720 ***	0.617 ***	—									
	p-value	0.880	0.349	0.002	0.029	< .001	< .001	—									
8. desengagement complémentaire	Pearson's r	0.289 **	0.249 *	-0.133	-0.016	-0.107	0.041	-0.058	—								
	p-value	0.005	0.017	0.210	0.878	0.312	0.700	0.586	—								
9. distraction	Pearson's r	0.067	0.221 *	-0.056	-0.027	-0.021	0.179	-0.102	0.076	—							
	p-value	0.528	0.035	0.597	0.800	0.840	0.090	0.337	0.475	—							
10. blame	Pearson's r	0.268 *	0.422 ***	-0.063	0.088	0.201	0.190	0.050	0.307 **	0.302 **	—						
	p-value	0.010	< .001	0.554	0.407	0.057	0.071	0.641	0.003	0.004	—						
11. reinterpretation positive	Pearson's r	-0.139	-0.160	0.200	0.107	0.350 ***	0.253 *	0.333 **	-0.004	0.153	0.087	—					
	p-value	0.188	0.131	0.057	0.315	< .001	0.016	0.001	0.970	0.148	0.413	—					
12. humour	Pearson's r	-0.110	-0.067	-0.031	-0.002	-0.186	-0.183	-0.072	-0.044	0.147	-0.071	0.160	—				
	p-value	0.299	0.527	0.770	0.986	0.078	0.083	0.501	0.676	0.163	0.504	0.129	—				

Pearson's Correlations

Variable		Score stress ext	Score stress int	Coping actif	Planification	Recherche de soutien social instrumental	Recherche de soutien social émotionnel	expression des sentiments	desengagement compréhensionnel	distraction	blame	reinterpretation positive	humour	deni	acceptation	religion	utilisation de substance
13. deni	Pearson's r	0.274 **	0.414 ***	-0.253 *	-0.164	-1.457e-4	0.177	-0.070	0.532 ***	0.268 *	0.476 ***	-0.110	0.096	—			
	p-value	0.008	< .001	0.016	0.120	0.999	0.092	0.510	< .001	0.010	< .001	0.299	0.367	—			
14. acceptation	Pearson's r	-0.024	-0.079	0.297 **	0.175	0.093	0.124	0.212 *	-0.043	0.039	-0.022	0.331 **	0.003	-0.128	—		
	p-value	0.820	0.455	0.004	0.098	0.380	0.242	0.044	0.688	0.713	0.840	0.001	0.978	0.226	—		
15. religion	Pearson's r	-0.135	-0.087	0.123	0.068	-0.056	0.008	-0.052	0.163	0.205	8.265e-4	0.187	0.182	0.149	0.169	—	
	p-value	0.203	0.410	0.244	0.522	0.598	0.943	0.622	0.122	0.051	0.994	0.076	0.084	0.160	0.110	—	
16. utilisation de substance	Pearson's r	0.057	0.138	0.061	0.111	-0.057	0.127	0.022	0.218 *	0.225 *	0.195	0.057	0.101	0.309 **	0.231 *	0.237 *	
	p-value	0.594	0.193	0.566	0.293	0.592	0.229	0.833	0.038	0.032	0.064	0.595	0.342	0.003	0.028	0.024	

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

RÉSUMÉ

Objectif : L'objectif de ce mémoire est de faire le lien entre le niveau de stress perçu au quotidien et les stratégies d'ajustement utilisées par les soignants dans la situation considérée comme stressante, celle de la prise en soins en fin de vie et le décès de patients âgés prenant aussi en compte la notion de deuil.

Méthode : 91 soignants ont répondu à un questionnaire en ligne constitué de la PSS10 de Cohen, Karmack et Mermelstein (1983) pour évaluer le niveau de stress perçu, de la BRIEF-COPE de Carver (1997) pour évaluer le score de stratégies de coping situationnel, de la TRIG de Faschingbauer, De Vaul et Zisook (1987) pour évaluer le niveau de deuil ressenti et de la BES de Jolliffe et Farrington (2006). Un retour sur un entretien semi-directif avec une infirmière volontaire complète l'analyse qualitative de cette étude.

Résultats : Les résultats de cette recherche montrent une corrélation positive entre le score de stress perçu au quotidien et les stratégies d'ajustement axées sur les émotions tel que le désengagement comportemental, le blâme et le déni. Il existerait aussi un lien entre le score d'intensité du deuil et le score de stratégies d'ajustement axées sur les émotions. Cette corrélation est négative. Enfin, malgré le lien entre le score d'intensité du deuil et le score de stress perçu au quotidien, ils prédiraient la stratégie d'ajustement blâme. L'entretien semi-directif permet de constater les stratégies utilisées chez une infirmière coordinatrice qui ne perçoit peu voire pas de stress en situation de prise en soins en fin de vie et de décès de patients âgés.

Conclusion : Finalement, en situation de stress, les soignants utiliseraient plutôt des stratégies d'ajustement axées sur les émotions. Toutefois, face au deuil, ces stratégies seraient moins utilisées.

mots-clés : stratégies d'ajustement, stress, prise en soins, fin de vie, patients âgés

ABSTRACT

Objective: The objective of this dissertation is to establish a link between the level of perceived daily stress and the adjustment strategies used by caregivers in a situation considered stressful, that of end-of-life care and the death of elderly patients, considering the notion of mourning.

Method: 91 caregivers responded to an online questionnaire consisting of Cohen, Karmack, and Mermelstein's (1983) PSS10 to assess the level of perceived stress, Carver's (1997) BRIEFF-COPE to assess the situational coping strategies score, Faschingbauer, De Vaul, and Zisook's (1987) TRIG to assess the level of bereavement felt, and Jolliffe and Farrington's (2006) BES. A feedback semi-structured interview with a volunteer nurse completes the qualitative analysis of this study.

Results: The results of this research show a positive correlation between the perceived daily stress score and emotion-focused coping strategies such as behavioural disengagement, blaming and denial. There was also a relationship between the grief intensity score and the emotion-focused coping strategies score. This correlation was negative. Finally, despite the link between the grief intensity score and the perceived daily stress score, they would predict the blaming adjustment strategy. The semi-directive interview allows us to observe the strategies used by a nurse coordinator who perceives little or no stress in end-of-life care and death situations for elderly patients.

Conclusion: Finally, in a stressful situation, caregivers tend to use adjustment strategies based on emotions. However, in the face of bereavement, these strategies would be used less.

keywords : coping strategies, stress, take care, end-of-life care, elderly patients

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Hemery Justine.....
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **16 / 05 / 2022**



**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00

