

Université de Montréal

Le vécu d'infirmières d'unités de soins intensifs face à l'exposition à la mort de patients en
contexte de la pandémie COVID-19

Par
Wifak Abderrahmen

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maitrise (M. Sc.)
en Sciences infirmières, option Formation

Décembre 2023

© Wifak Abderrahmen, 2023

Université de Montréal

Unité académique : Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé

**Le vécu d’infirmières d’unités de soins intensifs face à l’exposition à la mort de patients en
contexte de la pandémie COVID-19**

Présenté par

Wifak Abderrahmen

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Isabelle Brault

Présidente de jury

Christine Genest

Directrice de recherche

Chantale Caux

Membre du jury

Résumé

Travailler dans des unités de soins intensifs (USI) est souvent fatigant pour les infirmières, non seulement sur le plan physique, mais aussi sur le plan psychologique et émotionnel. En plus de l'intensité des soins, les infirmières œuvrant dans ces unités sont régulièrement confrontées à la mort de leurs patients, une situation qui augmente le risque de détresse psychologique pour ces professionnels de la santé. Avec le déclenchement de la pandémie COVID-19, les conditions de travail dans les USI sont devenues plus stressantes que d'habitude, et l'exposition des infirmières à la mort de leurs patients a augmenté et est devenue très fréquente, le taux de mortalité dans ces unités étant passé de 25,6% à 48,8%. Ces nouvelles conditions de travail inhabituelles ont pesé lourdement sur la santé psychologique des infirmières, les exposant davantage au risque de détresse psychologique. Ce problème est encore aggravé par le manque de formations préparant les infirmières à accompagner des patients mourants et à se protéger psychologiquement face à leur décès. Le but de ce projet de recherche est de comprendre l'expérience d'infirmières face à la mort dans les USI pendant la pandémie COVID-19, et de déterminer les besoins de formation de ces infirmières pour un soutien psychologique optimal face à la mort de leurs patients. À cette fin, une étude qualitative descriptive a été menée auprès de trois participantes. Pour chaque participante à l'étude, une entrevue individuelle virtuelle a été réalisée. Puis, les données collectées ont été transcrites en vue de réaliser une analyse thématique. Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude ont montré que l'expérience vécue par les infirmières était exceptionnelle et chargée d'émotion. Les résultats ont également démontré que plusieurs facteurs ont façonné cette expérience, notamment le contexte de COVID-19, le contexte organisationnel dans lequel les infirmières ont travaillé et le contexte personnel, professionnel et familial de l'infirmière. Cette étude a également mis en évidence la nécessité d'améliorer la formation des infirmières en matière de fin de vie, afin de mieux accompagner les patients mourants sans mettre en jeu la santé psychologique des infirmières. Enfin, les recommandations de ce projet en matière de gestion, formation et recherche ont été présentées.

Mots-clés : infirmières, soins intensifs, détresse psychologique, pandémie, COVID-19, décès de patients, formation.

Abstract

Working in intensive care units (ICUs) is often tiring for nurses, not only physically, but also psychologically and emotionally. In addition to the intensity of care, nurses working in these units are regularly confronted with the death of their patients, a situation that increases the risk of psychological distress for these healthcare professionals. With the onset of the COVID-19 pandemic, working conditions in ICUs became more stressful than usual, and nurses' exposure to the death of their patients increased and became very frequent, with the mortality rate in these units rising from 25.6% to 48.8%. These new, unusual working conditions have weighed heavily on nurses' psychological health, putting them at greater risk of psychological distress. This problem is compounded by the lack of training to prepare nurses to accompany dying patients and protect themselves psychologically in the face of death. The aim of this research project is to understand nurses' experience of death in ICUs during the COVID-19 pandemic, and to determine the training needs of these nurses for optimal psychological support in the face of patient death. To this end, a descriptive qualitative study was conducted with three participants. For each study participant, a virtual individual interview was conducted. The data collected was then transcribed for thematic analysis. The results of this study showed that the nurses' experience was exceptional and emotionally charged. The results also showed that several factors shaped this experience, including the COVID-19 context, the organizational context in which the nurses worked, and the nurse's personal, professional and family background. This study also highlighted the need to improve nurses' end-of-life training, in order to better support dying patients without putting nurses' psychological health at risk. Finally, the project's recommendations in terms of management, training and research were presented.

Keywords : nurses, intensive care, psychological distress, pandemic, COVID-19, patient deaths, training.

Table des matières

Résumé	3
Abstract	4
Table des matières	5
Liste des tableaux	9
Liste des figures	10
Liste des abréviations	11
Remerciements	12
Avant-propos	14
Chapitre 1 : Problématique.....	15
But de l'étude	19
Questions de recherche.....	19
Chapitre 2 : Recension des écrits	20
L'expérience des infirmières en lien avec la mort aux soins intensifs.....	20
Les spécificités de la pandémie COVID-19	26
La formation des infirmières	30
Perspective disciplinaire : Le modèle humaniste de l'Université de Montréal.....	34
Chapitre 3 : La méthode de recherche.....	38
Devis de l'étude.....	38
Échantillon et stratégie d'échantillonnage	39
La taille de l'échantillon.....	41
La collecte de données	41
Analyse des données	42
Considérations éthiques.....	44

Critères de scientificité pour la recherche qualitative	45
Chapitre 4 : Résultats	47
Caractéristiques sociodémographiques des participantes	47
Résultats	48
Contexte COVID.....	49
Nouveauté de la maladie	50
Particularité des patients et de la mort :	51
Tranches d'âge touchée par la maladie :	51
La mort surprise :	52
Les conditions de la mort :	52
L'absence des proches des patients :	52
Le contexte organisationnel	55
Nouvelles procédures :	55
Structures du travail :	57
Soutien organisationnel :	60
Contexte personnel et professionnel	63
Expérience antérieure : (vécu antérieur associé au deuil et à la mort) :	64
Expérience de travail :	65
Contexte familial	67
Des nouvelles responsabilités :	68
Peur de contamination :	68
Le soutien familial :	69
Expérience infirmière	70
Les émotions vécues par les infirmières :	70
Le sentiment d'impuissance et de perte de contrôle :	70

Un sentiment de culpabilité :.....	72
Se montrer fortes et camoufler leurs émotions :	73
L'extériorisation des sentiments négatifs :.....	74
L'impact de la confrontation à la mort sur les infirmières :.....	75
Remise en question de son rôle et de sa profession :	75
La déconnexion par rapport à leurs émotions :	76
Traumatisme émotionnel : des images traumatisantes qui restent imprégnées :.....	77
Saturées de la pandémie et elles ne veulent plus en parler :	78
Besoins de formation.....	79
Des formations pour améliorer les soins de fin de vie :.....	81
Des formations pour préserver la santé psychologique :.....	83
Chapitre 5 : Discussion	86
Les principaux résultats de l'étude.....	86
Retour sur le cadre conceptuel choisi.....	86
Discussion des principaux résultats.....	88
Les limites et les forces de la recherche.....	96
Les limites de l'étude :	96
Les forces de l'étude :	98
Les recommandations de ce projet de recherche pour les principaux domaines de la pratique infirmière.....	99
Recommandation pour la gestion :.....	99
Recommandation pour la formation :.....	100
Recommandation pour la recherche :.....	101
Conclusion.....	103
Références bibliographiques	104

Annexe A : affiche de recrutement	113
Annexe B : Démarche de recrutement	116
Annexe C : Formulaire de consentement	119
Annexe D : Questionnaire sociodémographique.....	126
Annexe E : Guide d’entrevue	129
Annexe F : Étapes d’analyse de données	132
Annexe G : Approbation éthique	140
Annexe H : Liste de ressources d’aide	143

Liste des tableaux

Tableau 1. – Caractéristiques sociodémographiques des participantes (N=3).....47

Liste des figures

Figure 1. – Modélisation de l’expérience infirmière face à l’exposition à la mort aux soins intensifs en contexte COVID-19	49
---	----

Liste des abréviations

AQII : Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers

CACCN : Canadian Association of Critical Care Nurses

CEGEP : Collège d'Enseignement Général et Professionnel

CHSLD : Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019

ÉPI : équipement de protection individuelle

EPTC2 : Énoncé de Politique des Trois Conseils

HeTOP : Health Terminology/Ontology Portal

IES-R : Impact of Event Scale-Revised

MHSI-UdeM : Modèle Humaniste des Soins Infirmiers de l'Université de Montréal

OIIQ : Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHQ-4 : Patient Health Questionnaire – 4

RIISIQ : Regroupement des Infirmières et Infirmiers en Soins Intensifs du Québec

UdeM : Université de Montréal

USI : Unité de Soins Intensifs

Remerciements

Étudier à l'étranger, en particulier dans le cadre d'un programme de maîtrise en tant qu'étudiante internationale, a été une véritable aventure pour moi. Cela m'a demandé beaucoup de courage, ainsi que du soutien de la part de nombreuses personnes, qui ont rendu l'aventure encore plus agréable.

Mes remerciements les plus sincères vont à ma famille, qui a soutenu ma décision de poursuivre mes études supérieures et m'a encouragé à vivre pleinement cette expérience. Ma chère famille, la distance géographique et le décalage horaire entre les deux pays ne vous ont jamais empêchés d'être présents et disponibles pour m'écouter et m'encourager. Merci pour votre soutien moral et votre confiance en moi, et merci pour votre foi absolue en ma réussite. Je remercie tout particulièrement ma mère et mes sœurs. Tous nos appels vidéo et nos longues heures de conversation ont été pour moi une véritable dose de bonheur et m'ont donné l'énergie dont j'avais besoin pour continuer à avancer vers mon objectif.

Je tiens à remercier également ma directrice de recherche, Professeure Christine Genest, de m'avoir accompagnée tout au long de la réalisation de ce beau projet, que j'ai adoré mener. Merci Christine pour tes conseils et tes remarques constructives qui m'ont permis d'approfondir ma réflexion. Merci d'avoir répondu avec générosité à toutes mes listes de questions. Ton attitude positive et ton optimisme, malgré les difficultés que nous avons rencontrées dans la réalisation de ce projet, ont été une grande source d'inspiration pour moi. Merci d'avoir cru en mon potentiel et en la réussite du projet.

Je souhaite remercier aussi toutes les infirmières qui ont participé à mon projet. Je leur suis reconnaissante d'avoir pris le temps de partager avec moi leurs expériences de travail pendant la pandémie COVID-19, malgré leur lourde charge de travail. Ce projet n'aurait jamais vu le jour sans leur précieuse participation. Je voudrais également remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à faire la promotion de ce projet de recherche afin de trouver des participants à cette étude.

Pour terminer, je voudrais exprimer ma gratitude à mon pays d'origine, la Tunisie, pour la bourse d'excellence dont j'ai bénéficié et pour le financement de ma maîtrise. Merci, mon cher pays !

Avant-propos

Ce projet de recherche a été initié lors des premières vagues de la pandémie COVID-19. La réalité pandémique de 2020 et les bouleversements qui en ont découlé dans le secteur de la santé ont été une source d'inspiration pour l'étudiante dans l'élaboration de ce projet. La nouveauté de la maladie émergente, la rapidité avec laquelle elle s'est propagée dans le monde et les nombreux décès qu'elle a causés sont autant d'éléments qui ont éveillé la curiosité de l'étudiante et l'ont amenée à s'intéresser à un sujet lié à la pandémie. Avec ce projet de mémoire, l'étudiante a voulu comprendre comment les infirmières travaillant dans les unités de soins intensifs (USI) ont fait face aux décès de leurs patients pendant la pandémie, notamment face à une maladie nouvelle et inconnue, et dans de nouvelles conditions de travail imposées par la crise sanitaire.

Le projet ayant été initié en 2020, la rédaction de la problématique s'est appuyée principalement sur des articles publiés cette même année pour décrire l'effet de la pandémie, à ce moment-là, sur la santé psychologique des soignants. Des articles publiés avant 2020 ont également été utilisés pour présenter les difficultés auxquelles les infirmières étaient déjà confrontées pour faire face au décès de leurs patients avant même la pandémie. Ensuite, dans le chapitre de discussion, des articles plus récents relatifs à la santé psychologique des infirmières pendant la crise sanitaire et datant de 2021 et 2022 ont également été inclus.

Pour les critères d'inclusion de l'étude, toute infirmière ayant travaillé pendant au moins 6 mois dans une USI d'un hôpital de la région de Montréal durant la pandémie était éligible pour participer. Afin de recruter le plus grand nombre de participants possible, aucune période spécifique de la pandémie n'était requise dans les critères d'inclusion.

Les entrevues avec les participantes à l'étude ont été réalisées entre mars 2022 et décembre 2022. Les questions posées lors des entretiens concernaient la pandémie en général, et non une période ou une vague spécifique. Cependant, les réponses des participantes ont surtout porté sur ce qu'elles avaient vécu lors des premières vagues, cette période ayant été, selon les participantes, la plus difficile et la plus marquante pour elles.

Chapitre 1 : Problématique

La pandémie de COVID-19 a exposé les infirmières en général, et plus particulièrement celles qui travaillent dans les USI, à la mort de patients sur une base très fréquente. Comme l'exposition à la mort des patients est déjà considérée comme l'un des défis les plus difficiles à gérer pour ces infirmières, même dans le contexte de leur pratique quotidienne avant la pandémie, il nous a semblé intéressant de nous pencher sur l'expérience de ces soignantes face au décès de patients dans le contexte d'une pandémie où les soins sont différents et l'exposition à la mort est plus fréquente.

Les conditions de travail dans les USI sont fréquemment considérées comme étant stressantes (Machado et al., 2018). Par conséquent, les infirmières qui exercent dans ces unités expriment souvent une fatigue sur le plan psychologique et émotionnel (Mason et al., 2014). Plusieurs écrits scientifiques décrivent cette réalité. Par exemple, l'étude quantitative de Machado et al. (2018) montre qu'environ 61% des infirmières œuvrant aux soins intensifs vivent du stress et presque 33% présentent des signes de dépression. Également, selon Karanikola et al. (2015), les signes d'anxiété et de dépression sont plus fréquents chez les infirmières œuvrant aux soins intensifs par rapport à d'autres spécialités infirmières. Ainsi, les soignants qui travaillent en USI et plus particulièrement les infirmières, semblent être considérés comme étant une population vulnérable au niveau de la santé psychologique au travail (Karanikola et al., 2015).

La souffrance des infirmières aux soins intensifs peut être le résultat de divers facteurs tels que l'intensité des soins, les exigences technologiques et surtout la charge cognitive et psychique liée au travail (St-Pierre et al., 2010). En ce qui concerne le volet psychique, selon St-Pierre et al. (2010), le travail auprès des patients mourants et l'exposition quotidienne à la mort aux USI font partie des principales sources d'anxiété et de souffrance émotionnelle pour les infirmières. En effet, la guérison du patient reste toujours l'objectif ultime des soignants même aux soins intensifs (Betriana & Kongsuwan, 2020 ; Kisorio & Langley, 2016 ; Shorter & Stayt, 2010). Pour cette raison, la mort de la personne soignée est généralement considérée comme un échec thérapeutique, ce qui peut engendrer des sentiments comme de la culpabilité et de la déception (Betriana & Kongsuwan, 2020). La définition de l'USI, proposée par Marshall et al. (2017), explique également que le rôle des soignants œuvrant dans cette unité consiste à sauver les vies des personnes malades.

Selon ces auteurs, l'USI se définit comme une unité spéciale dédiée à la surveillance et à la prise en charge des patients qui sont en état critique (Marshall et al., 2017). Dans ce type d'unité, les soignants fournissent des soins intensifs et spécialisés afin de traiter les défaillances organiques et maintenir le patient en vie (Marshall et al., 2017). Néanmoins, les taux de mortalité des patients hospitalisés en USI sont élevés (Betriana & Kongsuwan, 2020).

La mort en milieu de soins, que ce soit aux soins intensifs ou autres, est assez fréquente (Laporte et Vonarx, 2015 ; Zheng et al., 2018). D'ailleurs, les deux tiers des décès surviennent dans les hôpitaux (Laporte et Vonarx, 2015) et presque 20% de ces décès proviennent des USI (Hinderer, 2012). Par conséquent, au cours de leur carrière, les soignants qui travaillent dans ces unités sont exposés régulièrement à la mort dans leur pratique (Pillot, 2015 ; Zheng et al., 2018). Or, la mort d'un patient est un moment difficile et douloureux, non seulement pour la famille et les amis du défunt, mais aussi pour les professionnels de la santé qui prennent en charge ce patient (Pillot, 2015 ; Betriana & Kongsuwan, 2019). En effet, l'accompagnement des mourants et de leurs proches demeure une situation difficile qui exige souvent une énergie physique de la part des soignants et pèse lourdement sur leur santé psychologique (Lief et al., 2018 ; Wenzel et al., 2011).

Par rapport aux autres professionnels de santé, les infirmières, dans les différents secteurs de soins, passent plus de temps avec les patients en fin de vie (Croxon et al., 2018 ; Cui et al., 2011). Par conséquent, celles qui travaillent dans les USI sont aussi fréquemment présentes durant la fin de vie et au moment du décès (Lief et al., 2018). Selon Anderson et al. (2015), la mort est un événement traumatique qui peut entraîner un sentiment d'impuissance et de culpabilité ainsi qu'une détresse émotionnelle. Alors, en s'occupant de patients mourants, les infirmières des USI, sont généralement exposées à une fatigue émotionnelle et au risque d'épuisement professionnel (Lief et al., 2018). Selon Ridner (2004), le changement de l'état émotionnel, la souffrance, la dépression et l'anxiété vécus par l'infirmière face à l'exposition à la mort sont toutes des formes de détresse psychologique. Cette détresse psychologique se définit par Ridner (2004) comme étant un « état unique d'inconfort émotionnel vécu par un individu en réponse à un facteur de stress ou à une demande spécifique qui entraîne un préjudice, temporaire ou permanent, pour la personne » [traduction libre] (p. 539). Si la personne n'arrive pas à résoudre le problème en question ou à s'adapter efficacement à une situation stressante, une détresse psychologique peut survenir (Ridner, 2004).

À la lumière de ce qui est présenté dans les paragraphes précédents, les infirmières risquent de développer une détresse psychologique en raison de leur contexte de travail et de l'exposition à la mort qui fait partie de leur pratique. Cette exposition à la mort et ces conditions de travail habituelles, déjà accablantes pour les infirmières, sont devenues encore plus éprouvantes, notamment avec l'apparition de la maladie du virus Corona-19 à Wuhan en décembre 2019 (Rosa et al., 2020). Cette maladie est déclarée le 30 janvier 2020 par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme urgence de santé publique de portée internationale et le 11 mars 2020 comme une pandémie (Carmassi, 2020). La crise sanitaire provoquée par cette maladie expose alors les soignants à un risque élevé de détresse psychologique, vu l'absence de traitement efficace, l'incertitude des connaissances, le risque élevé de contamination et une mortalité quotidienne sans précédent (Carmassi, 2020). En effet, la COVID-19 est une maladie infectieuse émergente qui se caractérise par un taux élevé de morbidité (Galehdar et al., 2020) et un risque de mortalité qui varie entre 3 et 5% (Alharbi et al., 2020). D'ailleurs, jusqu'au 1^{er} décembre 2023, cette maladie a entraîné une perturbation mondiale, avec plus de 698 millions de cas confirmés et environ 6,9 millions de décès dans le monde (*Worldometer*, 2023). En ce qui concerne la province de Québec (Canada), le nombre total de cas cumulés jusqu'en décembre 2023 était proche de 1,5 million, tandis que le nombre de décès dépassait les 19 000 (Gouvernement du Québec, 2023). Cette maladie est donc responsable non seulement d'une détérioration rapide de l'état de santé de la personne atteinte, mais aussi d'une mortalité massive des patients (Arnetz et al., 2020). Dans le même ordre d'idée, Alharbi et ses collaborateurs (2020), estiment que des complications graves peuvent être développées chez presque 15% des patients ayant la COVID-19 et que la gravité des symptômes peut entraîner l'admission d'environ 5 à 10 % de ces patients aux USI. Dans ce sens, Arnetz et al. (2020), soulignent qu'il a effectivement été nécessaire d'augmenter le nombre de lits dans les USI étant donné la propagation rapide de la maladie. Les mêmes auteurs ont mentionné également que la prise en charge des patients gravement malades ou mourants a été l'une des sources de stress pour les infirmières pendant la pandémie, et que le taux élevé de décès de patients était susceptible de favoriser la détresse psychologique et l'altération de la santé mentale chez les infirmières (Arnetz et al., 2020).

En raison de la propagation rapide de la maladie dans le monde entier et de l'augmentation du nombre de décès au cours de la pandémie (Franza et al., 2020), la majorité des USI dans le monde ont été mobilisées et fonctionnaient à plus de 95% de leur capacité (OMS, 2020). Ces unités

recevaient alors des patients qui présentent des symptômes graves et potentiellement mortels dû à leur atteinte de la COVID-19 (Alharbi et al., 2020). Par conséquent, le taux de mortalité global en USI a connu pendant la pandémie, une élévation importante de 25,6% à 48,8% (Grasselli et al., 2020). Il appert que dans ce contexte particulier associé au COVID-19, les infirmières, étant donné la nature de leur travail ont été les plus exposées à la souffrance des malades (Alharbi et al., 2020). Or, la confrontation répétée à la mort peut affecter négativement la santé psychologique des infirmières (Rosa et al., 2020) et augmenter leur sentiment d'impuissance (Alharbi et al., 2020). Selon Galehdar et al. (2020), plus le nombre de décès augmente, plus la confrontation à la mort devient une source de stress, d'anxiété et de détresse émotionnelle pour les infirmières. Ce bouleversement émotionnel vécu face à la mort est principalement dû au fait que les infirmières reçoivent peu de soutien psychologique formel ou informel, entraînant une gestion non optimale de leur bien-être (Alharbi et al., 2020 ; Galehdar et al., 2020).

Ce qui rend la situation plus compliquée, c'est aussi le manque de connaissances et de compétences des infirmières en matière de gestion des décès (Anderson et al., 2015). En effet, il appert que les infirmières manquent de formation concernant la psychologie du deuil et la gestion de l'anxiété face à la mort (Galehdar et al., 2020). Ce manque de formation peut être dû à la rareté des programmes de formation disponibles et spécifiques qui permettent aux infirmières de composer avec les décès de patients adéquatement (Cui et al., 2011 ; Zheng et al., 2018). Toujours dans le cadre de la formation, certaines études montrent que les infirmières sont insuffisamment préparées à confronter la mort ou à soigner des patients en fin de vie (Anderson et al., 2015 ; Cui et al., 2011). Par exemple, Cui et ses collègues (2011), expliquent qu'il existe des lacunes dans la formation académique et la formation professionnelle continue concernant l'accompagnement des patients en fin de vie. Or, avec peu de formation entourant la mort, les infirmières sont souvent confrontées à plus de difficultés dans la prise en charge des patients en fin de vie (Huilin et al., 2020). Ainsi, des formations facilitant la gestion du deuil et l'adaptation des infirmières à la mort sont fortement recommandées par plusieurs auteurs (Carmassi et al., 2020 ; Croxon et al., 2018 ; Shorter & Stayt, 2010). D'ailleurs, certaines infirmières déclarent qu'elles rencontrent des difficultés à faire face aux décès des patients et elles insistent sur la nécessité de formations abordant les différents problèmes liés à la mort (Kent et al., 2012 ; Laporte et Vonarx, 2015). Pour conclure, il semble qu'une formation spécifique entourant la mort peut doter les infirmières des connaissances et des compétences indispensables à la prise en charge des patients mourants

(Efstathiou & Walker, 2014 ; Peters et al., 2013). En effet, ces formations peuvent aider les infirmières à mieux contrôler leurs émotions lorsqu'elles sont confrontées au décès d'un patient (Mak et al., 2013).

Selon Rosa et al. (2020), la mort est toujours fréquente aux USI et la pandémie de COVID-19 n'a fait qu'augmenter davantage le taux de mortalité des patients et la charge de travail des soignants de cette unité. Les mêmes auteurs expliquent que ces professionnels de santé peuvent quitter leur travail à cause de l'épuisement professionnel qui est lié à la détresse psychologique vécue (Rosa et al., 2020). Pour cette raison, Rosa et ses collaborateurs (2020) suggèrent de considérer les soignants œuvrant dans les USI comme une priorité pendant cette pandémie. Selon Kent et al. (2012), plusieurs travaux de recherche abordent le sujet des patients en fin de vie et des soins palliatifs, mais l'expérience des infirmières confrontées à la mort dans les USI est peu explorée dans les écrits scientifiques, et ce, notamment associé au contexte pandémique de la COVID-19. En plus, compte tenu de l'impact du manque de formation sur l'expérience des infirmières et leur détresse psychologique (Galehdar et al., 2020), des études supplémentaires doivent être menées pour comprendre le besoin des infirmières en ce qui concerne les formations abordant le sujet de la mort.

But de l'étude

Le contexte pandémique augmente la confrontation des infirmières à la mort et augmente le risque de vivre de la détresse psychologique. Il apparaît donc pertinent d'entreprendre une étude dont le but consiste à comprendre l'expérience d'infirmières face à la mort dans les USI pendant la pandémie COVID-19 et à déterminer les besoins de formation de ces infirmières pour un soutien optimal de leur santé psychologique en lien avec la mort des patients.

Questions de recherche

Ce travail de recherche répondra aux questions suivantes :

- Quelle est l'expérience d'infirmières face à l'exposition répétée à la mort des patients atteints de la COVID-19 aux USI ?
- Quels sont les besoins de formation des infirmières pour un soutien optimal de leur santé psychologique en lien avec le décès fréquent de patients ?

Chapitre 2 : Recension des écrits

Le chapitre de la recension des écrits est organisé de façon à présenter en premier lieu la démarche documentaire adoptée pour trouver et analyser les écrits scientifiques les plus pertinents sur le sujet de l'étude. Ensuite, une analyse approfondie des principaux thèmes reliés à l'objectif de l'étude sera présentée. Ainsi, l'analyse documentaire réalisée dans cette section se focalise sur trois thèmes majeurs : L'expérience des infirmières en lien avec la mort aux soins intensifs, les spécificités de la pandémie COVID-19 et la formation des infirmières.

Après avoir identifié l'objectif de l'étude et les questions de recherche, une recension des écrits a été entreprise. Pour ce faire, les concepts-clés nécessaires pour effectuer la recherche documentaire ont été identifiés à l'aide du portail terminologique de santé (HeTOP). Par la suite, les bases de données PubMed, Science Direct, CINAHL, ainsi que le moteur de recherche *Google Scholar* ont été consultées. La recherche a été effectuée en utilisant les mots-clés suivants : *nurses, intensive care nurses, critical care nurses, healthcare providers, patient death, dying patient, death experience, death, end of life, pandemics, COVID-19 pandemic, psychological pressure, psychological distress, emotional discomfort, mental health, depression, anxiety, psychological stress, end of life nursing education*. Quant à l'élaboration des équations de recherche, des opérateurs logiques (*and, or*) ont été impliqués pour établir des liens entre les mots-clés identifiés.

Les articles retenus devaient être rédigés en français et en anglais. De plus, afin d'assurer l'actualité des données, les études menées avant 2010 ont été éliminées. En ne lisant que les titres et les résumés, plusieurs articles qui abordent l'expérience des médecins et d'autres professionnels de la santé et non celle des infirmières ont été rejetés. Ainsi, grâce à la lecture des titres et des résumés, seulement 26 articles qui répondaient aux critères d'inclusion ont été sélectionnés pour faire l'objet d'un examen plus approfondi.

L'expérience des infirmières en lien avec la mort aux soins intensifs

Généralement, la mort est très répandue dans les milieux de soins (Laporte et Vonarx, 2015 ; Zheng et al., 2018). D'ailleurs, Croxon et al. (2018) montrent qu'en Australie presque 50% des décès surviennent dans les établissements de santé. Pour leurs parts, en Suisse, Laporte et Vonarx (2015) estiment que 66% des décès surviennent à l'hôpital. L'étude de Mak et al. (2013)

menée à Hong Kong, stipule quant à elles que jusqu'à 98 % des décès déclarés se produisent dans les centres hospitaliers. En ce qui concerne les USI, selon l'étude phénoménologique de Shorter et Stayt (2010), la confrontation fréquente à la mort dans ces unités semble inévitable pour les infirmières. En effet, en USI, les taux de mortalité peuvent atteindre jusqu'à 21,8% (Shorter & Stayt, 2010). Également, la méta synthèse de Rosa et al. (2020), confirme que la mort est courante dans les milieux de soins intensifs, et ce, même avant le début de la pandémie COVID-19 et que cette mortalité a des répercussions sur la santé psychologique des cliniciens.

Selon Lief et ses collaborateurs (2018), les réactions émotionnelles des infirmières qui accompagnent les patients mourants sont encore mal comprises et considérées comme énigmatiques. Par exemple, l'étude phénoménologique de Velarde-Garcia et ses collègues (2016) montre que les infirmières en soins intensifs qui expérimentent fréquemment la mort de patients peuvent éprouver une charge émotionnelle considérable en raison du décès d'un patient. Quant à la revue des écrits de Pessin et al. (2015), qui porte sur les soignants prenant en charge des patients en fin de vie, elle fournit des données différentes de celles de l'étude précédente. En effet, cet écrit montre que l'exposition à la mort n'entraîne pas forcément des conséquences psychologiques négatives, mais qu'elle peut plutôt amener les professionnels de la santé à développer aussi des stratégies et des capacités d'adaptation (Pessin et al., 2015). Afin de mieux comprendre la nature de cette expérience, une analyse plus en profondeur d'articles abordant ce sujet, sera présentée dans les pages qui suivent.

En Espagne, Velarde-Garcia et ses collaborateurs (2016) ont effectué une étude qualitative phénoménologique auprès de 22 infirmières. L'objectif de cette recherche était de décrire l'expérience d'infirmières espagnoles face à la mort de leurs patients dans les USI. Les infirmières recrutées avaient au moins un an d'expérience dans ces unités. Pour faire la collecte des données, les chercheurs ont utilisé des notes de terrain et ont réalisé auprès des participants, des entrevues semi-structurées. Trois thèmes majeurs ont émergé : la gestion des attentes de rétablissement, l'acceptation de l'âge de la mort et l'attachement émotionnel. Les résultats de cette étude mettent en lumière deux notions importantes : la mort attendue et la mort imprévisible. En effet, les infirmières affirment que la mort est relativement attendue pour les patients présentant une maladie chronique prolongée et dont l'état de santé s'aggrave continuellement aux USI (Velarde-Garcia et al., 2016). Dans un cas pareil, l'infirmière a suffisamment de temps pour prévoir et accepter

progressivement l'idée de la mort de son patient (Velarde-Garcia et al., 2016). Cependant, les infirmières soulignent que le décès brutal d'un malade qui avait de grandes chances de guérison, est difficile à gérer et est mal assimilé par les soignants (Velarde-Garcia et al., 2016). Toujours selon l'étude de Velarde-Garcia et al. (2016), l'expérience des infirmières face à la mort apparaît fortement influencée par l'âge du mourant. En effet, la mort d'un patient âgé est généralement considérée tout simplement comme une étape finale du processus du vieillissement (Velarde-Garcia et al., 2016). Ainsi, la mort à un âge avancé est naturellement acceptée par les soignants puisqu'elle met fin à la souffrance physique et morale du patient et sa famille (Velarde-Garcia et al., 2016). Cependant, la mort d'un patient jeune peut être choquante et peut générer chez l'infirmière une tristesse intense (Velarde-Garcia et al., 2016). Les auteurs ont mentionné également que le lien affectif qui s'établit entre l'infirmière et ses patients renforce le sentiment d'empathie et rend l'expérience de la mort du patient plus difficile pour l'infirmière (Velarde-Garcia et al., 2016). Parmi les facteurs qui favorisent un tel attachement émotionnel, on cite les séjours prolongés à l'hôpital et la communication régulière entre l'infirmière et le patient durant la période d'hospitalisation (Velarde-Garcia et al., 2016). Des résultats similaires ont été rapportés dans une autre étude menée en Afrique du Sud par Kisorio et Langley en 2016. En effet, ces chercheurs ont confirmé également que les défis de nature psychologique et émotionnelle sont plus importants si le patient est jeune ou si la relation avec le patient est bonne. Pour cette raison, ce sont non seulement les patients en fin de vie et leurs familles qui doivent être soutenus à tout moment, mais les infirmières en soins intensifs également ont besoin d'être accompagnées afin de continuer à prodiguer les meilleurs soins de fin de vie possibles (Kisorio & Langley, 2016). Dans le même ordre d'idées, Kisorio et Langley (2016) ont pu explorer à travers leur étude qualitative descriptive et exploratoire les expériences des infirmières sud-africaines des soins intensifs en matière de soins de fin de vie. L'étude a été menée dans trois hôpitaux universitaires tertiaires spécialisés en Afrique du Sud. En ce qui concerne les participantes, elles ont été sélectionnées par choix raisonné à partir de différentes USI : médico-chirurgicales, de traumatologie et de cardiothoraciques pour adultes. En tout, il y avait 24 participantes à l'étude qui travaillaient en permanence dans les USI depuis plus de six mois. Quant à la collecte des données, elle est effectuée auprès de trois groupes de discussion (un groupe pour chaque hôpital). Les principaux résultats issus de cette étude sont présentés sous forme de cinq grands thèmes : les difficultés rencontrées par l'infirmière, la prise de décision, la prise en charge des patients, l'accompagnement de la

famille et le soutien aux infirmières. En ce qui concerne l'accompagnement des patients, les infirmières confirment qu'elles sont toujours soucieuses de maintenir la personne en fin de vie aussi confortable que possible (Kisorio & Langley, 2016). À cette fin, elles continuent à fournir tous les soins nécessaires à la prévention des douleurs excessives (Kisorio & Langley, 2016). Or, ce processus de soins qui est associé à la mort et le temps passé avec le patient mourant peuvent exposer les infirmières des soins intensifs à des défis psychologiques et émotionnels importants (Kisorio & Langley, 2016). L'étude de Kisorio et Langley (2016) précise également que dans une situation de fin de vie, les soins au patient mourant ne sont pas la seule préoccupation de l'infirmière. En effet, cette dernière peut également accompagner la famille du patient (Kisorio & Langley, 2016). Cependant, le fait d'annoncer une mauvaise nouvelle à la famille, comme celle d'un décès, est considéré comme une des tâches les plus difficiles pour l'infirmière en raison, entre autres, de l'imprévisibilité voire même la violence des réactions (Kisorio & Langley, 2016). Pour toutes ces raisons, les participantes à l'étude de Kisorio et Langley (2016) considèrent la mort du patient comme une source de stress et de détresse psychologique. Par conséquent, si un patient décède, les infirmières déclarent avoir besoin d'un certain temps pour accepter son décès et pour exprimer leurs sentiments avant de commencer à s'occuper d'un nouveau malade (Kisorio & Langley, 2016). D'ailleurs, si les infirmières n'ont pas la possibilité d'exprimer leurs sentiments, elles peuvent accumuler des émotions négatives, ce qui entraîne du stress et pourrait mener à de l'épuisement professionnel (Kisorio & Langley, 2016). La majorité des infirmières déclare que les infirmières novices sont celles qui ont le plus de mal à accompagner les patients mourants et leurs familles, étant donné leur expérience limitée (Kisorio & Langley, 2016).

Pour leur part, Anderson et al. (2015) confirment à l'aide d'une étude phénoménologique menée auprès d'un échantillon de 20 infirmières néo-zélandaises expérimentées et récemment diplômées, que le décès des patients est un événement très significatif surtout pour l'infirmière novice et particulièrement si la mort du patient était inattendue. Les chercheurs expliquent aussi que le manque de préparation des infirmières à ce type de situation entraîne une détresse psychologique qui peut durer même après la mort du patient (Anderson et al., 2015). D'après Anderson et al. (2015), les réponses négatives à cet événement se traduisent par des sentiments d'impuissance et de confusion au moment de la mort, de l'insomnie et par l'évitement de toute autre situation clinique semblable. D'ailleurs, plusieurs infirmières débutantes ont pris un congé après le décès d'un malade (Anderson et al., 2015).

D'autre part, plusieurs articles scientifiques ont souligné que les infirmières ont de la difficulté à séparer leur vie professionnelle de leur vie personnelle (Anderson et al., 2015 ; Kisorio & Langley, 2016 ; Shorter et Stayt, 2010 ; Velarde-Garcia et al., 2016). En effet, la mort des patients éveille chez l'infirmière des pensées et des sentiments d'anxiété concernant sa propre mortalité ou celle de ses proches (Anderson et al., 2015 ; Kisorio & Langley, 2016 ; Shorter et Stayt, 2010 ; Velarde-Garcia et al., 2016). Ceci est valable surtout lorsque l'âge du défunt est proche de l'âge de l'infirmière ou de l'un de ses parents (Anderson et al., 2015 ; Kisorio & Langley, 2016 ; Velarde-Garcia et al., 2016). Dans une telle situation, les infirmières ont souvent recours à des débriefings informels entre collègues, ce qui permet d'atténuer considérablement la détresse psychologique ressentie après le décès d'un patient (Anderson et al., 2015 ; Kisorio & Langley, 2016). Les travaux de recherche discutés précédemment fournissent des données pertinentes et riches, donnant ainsi une idée globale sur l'expérience des infirmières. Cependant, les données obtenues ne peuvent être que partiellement appliquées à notre étude, car elles ne se réfèrent pas à un contexte de pandémie.

Toujours dans un contexte prépandémique, Peters et ses collaborateurs rapportent, dans une revue des écrits publiée en 2013, que les humains ont une phobie de la mort. Pour cette raison, le fait d'être exposé à la mort des autres constitue une source d'anxiété et de malaise (Peters et al., 2013). Dans le cas des infirmières, l'anxiété face à la mort peut diminuer la qualité des soins prodigués à un patient en fin de vie (Peters et al., 2013). En effet, l'anxiété de la mort conduit certaines infirmières à éviter le contact avec le patient mourant et sa famille et à développer des attitudes négatives à l'égard des soins de fin de vie (Peters et al., 2013). Selon Peters et al. (2013), les attitudes des infirmières face à la mort dépendent de leur âge et de leur expérience. En effet, l'anxiété est relativement élevée chez les jeunes infirmières de moins de 30 ans (Peters et al., 2013). Cependant, les infirmières qui ont une plus grande expérience semblent accepter mieux la mort (Peters et al., 2013). D'ailleurs, l'une des participantes à l'étude phénoménologique de Shorter et Stayt (2010) explique que la confrontation régulière à la mort contribue à la normalisation de cet événement. Ainsi, il apparaît que certaines infirmières expérimentées considèrent la mort comme un élément habituel et inévitable de leur pratique quotidienne, de sorte qu'elles l'acceptent plus facilement que les autres infirmières novices (Shorter & Stayt, 2010).

En ce qui concerne l'intensité des émotions éprouvées face à la mort, une étude corrélationnelle menée par Lief et ses collaborateurs en 2018 montre que la prise en charge des patients gravement malades qui présentent une souffrance excessive suscite généralement les sentiments d'impuissance et de frustration chez les infirmières. En effet, plus les patients mourants souffrent plus les infirmières sont exposées à une détresse émotionnelle (Lief et al., 2018). Ainsi, il semble que la prise en charge des malades, sous assistance respiratoire, s'avère accablante pour les infirmières sur le plan physique et émotionnel (Lief et al., 2018). De plus, lorsque le patient meurt dans ce que les infirmières considèrent être de mauvaises conditions de fin de vie (par exemple, dans la douleur, mourant seul en absence de sa famille...), cela semble multiplier par trois la détresse émotionnelle ressentie par les infirmiers (Lief et al., 2018). Ainsi, les résultats de l'étude de Lief et al. (2018) laissent penser que la préservation de la dignité du mourant et la réduction de ses souffrances sont propices au maintien de la santé psychologique des infirmières. Dans le même ordre d'idées, Efstathiou et Walker (2014) ont expliqué à travers leur étude qualitative exploratoire et descriptive la manière dont les infirmières peuvent assurer une mort confortable et digne pour les patients. Par exemple, le fait de prendre soin du patient mourant, s'occuper de son hygiène corporelle et soulager ses souffrances sont toutes des activités de soins qui favorisent une mort plus confortable pour le patient et donnent aux infirmières le sentiment d'avoir fait ce qu'elles devaient faire (Efstathiou & Walker, 2014). En plus, les infirmières insistent sur le fait que le patient ne doit pas mourir seul et qu'en fin de vie, la présence de sa famille est essentielle (Efstathiou & Walker, 2014). Si ce n'est pas le cas, les infirmières sont d'avis qu'elles doivent accompagner le patient (Efstathiou & Walker, 2014). Cependant, étant donné la difficulté d'assurer le confort du patient et vu le manque d'éducation sur les soins de fin de vie, certaines infirmières risquent de développer une détresse psychologique en s'occupant de patients mourants (Efstathiou & Walker, 2014).

De leur côté, Mak et ses collègues ont effectué une étude interprétative descriptive en 2013 à Hong Kong auprès de 15 infirmières pour explorer leurs expériences avec les patients mourants et leurs familles. Cette étude a permis de révéler les côtés positifs et négatifs de la prise en charge des patients en fin de vie. En effet, comme toutes les études examinées précédemment, cette recherche met en évidence le stress et la difficulté associés à la prise en charge des patients mourants (Mak et al., 2013). D'ailleurs, dans ce contexte, les chercheurs ont montré que plusieurs infirmières vivent un sentiment de culpabilité en raison de leur incapacité à sauver la vie des patients (Mak et al., 2013). D'autre part, Mak et al. (2013) ont souligné que l'exposition répétée à

la mort est une occasion pour l'infirmière de réfléchir à la signification de la mort et de mieux comprendre les besoins des patients mourants, ce qui peut influencer la façon dont elle s'occupe de ces patients. En plus, les chercheurs expliquent qu'après avoir accompagné des patients en fin de vie, certaines infirmières ont profité davantage de la vie et ont mieux pris soin d'elles-mêmes et des membres de leur famille (Mak et al., 2013). Cette étude de Mak et al. (2013) s'est penchée alors sur les avantages associés à la prise en charge des patients mourants, un aspect que de nombreux auteurs ont négligé. Cependant, l'une des limites de cette étude est qu'elle a été menée auprès d'infirmières travaillant dans des services de soins de courte durée et non dans des USI. Dans ce même contexte, la revue des écrits de Pessin et al. (2015) a fourni des résultats similaires à l'étude de Mak et ses collègues. En effet, cet écrit confirme aussi que le fait de travailler avec des patients en fin de vie peut être un facteur de stress et de détresse émotionnelle mais aussi une opportunité de croissance personnelle et de développement de la spiritualité au sein de la vie quotidienne (Pessin et al., 2015).

En somme, l'accompagnement d'un patient mourant est une expérience personnelle, vécue par chaque infirmière de manière différente (Cardoso et al., 2021 ; Zheng et al., 2018). Cette expérience est conditionnée par divers facteurs, soit l'âge de l'infirmière, son expérience ainsi que les caractéristiques du patient et les conditions dans lesquelles il est mort.

Les spécificités de la pandémie COVID-19

La COVID-19 est une nouvelle maladie infectieuse respiratoire causée par un virus qui fait partie de la famille des coronavirus (Carmassi et al., 2020). Cette maladie émergente est très contagieuse de sorte qu'elle s'est propagée dans le monde entier après son apparition en Chine en décembre 2019 (Carmassi et al., 2020). La pandémie de COVID-19 a affecté la sécurité sanitaire des populations dans presque tous les pays du monde, en provoquant une augmentation rapide des taux d'infection et d'importantes pertes de vies humaines (Carmassi et al., 2020 ; Rosa et al., 2020).

Une méta synthèse élaborée par Rosa et ses collaborateurs en 2020 a résumé de manière exhaustive les nouveaux problèmes qui sont apparus dans les USI lors du début de cette pandémie. Tout d'abord, il y a le problème de surcharge du système de santé qui se manifeste par une pénurie de ressources et d'un manque de lits et de respirateurs artificiels en soins intensifs (Rosa et al., 2020). D'ailleurs, en réponse à l'augmentation du flux de patients et pour compenser ce manque de lits, les hôpitaux ont adapté leurs services médicaux et chirurgicaux pour héberger les patients

présentant des symptômes graves et qui n'ont pas trouvé de place dans les USI (Rosa et al., 2020). D'autre part, White et Lo (2020) confirment qu'en Italie et dans certaines régions des États-Unis un manque de respirateurs artificiels a été constaté. En plus, dans certains pays, la situation était très alarmante, de sorte que des respirateurs artificiels pouvaient être retirés à des patients ayant des comorbidités graves pour sauver la vie d'autres patients ayant de meilleures chances de survie (White & Lo, 2020). Or cette situation est très bouleversante pour la majorité des soignants car, dans des conditions dites ordinaires, les respirateurs ne sont jamais retirés de cette manière (White & Lo, 2020). D'autre part, d'autres écrits scientifiques ont montré que même les équipements de protection individuelle n'étaient pas disponibles en quantité suffisante pendant la pandémie (Alharbi et al., 2020 ; Arnetz et al., 2020 ; Carmassi et al., 2020 ; El-Hage et al., 2020 ; Rosa et al., 2020). Par conséquent, les infirmières aux soins intensifs étaient particulièrement à risque d'exposition virale (Alharbi et al., 2020 ; Rosa et al., 2020). Confrontées à ces conditions de travail, la plupart des infirmières ont été amenées à prendre de décisions complexes (Carmassi et al., 2020 ; El-Hage et al., 2020 ; Rosa et al., 2020) et à assumer de nouvelles responsabilités (Rosa et al., 2020). En effet, ces dernières étaient chargées de gérer les respirateurs artificiels, d'administrer des traitements dont l'efficacité n'était pas certaine et de contacter fréquemment les proches des patients dont l'état s'aggravait souvent rapidement (Rosa et al., 2020). Par conséquent, selon Rosa et al. (2020), ces conditions de travail déjà alourdies par les décès cumulés des patients, ont pu contribuer à la détresse psychologique des infirmières.

La pandémie se caractérisait également par la nécessité de restreindre la présence physique des proches des patients hospitalisés et ce, afin de limiter la transmission du coronavirus (Arnetz et al., 2020 ; Carmassi et al., 2020 ; El-Hage et al., 2020 ; Rosa et al., 2020 ; White & Lo, 2020). Par conséquent, les infirmières ont fréquemment été obligées de regarder des patients mourir seuls sans leur famille et de tenir le téléphone pendant que les familles transmettaient leurs adieux aux patients mourants (Rosa et al., 2020). Or, selon Rosa et al. (2020), ce genre de situation peut favoriser également la détresse psychologique chez les infirmières.

Dans ce même contexte, la revue systématique de Carmassi et al. (2020) vise à identifier les facteurs de risque qui compromettent la santé psychologique des soignants confrontés aux trois épidémies de coronavirus (les deux épidémies de coronavirus survenues au cours des deux dernières décennies et la pandémie récente de COVID-19). Selon cette revue, l'évolution

imprévisible de la maladie, le manque de connaissances sur le traitement de la COVID-19 et les taux de mortalité importants sont des caractéristiques de la pandémie qui augmentent le risque de détresse psychologique pour les soignants (Carmassi et al., 2020). Toujours selon cette revue, l'exposition répétée aux personnes infectées par le virus augmente aussi le risque de développer une détresse psychologique. Pour cette raison, Carmassi et al. (2020) confirment que les infirmières sont les plus exposées au risque pendant cette pandémie, puisqu'elles sont en contact permanent avec les patients atteints de cette maladie. Plus précisément, ce sont les infirmières plus jeunes et moins expérimentées qui sont les plus menacées par ce problème (Carmassi et al., 2020). Carmassi et ses collaborateurs (2020) ajoutent que les répercussions sur la santé psychologique sont susceptibles d'avoir des effets à long terme amenant même les infirmières à abandonner leur emploi. Pour cette raison, des stratégies spécifiques doivent être menées afin de protéger les soignants de la détresse psychologique en temps de pandémie (Carmassi et al., 2020). Les résultats de cette revue systématique ont permis d'identifier les principaux facteurs mettant en péril la santé psychologique des soignants en période de pandémie. Toutefois, il convient de noter que les auteurs n'ont consulté qu'une seule base de données « PubMed » pour réaliser ce travail de recherche et que les 16 articles impliqués dans cette revue n'ont pas été évalués par les chercheurs.

De leur côté, à l'aide d'une plateforme en ligne, Gorini et al. (2020) ont mené une enquête transversale auprès de 650 soignants italiens afin d'évaluer leur état de santé mentale au cours du deuxième mois de la pandémie de COVID-19. Parmi les participants à cette étude, il y avait 214 infirmières exerçant dans deux hôpitaux en Lombardie, qui a été la région la plus touchée par la COVID-19 en Italie. Pour effectuer cette étude, les chercheurs ont utilisé un questionnaire permettant d'évaluer la santé mentale générale des soignants et leur détresse psychologique. Les outils utilisés sont respectivement le *Patient Health Questionnaire – 4* (PHQ-4) et l'*Impact of Event Scale-Revised* (IES-R). Les résultats de cette enquête ont fait apparaître que les soignants, et en particulier les infirmières, ont commencé à souffrir d'une détresse psychologique modérée et sévère après le deuxième mois de la pandémie (Gorini et al., 2020). Ces perturbations psychologiques sont essentiellement provoquées par la peur d'être contaminé par le virus qui s'est propagé brutalement, l'incapacité de contrôler la situation sanitaire et surtout à cause de la mort répétée des patients (Gorini et al., 2020). D'ailleurs, Gorini et al. (2020) mentionnent dans leur article que la pandémie à COVID-19 est l'une des pires catastrophes de l'histoire en termes de décès. Bien que cette étude ait confirmé que la mort des patients est l'un des facteurs contribuant

au développement de la détresse psychologique chez les infirmières, cet article ne décrit pas en détail l'expérience de la mort vécue par les infirmières pendant la pandémie. Par conséquent, l'analyse d'autres études s'avère nécessaire.

En ce sens, l'étude qualitative menée en Iran par Galehdar et ses collaborateurs en 2020 a exploré les expériences de détresse psychologique des infirmières dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de la COVID-19. Pour réaliser cette étude, les chercheurs ont adopté une approche d'analyse de contenu et ont sélectionné les participants par échantillonnage ciblé. Ainsi, la collecte des données a été effectuée à travers 20 entretiens téléphoniques. Cette étude qualitative a fourni plus d'informations sur les inquiétudes des infirmières face à la mort des patients. En effet, il a été démontré qu'il s'avère très stressant pour les infirmières d'être présentes au moment du décès des patients atteints de COVID-19 pour plusieurs raisons (Galehdar et al., 2020). Premièrement, les patients qui mouraient du COVID-19 ne mouraient pas paisiblement (Galehdar et al., 2020). En effet, au moment de leur décès, les patients présentaient une détresse respiratoire sévère (Galehdar et al., 2020). Or, il est angoissant pour les infirmières de voir un patient qui lutte pour respirer sans pouvoir intervenir pour l'aider (Galehdar et al., 2020). Deuxièmement, les participants à l'étude de Galehdar et al. (2020) ont indiqué que le décès dû à cette maladie peut affecter différents groupes d'âge, et pas seulement les patients âgés qui ont des maladies chroniques graves. Ainsi, les participants ont exprimé leur inquiétude à propos de la possibilité de décès de jeunes patients (Galehdar et al., 2020). Les infirmières qui ont participé à cette étude ont également mentionné que la mort d'un patient n'est pas corrélée aux symptômes cliniques (Galehdar et al., 2020). En d'autres termes, il est possible qu'un patient présentant des symptômes légers meure, alors qu'un autre présentant des symptômes graves guérisse (Galehdar et al., 2020). C'est donc l'imprévisibilité de la maladie qui semble augmenter le stress des infirmières (Galehdar et al., 2020). Enfin, les infirmières ont exprimé leur inquiétude quant au pourcentage de patients nécessitant une oxygénothérapie, qui était de 20%, et au taux de mortalité des patients, qui n'a cessé d'augmenter pendant la pandémie (Galehdar et al., 2020). Ces résultats sont certes intéressants, mais cette étude a été menée auprès des infirmières qui travaillent dans les services de COVID-19 et non dans des USI.

Une étude transversale et corrélationnelle menée en Turquie par Karabag Aydin et Fidan (2021) a montré que la mortalité élevée des patients infectés par le coronavirus et l'incapacité de

secourir ces patients font que les infirmières ressentent une anxiété face à la mort. Cette anxiété affecte négativement la santé psychologique des infirmières et la qualité des soins prodigués aux patients mourants (Karabag Aydin & Fidan, 2021). D'ailleurs, plus l'anxiété est grande, plus les infirmières éprouvent des difficultés à accepter la mort et à gérer une situation de fin de vie (Karabag Aydin & Fidan, 2021). Dans ce même contexte, l'étude quantitative de Cardoso et al. (2021) a montré que les infirmières mariées ou vivant en famille sont celles qui ont le plus peur de la mort et peuvent développer des attitudes négatives face au décès de leurs patients. En effet, ces infirmières ont alors peur de contracter le virus et de le transmettre à leur famille ce qui peut augmenter leur détresse (Alharbi et al., 2020 ; Cardoso et al., 2021 ; El-Hage et al., 2020 ; Galehdar et al., 2020).

Pour conclure, la pandémie a perturbé l'ensemble du système de soins de santé et a entraîné des changements dans la pratique quotidienne des infirmières. Dans les unités de soins intensifs en particulier, des problèmes liés au manque de lits, de respirateurs artificiels et d'équipements de protection individuelle sont apparus. Ces conditions de travail inhabituelles ont posé des problèmes aux infirmières qui s'occupent de patients gravement malades ou mourants. Cela a exposé les infirmières à un risque de détresse psychologique, d'autant plus qu'elles ne sont pas préparées à gérer ce type de situation.

La formation des infirmières

Pour fournir des soins de fin de vie de qualité, les infirmières doivent posséder les connaissances et les compétences adéquates pour accomplir cette tâche avec succès (Efstathiou & Walker, 2014 ; Kisorio & Langley, 2016 ; Zheng et al., 2018). Le développement de ces compétences est assuré par la formation académique et à travers la formation continue en milieu de travail (Efstathiou & Walker, 2014 ; Peters et al., 2013). Ces formations peuvent aider aussi l'infirmière à mieux gérer leurs émotions lorsqu'elles sont confrontées au décès d'un patient (Mak et al., 2013). Cependant, selon des études menées au Portugal, en Afrique du Sud et à Hong Kong, les soins de fin de vie sont peu abordés dans les programmes de formation des professionnels de la santé (Cardoso et al., 2021 ; Kisorio & Langley, 2016 ; Mak et al., 2013 ; Zheng et al., 2018). Pour mieux comprendre ce sujet, la suite de cette section fournit plus de détails.

En 2018, Zheng et ses collaborateurs ont publié une revue systématique qui avait pour objectif d'identifier les stratégies d'adaptation des infirmières au décès des patients, dont la

formation constituait l'une des principales stratégies. Au total, 16 articles ont été retenus à la suite d'une consultation des bases de données suivantes : *CINAHL Plus*, *EMBASE*, *MEDLINE*, *AMED*, *PsycINFO*, *ProQuest Health & Medical Complete*, *ProQuest Dissertations & Theses Global*, *Google Scholar*, *EThOS* et *CareSearch*. Cette revue systématique a montré que les ressources utilisées par les infirmières pour faire face au décès d'un patient se divisent en ressources intrinsèques et extrinsèques (Zheng et al., 2018). Pour les ressources intrinsèques, ce sont des ressources personnelles mobilisées par l'infirmière pour bien gérer la mort de ses patients (Zheng et al., 2018). Ces ressources comprennent les croyances de la personne, ses expériences personnelles et professionnelles, ses activités quotidiennes et l'expression de ses émotions (Zheng et al., 2018). En revanche, les ressources extrinsèques se résument aux pratiques spirituelles, au débriefing entre collègues et aux possibilités d'éducation et de formation (Zheng et al., 2018). Ainsi, selon Zheng et al. (2018), la formation est essentielle pour que les infirmières puissent gérer les décès de patients de manière appropriée.

Continuons dans le même ordre d'idées, selon la revue systématique susmentionnée et d'autres recherches, les infirmières qui ont reçu une formation spécifique dans le domaine des soins de fin de vie ont plus tendance à avoir une attitude positive vis-à-vis de la mort des patients (Carmassi et al., 2020 ; Cui et al., 2011 ; Peters et al., 2013 ; Zheng et al., 2018). Toutefois, un certain nombre d'infirmières ont déclaré que les programmes de formation spécifiques ou les ressources disponibles pour les aider à faire face à la mort des patients étaient insuffisants (Lief et al., 2018 ; Mak et al., 2013 ; Zheng et al., 2018). À cause du manque de programmes éducatifs et de cours centrés sur la mort, les infirmières ont appris à gérer la mort des patients à partir de leurs propres expériences cliniques (Zheng et al., 2018). Ainsi, il est conseillé de mettre en place des programmes de formation structurés, planifiés et continus, destinés aux infirmières afin de leur permettre de mieux réagir à l'exposition à la mort (Lief et al., 2018 ; Zheng et al., 2018). Par exemple, l'élaboration d'un programme dans lequel des infirmières expérimentées recommandent certaines techniques d'adaptation en rapport avec des situations de décès de patients peut aider les nouvelles infirmières à développer des nouvelles compétences dans ce domaine (Zheng et al., 2018). Ce type de soutien est jugé essentiel pour aider les infirmières à bien gérer la mort et à surmonter leur tristesse à la suite du décès d'un patient (Zheng et al., 2018).

La force de la revue systématique de Zheng et al. (2018) réside dans le fait qu'elle fournit des données pertinentes sur les stratégies d'adaptation des infirmières lors du décès d'un patient. En ce sens, les ressources intrinsèques et extrinsèques mobilisées par les infirmières ont été présentées. En outre, cette revue met en évidence la rareté des programmes éducatifs en lien avec les soins de fin de vie. Cependant, il faut mentionner que cette revue n'est pas associée au contexte de la pandémie COVID-19.

De leur côté, Anderson et ses collègues (2015) confirment également que les infirmières nouvellement diplômées sont généralement insuffisamment préparées aux difficultés liées à la prise en charge des patients mourants. D'ailleurs, l'une des participantes à cette étude souligne que la formation qu'elle a reçue ne traite la mort que d'un point de vue médical (Anderson et al., 2015). En plus, cette formation ne s'intéresse qu'au patient et ignore les besoins de sa famille et de son entourage (Anderson et al., 2015). Par conséquent, le fait de s'occuper des familles et des proches du défunt était la partie la plus stressante de l'expérience de cette infirmière (Anderson et al., 2015). Parmi les 20 participants à l'étude d'Anderson et al. (2015), 16 infirmières ont exprimé leur anxiété quant au manque de connaissances liées à la mort. En effet, vu le manque de connaissances dans ce domaine, l'infirmière n'est souvent pas en mesure d'apporter au patient et à sa famille le soutien dont ils ont besoin (Anderson et al., 2015). Par conséquent, des sentiments de culpabilité sont fréquemment ressentis par l'infirmière (Anderson et al., 2015). Dans ce contexte, Anderson et al. (2015) ont repéré des lacunes importantes en matière de connaissances vis-à-vis des domaines suivants : le rôle de l'infirmière face au patient mourant et sa famille, le rôle de l'infirmier lorsqu'un patient est retrouvé décédé, les taux de survie en USI et les causes de la mort subite. Cela explique pourquoi presque tous les participants à cette étude ont recommandé une préparation adéquate pour les infirmières novices qui sont confrontées dans leur pratique à la mort et ont souligné la nécessité d'une formation efficace sur la mort pour les infirmières au baccalauréat (Anderson et al., 2015).

Dans le même contexte, l'étude quantitative transversale de Cui et al. (2011) cherche à identifier les besoins des infirmières chinoises en matière d'éducation à la mort afin d'améliorer la formation et l'éducation des infirmières. Pour faire la collecte de données, un questionnaire d'auto-évaluation qui se compose de 50 items a été conçu et distribué aux 617 participants à l'enquête. Ces participants étaient des infirmières travaillant dans sept hôpitaux différents à Shanghai. Afin de vérifier la fiabilité du questionnaire développé, un prétest a été effectué auprès de 100

répondants. À l'instar des écrits susmentionnée, cette étude fait état d'un besoin élevé en matière d'éducation à la mort (Cui et al., 2011). En effet, il a été constaté qu'environ 82% des participants à l'enquête avaient pris en charge des patients en fin de vie, mais que seulement 29% de l'échantillon total avait reçu une formation dans ce domaine (Cui et al., 2011). Selon cette étude, la principale difficulté à laquelle les infirmières sont confrontées, est de discuter de la mort avec les patients et les membres de leur famille (Cui et al., 2011). Cui et ses collaborateurs (2011) expliquent que ce problème résulte à la fois d'un déficit de formation formelle au cours du programme de premier cycle et d'un manque de formation continue concernant les soins de fin de vie. Il est donc souhaitable de développer des formations qui couvrent des thèmes fondamentaux tels que la signification de la mort, le processus de la mort, les soins aux mourants et la protection de la santé psychologique des soignants face à la mort (Cui et al., 2011). En effet, avec ces formations, les infirmières peuvent soulager leur stress et fournir des soins de haute qualité à leurs patients (Cui et al., 2011). Cui et al. (2011) soulignent que le contenu des programmes de formation doit être adapté aux besoins des infirmières. En effet, ces besoins dépendent du niveau de scolarité de l'infirmière, de la nature des formations qu'elle a déjà reçues sur la mort et de la taille de l'hôpital (Cui et al., 2011).

Dans le même ordre d'idées, une revue de la littérature réalisée en 2013 par Peters et ses collègues a apporté des arguments en faveur de l'efficacité des formations dans la réduction de l'anxiété des infirmières face à la mort. En effet, cette revue indique que des séances d'enseignement de 90 minutes destinées aux infirmières et réparties sur sept semaines permettent de réduire de manière significative l'anxiété et la dépression liées à la mort (Peters et al., 2013). Par conséquent, les infirmières qui suivent une formation spécifique en soins de fin de vie rencontrent moins de problèmes avec le décès de leurs patients (Peters et al., 2013). Cet article confirme également que même la participation à des séminaires en lien avec les soins de fin de vie est capable d'améliorer la capacité des infirmières à faire face au décès (Peters et al., 2013). Enfin, Peters et al. (2013) estiment qu'il serait pertinent d'évaluer les cours offerts au niveau du premier cycle en lien avec la mort pour s'assurer que les infirmières sont bien formées dans ce domaine.

Avec le déclenchement de la pandémie et l'augmentation en flèche du nombre de décès, plusieurs chercheurs ont mis la lumière sur la nécessité de fournir un soutien éducatif en temps opportun aux infirmières (El-Hage et al., 2020 ; Galehdar et al., 2020 ; Rosa et al., 2020). Les

chercheurs ont recommandé bien évidemment l'organisation de formations qui permettent aux soignants de mieux faire face aux répercussions de la pandémie (El-Hage et al., 2020 ; Galehdar et al., 2020 ; Rosa et al., 2020). À leur tour, Rosa et al. (2020) ont recommandé l'élaboration de programmes de formation qui permettent l'intégration des soins palliatifs dans les USI tant le nombre des patients nécessitant ce type de soin a augmenté pendant la pandémie. D'autre part, Rosa et al. (2020) ont mentionné que l'équipe *End-of-Life Nursing Education Consortium* a élaboré un programme en ligne composé de six modules afin d'aider les étudiants en sciences infirmières à développer 17 compétences spécifiques aux soins de fin de vie (Rosa et al., 2020). Ce type d'initiative a été très apprécié par les chercheurs et les infirmières et ils ont encouragé des initiatives similaires à l'avenir (Rosa et al., 2020).

En conclusion, il existe un consensus dans les écrits scientifiques consultés sur le manque de formation dont disposent les infirmières pour faire face de manière adéquate à la mort des patients. De ce fait, les infirmières qui travaillent aux USI ne sont pas suffisamment préparées à accompagner les patients en fin de vie et cela peut entraîner une détresse psychologique. Ainsi, une étude qui identifie l'expérience des infirmières et leurs besoins en formation en lien avec la mort en situation de pandémie peut indirectement contribuer à l'amélioration du bien-être des infirmières confrontées à la mort. Étant donné que les infirmières font face à des défis lorsqu'elles sont confrontées à la mort de leurs patients et qu'elles semblent avoir besoin d'être accompagnées et soutenues dans cette expérience, le modèle humaniste de l'Université de Montréal, qui est basé sur l'accompagnement de la Personne, a alors été choisi pour guider cette étude.

Perspective disciplinaire : Le modèle humaniste de l'Université de Montréal

Cette étude a été réalisée en se basant sur le Modèle humaniste des soins infirmiers- UdeM (MHSI-UdeM) qui donne de l'importance à la Personne et à son expérience de santé (Cara et al., 2015). Le modèle, comme son nom l'indique, découle de la philosophie humaniste qui valorise le côté relationnel entre les personnes (Cara et al., 2015, 2016). Cette perspective disciplinaire est enracinée dans le paradigme de la transformation et appartient à l'école de pensée du *caring* (Cara et al., 2016).

Ce modèle conceptuel a été choisie pour orienter le projet de recherche pour plusieurs raisons. Parmi ces raisons, on note que le modèle confirme que l'insatisfaction au travail contribue à la déshumanisation des soins et force parfois les infirmières à quitter leur profession (Cara et al., 2016). Cette conception s'intéresse alors non seulement à la qualité des soins prodigués aux patients et à leurs familles, mais aussi à la satisfaction des infirmières quant aux conditions de travail et à la sécurité de la Personne en général (Cara et al., 2016). D'ailleurs, ce modèle est fondé sur les quatre concepts centraux de la discipline infirmière soit la Personne, la santé, l'environnement et le soin (Cara et al., 2015, 2016).

D'après cette perspective disciplinaire, la Personne est vue comme un individu, une famille, une communauté ou une population qui se caractérise par un potentiel d'agir (Cara et al., 2015, 2016). Les dimensions biophysiques, psychologiques, socioculturelles, développementales et spirituelles de la Personne sont indissociables et aussi interreliées (Cara et al., 2015, 2016). Dans cette étude, nous considérons que la personne décrite par la MHSI-UdeM est représentée par l'infirmière de l'USI qui est confrontée aux décès de patients lors de la pandémie de COVID-19. Comme le modèle étudie la Personne dans ses différentes dimensions, y compris l'aspect psychologique (Cara et al., 2016), qui est le sujet ciblé par l'étudiante chercheuse, cela a encouragé le choix de ce modèle conceptuel pour guider l'étude. En plus, le fait d'adopter ce modèle et de considérer la Personne dans sa globalité, a permis à l'étudiante chercheuse d'étudier non seulement la dimension psychologique des infirmières, mais aussi de prendre en considération la nature de leurs relations sociales, leurs pratiques religieuses ainsi que l'état de leur santé physique pendant la pandémie. En effet, tous ces éléments exerçaient une influence sur la réaction des infirmières face au décès de leurs patients et sur leur santé psychologique.

Le MHSI-UdeM montre explicitement comment la Personne est continuellement en interrelation avec son environnement, qui a une influence déterminante sur la santé (Cara et al., 2015, 2016). En effet, selon ce modèle, l'environnement est considéré comme « tout ce qui entoure la personne, notamment les aspects matériels, culturels, écologiques et sociopolitiques » (Cara et al., 2016, p.24). Les auteurs expliquent, dans ce contexte, que l'interaction qui existe entre les différentes caractéristiques de l'environnement et les particularités de la Personne est à l'origine de cette influence importante sur la santé (Cara et al., 2016). Or, la problématique décrite dans le cadre de ce travail de recherche met également en lumière l'impact que l'environnement de travail

et l'augmentation du taux de mortalité pendant la pandémie peuvent avoir sur la santé psychologique des infirmières. D'où, nous avons estimé qu'il était approprié de choisir le MHSI-UdeM pour orienter cette étude.

En ce qui concerne la santé, selon cette conception, elle « correspond à l'optimisation continue du bien-être, du mieux-être et de l'harmonie, telle que déterminée par la Personne » (Cara et al., 2016, p.24). La santé est également considérée comme subjective, multidimensionnelle et dynamique puisqu'elle est fortement liée aux différentes dimensions de la Personne et compte tenu de son évolution continue dans le temps (Cara et al., 2016). À la lumière de la définition de la santé donnée par le modèle, l'objectif principal des soins infirmiers consiste à comprendre « la signification que la Personne soignée accorde à son expérience de santé » (Cara et al., 2016, p.23) et à impliquer la Personne dans le soin (Cara et al., 2016). Par conséquent, le soin dans ce sens, consiste à cocréer un environnement propice à la santé et à aider la Personne à bien mobiliser ses ressources et exploiter adéquatement son plein potentiel (Cara et al., 2015, 2016). Autrement dit, le soin représente un accompagnement humain de la Personne qui favorise le partenariat thérapeutique (Cara et al., 2015, 2016). D'où, à travers cet accompagnement, la Personne est considérée comme partenaire de soins et elle a la possibilité de retrouver son état de bien-être et d'harmonie (Cara et al., 2015, 2016). Il faut seulement noter que selon cette conception, il est nécessaire de prendre en compte la signification que la Personne donne à son expérience vécue afin de fournir des soins adéquats qui répondent à ses besoins (Cara et al., 2015, 2016). De ce fait, l'objectif de notre étude est de comprendre l'expérience telle qu'elle est vécue par les infirmières face à l'exposition répétée à la mort des patients, et de déterminer avec elles leurs besoins de formation. En effet, le but est d'impliquer les infirmières dans l'amélioration de leur santé psychologique et de renforcer leur potentiel d'action face à la mort.

La Compétence et le *Caring* sont deux concepts clés du MHSI-UdeM (Cara et al., 2015, 2016). Débutant par la Compétence, ce concept s'appuie sur les connaissances de l'infirmière, ses expériences personnelles, professionnelles et sur les différents types de savoir (Cara et al., 2015, 2016). Pour ce qui est des savoirs, on parle de la mobilisation des savoirs de nature empirique, personnel, éthique, esthétique, sociopolitique et émancipatoire (Cara et al., 2015, 2016). De plus, en fonction de la situation que les infirmières rencontrent, le savoir-être et le savoir-faire sont également impliqués (Cara et al., 2015, 2016). L'objectif ultime de la Compétence professionnelle

consiste à assurer la sécurité de la Personne et la qualité des soins (Cara et al., 2015, 2016). Le développement de cette Compétence est fortement lié à la pratique réflexive (Cara et al., 2015, 2016). Cette pratique est décrite comme un processus de synthèse permettant à l'infirmière d'enrichir ses connaissances et ses expériences acquises (Cara et al., 2015, 2016). On constate que la compétence mise de l'avant dans le MHSI-UdeM est principalement la compétence relationnelle qui est teintée par le *caring* (Cara et al., 2015, 2016).

Le *caring* représente l'engagement conscient de l'infirmière à accompagner et à offrir l'aide nécessaire à la Personne dans le but de promouvoir sa santé (Cara et al., 2015, 2016). Or, le soutien et l'accompagnement sont des éléments importants de la problématique énoncée dans le cadre de ce travail. En effet, comme expliqué plus haut, les infirmières qui sont exposées à la mort de manière répétée, peuvent être en situation de vulnérabilité psychologique qui affecte leur état de bien-être et d'harmonie, et elles peuvent donc avoir besoin de soutien et d'accompagnement. Dans ce sens, le MHSI-UdeM propose six valeurs humanistes qui favorise l'accompagnement de la Personne, à savoir le respect, la dignité humaine, la croyance au potentiel de développement de la Personne, la liberté de choix et d'agir, la rigueur et l'intégrité (Cara et al., 2015, 2016). Ces valeurs sont indispensables à l'établissement de toute relation à caractère humaniste (Cara et al., 2015, 2016). En effet, elles influencent les attitudes de l'infirmière qui se traduisent par l'ouverture, l'écoute active, la compassion et à la valorisation de la signification accordée par la Personne à son expérience vécue (Cara et al., 2015, 2016). Bref, les valeurs humanistes orientent les attitudes et guident le comportement de l'infirmière (Cara et al., 2015, 2016). Dans ce sens, la réalisation de cette étude, qui valorise l'expérience des infirmières face à la mort durant la pandémie, peut être vue comme une forme d'accompagnement pour ces infirmières durant leur expérience, contribuant à l'amélioration de leur santé psychologique. Ainsi, en menant les entrevues avec les participantes à l'étude, l'étudiante a adopté une attitude respectueuse, d'écoute active et d'ouverture à l'égard des participantes, afin de mieux comprendre leur expérience.

Chapitre 3 : La méthode de recherche

Dans le présent chapitre, nous décrivons la méthodologie de recherche adoptée pour la réalisation de cette étude. Tout d'abord, le devis de l'étude sera précisé. Ensuite, la taille de l'échantillon et les critères d'inclusion seront introduits. Puis, ce chapitre présentera les méthodes de collecte et d'analyse de données appliquées dans le cadre de cette étude. Enfin, les considérations éthiques et la rigueur scientifique sont présentées.

Devis de l'étude

Pour comprendre l'expérience d'infirmières et leur besoin de formation face à la mort dans les USI pendant la pandémie COVID-19 et afin de répondre à nos questions de recherche, une étude qualitative descriptive a été menée. Ce type d'étude est basé sur l'écoute des participants, ce qui permet de répondre à des questions de recherche complexes, notamment en lien avec le contexte du problème étudié et les expériences individuelles des personnes (Colorafi & Evans, 2016). Par rapport aux autres approches traditionnelles, les études qualitatives descriptives sont moins axées sur les théories préétablies (Kim et al., 2017 ; Neergaard et al., 2009), permettant ainsi au chercheur de s'engager plus facilement dans un cadre conceptuel qui semble correspondre à son étude (Kim et al., 2017). Ainsi, grâce à la souplesse de ce type d'étude, il a été possible pour l'étudiante chercheuse d'intégrer facilement le MHSI-UdeM dans son projet de recherche. Selon Hunter et al. (2019), les études qualitatives descriptives assurent la construction de sujets sous-explorés, de sorte qu'elles peuvent parfaitement être adoptées face à un phénomène mal compris et insuffisamment traité dans les écrits scientifiques. L'étudiante a choisi ce devis afin de donner la parole aux infirmières des soins intensifs dans le contexte où au moment d'entamer le projet peu d'études avaient été menées spécifiquement sur le projet. D'autre part, les études qualitatives descriptives contribuent au développement des connaissances, notamment, dans le domaine psychologique et social (Hunter et al., 2019). Or, le projet mené par l'étudiante s'intéresse à la détresse psychologique des infirmières. Pour cette raison, le devis choisi semble adéquat pour ce travail de recherche.

L'objectif des études qualitatives descriptives consiste à expliquer le phénomène étudié en se basant sur les expériences des personnes impliquées dans le sujet en question (Hunter et al., 2019). En effet, les expériences des participants révèlent généralement des informations détaillées

assurant une description riche des phénomènes ciblés (Hunter et al., 2019). Notamment, l'approche qualitative descriptive vise à faire une description directe d'un phénomène particulier tout en respectant les perceptions de ceux qui ont vécu le même type d'expérience (Kim et al., 2017 ; Neergard et al., 2009 ; Sandelowski, 2000). Pour cette raison, ce type d'étude produit des résultats exprimés dans un langage simple et très similaire aux propos des participants (Colorafi & Evans, 2016 ; Kim et al., 2017 ; Sandelowski, 2000). D'ailleurs, les études qualitatives descriptives se caractérisent par une interprétation de faible inférence (Colorafi & Evans, 2016 ; Kahlke, 2014 ; Kim et al., 2017 ; Neergard et al., 2009 ; Sandelowski, 2000). Cependant, bien que ce type de recherche soit moins interprétatif en comparaison avec d'autres approches, l'interprétation en fait toujours partie (Neergard et al., 2009 ; Sandelowski, 2000). Par conséquent, les études qualitatives descriptives identifient de manière précise le problème étudié (Neergard et al., 2009) et déterminent de façon claire les facteurs qui mènent à ce problème (Colorafi & Evans, 2016 ; Kim et al., 2017). Dans la mesure où, à travers ce projet, nous voulions comprendre l'expérience de l'exposition à la mort des patients telle qu'elle est vécue par les infirmières elles-mêmes, il nous a semblé pertinent de choisir ce devis, qui permet d'étudier les phénomènes à partir de l'expérience des personnes concernées.

Échantillon et stratégie d'échantillonnage

Pratiquement, toute technique d'échantillonnage ciblé peut être utilisée pour mener une étude qualitative descriptive (Colorafi & Evans, 2016 ; Neergard et al., 2009 ; Sandelowski, 2000). Dans ce cas, l'étudiante a choisi une technique qui correspondait le mieux à sa situation. En effet, l'étudiante chercheuse étant une étudiante internationale, elle n'a pas beaucoup de connaissances concernant les unités de soins disponibles dans chaque hôpital de la région de Montréal. Ainsi, il a été difficile pour elle de choisir les hôpitaux qui pourraient être impliqués dans son projet de recherche afin de recruter des participants à son étude. Face à cette situation, l'étudiante a donc opté pour un échantillonnage de type boule de neige. Cette stratégie d'échantillonnage fait appel au réseautage pour atteindre une population difficile à joindre (Parker et al., 2019). Avec cette technique d'échantillonnage, le chercheur se lance avec un petit nombre de participants qui répondent aux critères de sa recherche (Parker et al., 2019). Ensuite, ces mêmes participants invitent leurs pairs à rejoindre à leur tour l'échantillon (Parker et al., 2019). Ce processus se poursuit jusqu'à ce que les données recueillies soient saturées (Parker et al., 2019).

Pour trouver les premiers participants à son étude, l'étudiante chercheuse a publié son affiche de recrutement (Annexe A) sur les réseaux sociaux. Sur cette affiche, les critères d'inclusion de l'étude ont été précisés. D'ailleurs, le recrutement des participants a été basé sur les critères de sélection suivants :

- ✓ Être infirmière œuvrant dans un hôpital de la région montréalaise.
- ✓ Avoir travaillé au moins 6 mois dans une USI ayant accueilli des patients atteints de COVID-19.
- ✓ Avoir été confronté de façon répétée à la mort des patients atteints de COVID-19.
- ✓ S'exprimer en français.

Pour faire la promotion de ce projet de recherche et y trouver des participants, l'étudiante a publié son affiche de recrutement sur sa page Facebook et sur des pages destinés aux infirmières. Parmi ces pages, on cite : le regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec (RIISIQ), *Canadian Association of Critical Care Nurses (CACCN-Montreal Chapter)*, Association québécoise des infirmières et infirmiers (AQII) et l'association étudiante de sciences infirmières de l'UdeM. L'étudiante a également posté son affiche sur un certain nombre de groupes Facebook, ce qui lui a permis de trouver sa première participante. Citons notamment les groupes suivants : Thèsez-vous ENSEMBLE et Examen OIIQ, espace études. Malgré ces efforts, le rythme de recrutement était très lent. La directrice de recherche de l'étudiante a également publié l'affiche du projet sur sa propre page Facebook. De son côté, l'étudiante chercheuse a envoyé l'affiche préparée à certains de ses camarades de classe, afin qu'ils informent les infirmières de leur entourage de l'existence de ce projet de recherche. Pour leur part, les deux premières participantes à l'étude se sont portées volontaires pour faire connaître le projet à leurs collègues de travail, et notre deuxième participante a eu la gentillesse de publier l'affiche de l'étudiante sur son compte LinkedIn. Pour ce qui est de la troisième participante, elle a finalement adopté une posture plus macro, en décrivant son expérience et ce qu'elle avait aussi entendu sur les expériences de ses collègues, afin de nous aider à collecter le maximum possible de données. Quant aux réseaux sociaux des hôpitaux, il n'était pas possible de partager l'affiche du projet sur leurs réseaux sans passer par le comité d'éthique de chaque établissement. Comme cette démarche pourrait demander davantage de temps, nous n'avons pas opté pour cette option.

La taille de l'échantillon

« Dans les études qualitatives, aucune règle ne détermine la taille de l'échantillon [...] » (Loiselle et al., 2007 p.278). La collecte des données se poursuit, idéalement, jusqu'à la redondance de l'information ou ce que l'on appelle la saturation des données (Loiselle et al., 2007). Cependant, il est connu que la recherche qualitative se caractérise par un échantillon de petite taille et que les participants à l'étude doivent fournir des informations riches permettant une compréhension approfondie du phénomène étudié (Loiselle et al., 2007). Ainsi, au départ de son projet de recherche, l'étudiante avait prévu un échantillon de cinq à huit infirmières ayant travaillé pendant la pandémie dans des USI de la grande région de Montréal. Cependant, en raison des difficultés rencontrées dans le recrutement des participants, et malgré les différentes démarches entreprises pour trouver des participants à cette étude (voir annexe B), le projet n'a finalement été réalisé qu'avec trois participantes. Dans le cinquième chapitre, celui de discussion, et sous la section des limites de l'étude, le nombre modeste de participants à ce projet de recherche et les difficultés de recrutement seront discutés et expliqués.

Pour faire le recrutement des participants, l'étudiante chercheuse a préparé une affiche de recrutement qui donne un aperçu général de son projet de recherche. Dans cette affiche, l'étudiante présentait le titre et le but du projet, mentionnait les critères d'inclusion à l'étude en plus de fournir une brève description des moyens de collecte de données. L'adresse courriel de l'étudiante était également fournie, afin que les personnes intéressées à participer puissent la contacter. Les infirmières qui ont exprimé leur volonté à participer à l'étude ont été invitées à lire et à signer un formulaire de consentement (voir annexe C) puis à remplir un questionnaire sociodémographique (voir annexe D). Ce questionnaire a permis à l'étudiante chercheuse de brosser un portrait global des personnes ayant accepté de participer à son étude.

La collecte de données

Dans les études qualitatives descriptives, les techniques de collecte de données les plus couramment utilisées sont les entrevues individuelles semi-structurées ou les groupes de discussion qui fournissent des informations détaillées sur le sujet étudié (Colorafi & Evans, 2016 ; Kim et al., 2017 ; Neergard et al., 2009 ; Sandelowski, 2000). Pour la présente étude, l'étudiante a préféré mener des entretiens individuels semi-structurés avec les participantes plutôt que d'organiser des groupes de discussion. Cette technique a été retenue afin que les participantes se sentent plus à

l'aise lorsqu'elles exprimaient leurs sentiments et partageaient leurs expériences. Pour ce faire, l'étudiante a préparé un guide d'entrevue (voir annexe E) composé de questions ouvertes, claires et courtes, comme le recommande Hermanowicz (2002). L'étudiante a suivi une logique dans l'organisation de ses questions. En effet, elle a commencé par des questions introductives et générales du type « Parlez-moi de votre expérience » pour terminer avec des questions plus spécifiques en lien avec la formation antérieure de l'infirmière dans le domaine de la fin de vie. D'après Hermanowicz (2002), cet avancement progressif dans le niveau de complexité des questions rend l'entrevue plus fluide. Afin d'éviter les généralités et pour ne pas tomber dans la superficialité, l'étudiante a posé des questions d'approfondissement sous forme de sous-questions pour faire parler davantage la personne interrogée. Enfin, selon Hermanowicz (2002), les bons entretiens se terminent par des messages positifs. Pour cette raison, l'étudiante a posé une question en lien avec les recommandations vers la fin de l'entrevue. En ce qui concerne la durée idéale d'un entretien, elle varie entre 60 et 90 minutes (Hermanowicz, 2002). Pour les entrevues réalisées dans le cadre de cette étude, la première a duré une heure et dix minutes, la deuxième une heure et cinquante minutes et la dernière une heure.

Toutes les rencontres se sont déroulées en ligne sur la plateforme Zoom. En effet, au moment où les entrevues ont été menées (entre mars 2022 et décembre 2022), la situation sanitaire n'était pas encore stable. Les rencontres en face à face pouvaient donc augmenter le risque de contamination, tant pour l'étudiante chercheuse que pour les participantes. Ainsi, les entrevues virtuelles constituaient la meilleure solution pour réduire le risque d'infection. Des enregistrements audio ont été nécessaires pour faciliter la transcription, le traitement et l'analyse des données. En ce qui concerne l'heure de la rencontre, l'étudiante a pris en considération les préférences et la disponibilité des participantes pour fixer la date et l'heure exactes de l'entrevue. Un jour avant le déroulement de l'entrevue, les participantes ont reçu par courriel le lien de la rencontre et un questionnaire sociodémographique à remplir au préalable. Le questionnaire (voir annexe D) comprenait des questions en lien avec l'âge, le genre, le nombre d'années d'expérience, le niveau de scolarité et les formations antérieures des participantes en lien avec la fin de vie et la mort.

Analyse des données

Pour faire l'analyse des données, les chercheurs qui mènent des études qualitatives descriptives utilisent soit l'analyse de contenu, soit l'analyse thématique (Colorafi & Evans, 2016 ;

Kim et al., 2017 ; Vaismoradi et al., 2013). Ces techniques d'analyse exigent une transformation minimale des données collectées, ce qui permet aux chercheurs de rester près des propos des participants (Kim et al., 2017 ; Vaismoradi et al., 2013). Donc, ces techniques sont adaptées aux chercheurs débutants qui effectuent des études visant la description plutôt que l'interprétation (Paillé et Mucchielli, 2012; Vaismoradi et al., 2013). Pour la présente étude, c'est l'analyse thématique qui a été adoptée pour traiter les données.

L'analyse thématique consiste à élaborer à partir des données collectées des thèmes pertinents qui répondent à l'objectif de l'étude visée (Paillé et Mucchielli, 2012 ; Vaismoradi et al., 2013). Pour réaliser la thématisation, la méthode de Miles et al. (2014) qui comprend trois étapes principales a été employée. La première étape consiste à organiser les données. Ainsi, le chercheur devrait commencer par une transcription des entrevues et lire à répétition le texte des transcriptions afin de se familiariser avec les données collectées et de repérer les segments les plus pertinents pour son projet de recherche. Ensuite, il faut attribuer à chaque segment de texte un code initial et regrouper les codes similaires en vue d'identifier les principaux thèmes émergents. Dans ce contexte, Paillé et Mucchielli (2012) expliquent que chaque nouveau thème doit faire référence à une nouvelle idée ou à un nouveau sujet. Quant à Vaismoradi et al. (2013), ils ajoutent que l'importance d'un thème réside dans sa capacité à saisir un élément primordial de la question de recherche globale.

Une fois les thèmes identifiés, le chercheur doit passer à la deuxième étape qui vise à présenter les données de façon simple et claire (Miles et al., 2014). En effet, selon Miles et al. (2014), un bon affichage de données est indispensable à une analyse qualitative solide. D'où, il est recommandé d'utiliser les tableaux, les diagrammes et les graphiques pour rassembler les critères de différents thèmes identifiés (Miles et al., 2014). Cet affichage de données peut aider le chercheur à rédiger son rapport d'analyse et à établir des liens entre la question de recherche et les thèmes analysés (Miles et al., 2014). Enfin, la dernière étape consiste à tirer et à vérifier les conclusions (Miles et al., 2014). Selon Miles et al. (2014), les conclusions finales ne peuvent être élaborées qu'une fois la collecte des données terminée.

Pour effectuer le travail de la thématisation, il existe deux techniques qui peuvent être adoptées : soit l'identification des thèmes sur un support papier qui est une technique traditionnelle, soit le recours aux logiciels (Paillé et Mucchielli, 2012). Le choix de la technique dépend

finalement du volume du texte des transcriptions (Paillé et Mucchielli, 2012). En effet, plus le texte est volumineux plus l'utilisation des logiciels spécifiques pour l'analyse thématique est recommandée (Paillé et Mucchielli, 2012). Parmi ces logiciels on cite *NVivo*, *QDA Miner* et *DiscoverText* (Miles et al., 2014). Dans la présente étude, étant donné que le nombre de participants n'était pas élevé et que le texte transcrit n'était pas trop volumineux, le travail de thématisation a pu être effectué à l'aide de Microsoft Word. Les codes similaires ressortis des entrevues ont été regroupés pour former les principaux thèmes émergents (voir annexe F).

Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal (voir annexe G). Aucune autre certification éthique n'a été requise puisque les participantes ont évoqué leurs expériences à titre personnel et non en tant qu'employées d'un établissement spécifique. Selon l'Énoncé de politique des trois conseils [EPTC2] (2018), pour protéger les droits des personnes impliquées dans des travaux de recherche, les chercheurs doivent respecter les trois principes suivants : Le respect des personnes, la préoccupation pour le bien-être et la justice. Ainsi, l'obtention d'un consentement libre, éclairé et continu est primordiale pour la réalisation de l'étude (EPTC2, 2018). Pour cette raison, l'étudiante a élaboré un formulaire d'information et de consentement (voir annexe C) dans lequel elle a expliqué de façon détaillée l'objectif de l'étude, les conditions de participation ainsi que les avantages et les inconvénients liés à son projet de recherche. Toutes ces informations sont fournies pour que les participants comprennent le contexte général de l'étude et pour que leur consentement soit éclairé (EPTC2, 2018). Dans le formulaire de consentement, l'étudiante a également indiqué que la participation était volontaire et que les participants avaient le droit de se retirer de l'étude à tout moment. Tout était donc fait pour que les personnes intéressées par l'étude puissent signer librement le formulaire de consentement et exprimer sans aucune pression leur volonté de participer à l'étude. D'autre part, l'étudiante a respecté les préférences des participantes en ce qui concerne l'heure de déroulement de l'entrevue.

Toujours d'après l'EPTC2 (2018), les chercheurs sont responsables de la protection du bien-être des participants à leur étude sur divers plans : physique, psychologique, spirituel, économique et social. Pour cette raison, il est nécessaire d'informer à l'avance les participants des risques potentiels qui peuvent découler de leur participation à un projet de recherche (EPTC2,

2018). Dans ce contexte, l'étudiante a mentionné dans le formulaire de consentement que les questions qui seront posées au cours de l'entrevue peuvent engendrer un malaise pour les participants puisqu'elles sont liées à un sujet sensible comme la mort de leurs patients. Afin de minimiser les inconvénients qui peuvent survenir en raison de ce travail de recherche, l'étudiante a expliqué également dans le formulaire de consentement, qu'il est possible d'arrêter l'entretien si les participants ressentent un malaise. L'étudiante a également prévu une liste de ressources d'aide (Annexe H) à fournir aux participants et s'est engagée à les recontacter dans les 48 heures suivant l'entrevue, afin de s'assurer qu'ils étaient en mesure de joindre les centres d'aide suggérés. Il convient toutefois de noter qu'au cours des entrevues, aucune des participantes à cette étude n'a exprimé le besoin d'être orientée vers ces centres d'aide proposés.

La confidentialité est considérée aussi comme l'un des facteurs qui contribuent au bien-être de la personne (EPTC2, 2018). Ainsi, l'étudiante a rassuré les participantes à son étude sur le fait que les données recueillies ne seraient utilisées que pour les fins de la présente recherche et qu'elles seraient traitées de manière confidentielle. En effet, pour préserver la confidentialité, un numéro spécifique a été attribué pour chaque questionnaire sociodémographique. De plus, pendant le projet, les données collectées ont été enregistrées sur l'ordinateur personnel de l'étudiante et protégées par un code d'accès. Ainsi, personne d'autre que l'étudiante et sa directrice de recherche n'avait accès à ces données. Même à la fin du projet, les données collectées seront conservées durant sept ans sur le OneDrive de l'université de Montréal, qui est un espace infonuagique sécurisé. Après cette période, les enregistrements audio et les données de recherche seront détruits en toute sécurité.

Critères de scientificité pour la recherche qualitative

Selon Lincoln et Guba (1985), la valeur d'un travail de recherche réside dans sa qualité et sa rigueur scientifique. Pour cette raison, les études, qu'elles soient quantitatives ou qualitatives, doivent être évaluées (Lincoln & Guba, 1985). Tout comme il existe des critères d'évaluation pour les études quantitatives (les critères de validité interne et externe et de fidélité), Lincoln et Guba (1985), ont élaboré des critères d'évaluation spécifiques pour les études qualitatives. Ces critères sont la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité (Lincoln & Guba, 1985).

La crédibilité consiste à s'assurer que les résultats de l'étude et les conclusions du chercheur sont vrais et correspondent le plus possible à la réalité (Lincoln & Guba, 1985). Afin d'atteindre ce critère de rigueur scientifique, l'étudiante chercheuse a procédé à la transcription des données recueillies en verbatims qui ont été utilisés pour appuyer ses conclusions. En plus, pour améliorer la crédibilité de ce travail de recherche, les synthèses rédigées par l'étudiante ont été issues du processus d'analyse des données et ont fait l'objet d'une vérification par la directrice de recherche de ce projet.

En ce qui concerne la transférabilité, elle correspond à la possibilité d'appliquer les résultats obtenus dans un autre contexte (Lincoln & Guba, 1985). Le chercheur est donc chargé de fournir un maximum d'informations relatives au contexte de son étude, afin que le lecteur puisse se rendre compte dans quelle mesure les conclusions tirées sont transférables à d'autres contextes et situations. Pour cette raison, l'étudiante a fourni une description étoffée pour sa stratégie d'échantillonnage et sur les méthodes de collecte et d'analyse de données utilisées dans le cadre de son projet. En plus, une description détaillée des participantes à cette étude est fournie au début du quatrième chapitre (résultats) afin que le lecteur puisse déterminer si les résultats sont transférables ou non à son milieu.

Enfin, pour atteindre les critères de fiabilité et de confirmabilité, le chercheur peut utiliser la vérification par audit (Lincoln & Guba, 1985). Cette vérification nécessite l'implication d'un autre chercheur qui évaluera le processus et les résultats de l'étude (Lincoln & Guba, 1985). Le recours à cette technique peut aboutir à une collecte de données plus poussées ou à l'élaboration de conclusions plus solides et plus précises (Lincoln & Guba, 1985). Pour la présente étude, c'est la directrice de recherche de l'étudiante chercheuse qui a validé l'analyse et l'interprétation des données, ce qui peut assurer la fiabilité et la confirmabilité de l'étude.

Chapitre 4 : Résultats

Dans ce quatrième chapitre, nous présentons les résultats obtenus à partir de l'analyse thématique des entrevues réalisées avec les participantes à l'étude. Une présentation du profil sociodémographique des participantes sera d'abord évoquée, puis nous exposerons les thèmes et sous-thèmes qui ont émergé.

Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Malgré des efforts de recrutement durant environ 10 mois, il a été difficile de recruter plus de trois personnes. Les contraintes de temps liées à la durée limitée du programme de maîtrise ne permettaient pas d'attendre plus longtemps pour recruter d'autres participants. Ainsi, afin de collecter un maximum de données, la troisième participante a adopté une posture plus macro pour décrire ce qu'elle a vécu mais aussi ce qu'elle a entendu de la part des infirmières travaillant sur le terrain.

Tableau 1. – Caractéristiques sociodémographiques des participantes (N=3)

Participant	Description
Participant 1	Infirmière (31-40 ans) avec trois ans d'expérience professionnelle, dont un an en soins intensifs. Elle travaille à temps plein le jour et a accompagné des patients mourants plusieurs fois par semaine pendant la pandémie de COVID-19. Elle a complété sa formation universitaire au Québec (Baccalauréat). Elle a notamment reçu une formation en soins de fin de vie dans le cadre de sa formation initiale et les thèmes abordés comprenaient entre autres, la belle mort, les rituels des différents pays, les soins post-mortem et le soulagement de la douleur. Durée de l'entrevue : 1 heure et 10 minutes
	Infirmière âgée entre 31-40 ans qui a reçu sa formation d'infirmière au Québec. Au moment de l'entrevue, cette

Participant 2	<p>infirmière était inscrite à la maîtrise. Elle a 17 ans d'expérience en soins infirmiers, dont 16 ans dans des unités de soins intensifs. Elle travaille à temps plein le soir et, au plus fort de la pandémie, elle a composé quotidiennement avec des patients mourants. La participante n'a pas reçu de formation spécifique récente en matière de soins de fin de vie.</p> <p>Durée de l'entrevue : 1 heures et 50 minutes</p>
Participant 3	<p>Infirmière-conseillère âgée entre 51 et 60 ans, formée à l'extérieur du Québec et ayant reçu une formation académique en soins de fin de vie. Elle possède également un doctorat en sciences infirmières et s'implique dans la formation des étudiants en lien avec les soins palliatifs et la fin de vie. Elle travaille à temps plein et a 30 ans d'expérience professionnelle dans le domaine des soins intensifs. Elle s'est occupée de patients mourants moins d'une fois par semaine pendant la pandémie de COVID-19.</p> <p>Durée de l'entrevue : 1 heure</p>

Résultats

Il ressort que, même si les infirmières sont continuellement confrontées à la mort dans le cadre de leur pratique aux soins intensifs, l'exposition au décès des patients durant la pandémie de COVID-19 constitue une expérience exceptionnelle teintée d'un amalgame d'émotions. En effet, cette expérience qui s'inscrit dans un nouveau contexte, est soumise à une multitude de facteurs. On parle notamment du contexte COVID, du contexte organisationnel, du contexte personnel et professionnel de l'infirmière ainsi que du contexte familial dans lequel elle évolue. De là découlent des besoins de formation.

« Par rapport au décès des patients, c'est corrélé... parce que c'est un ensemble de multi facteurs. C'était comme un surplus de tout » [P3]

La figure ci-dessous illustre les principaux thèmes qui ressortent de l'étude.

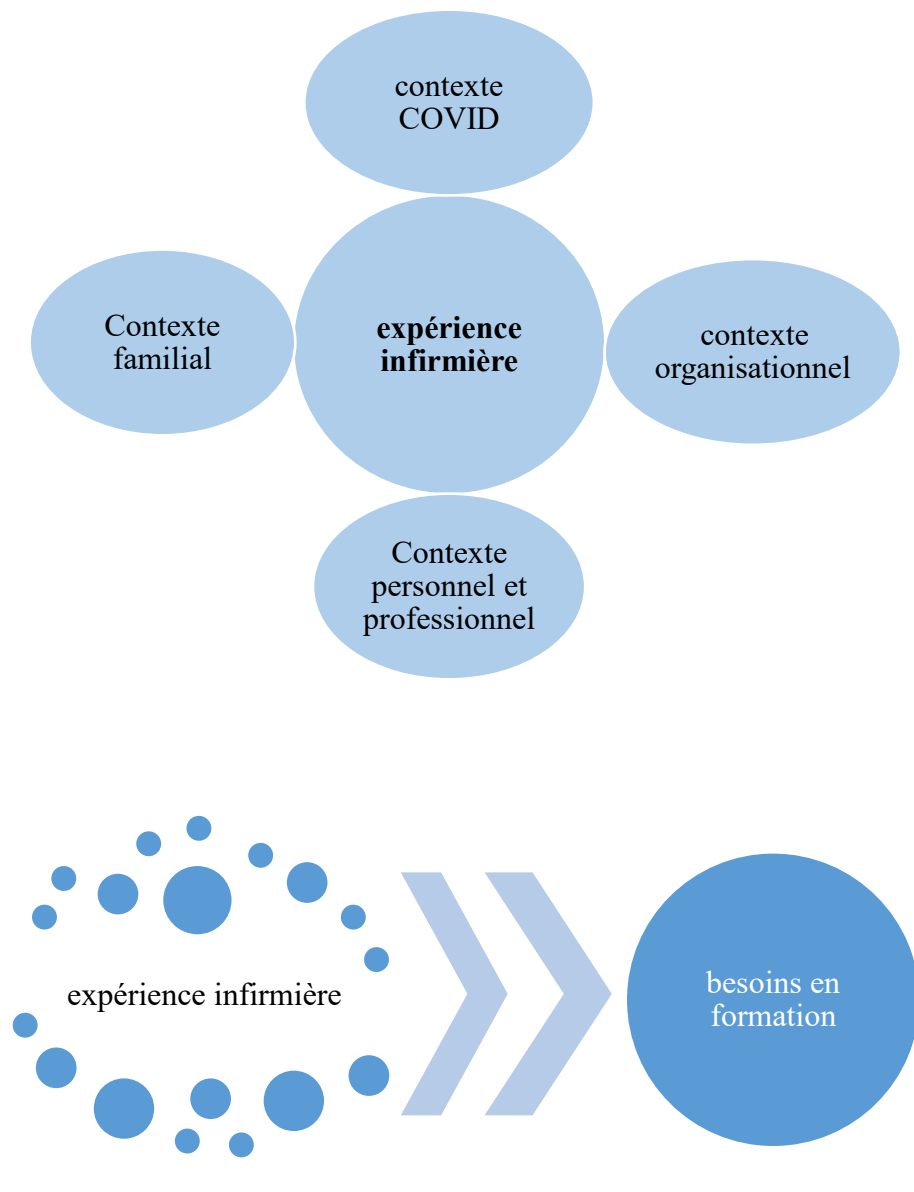


Figure 1. – Modélisation de l’expérience infirmière face à l’exposition à la mort aux soins intensifs en contexte COVID-19

Contexte COVID

Le contexte COVID est l’un des principaux thèmes issus de l’analyse des entretiens. En effet, toutes les participantes ont été minutieuses dans leurs descriptions en rapport avec la COVID et ont confirmé que ce qui rendait l’exposition à la mort des patients particulière étaient les détails liés à la nouveauté de la maladie et les divers changements associés à la pandémie en général qui donnaient au décès un aspect particulier. Ce thème regroupe principalement deux sous-thèmes : la

nouveauté de la maladie et les particularités des patients et de la mort. Le second sous-thème évoque les tranches d'âge touchées par la maladie, la mort-surprise, les conditions de la mort et l'absence des proches des patients.

Nouveauté de la maladie

Au début de la pandémie, les infirmières ont été confrontées à un ennemi inconnu, un nouveau virus sur lequel il n'y avait pas assez d'informations et dont la gravité variait entre les individus. Cette maladie imprévisible, qui peut toucher tout le monde, et dont les complications fatales peuvent affecter même les jeunes patients non atteints de maladies chroniques, a suscité chez les infirmières la crainte d'être contaminées.

« Au début c'est un peu de l'inconnu, tout est nouveau... on ne savait pas qui va être touché précisément, qui allait survivre ou non aussi au virus. Donc c'était difficile c'est sur » [P2]

« D'abord... c'était la peur d'attraper la COVID la première fois, et puis la peur de l'inconnu. Comme je vous dis on ne sait pas ce qui va se passer ...on ne sait pas combien de patients vont mourir dans cette journée-là ou dans des journées qui suivent » [P1]

« On a vu également des gens qui étaient en parfaite santé, qui n'avaient pas d'antécédent connu qui sont malheureusement décédés du virus. Ça pouvait toucher n'importe qui... c'est ce qui a apporté une insécurité d'un point de vue personnel sur le travail qu'on avait à effectuer quand on voyait des gens mourir comme ça » [P2]

Les participantes ont expliqué que cette peur de la contamination était surtout accentuée par l'hospitalisation de certains de leurs collègues dans les unités où elles travaillaient. En plus, l'évolution rapide de la situation et l'augmentation du nombre de cas chez les professionnels de la santé dans un laps de temps très court ont été décrites par les infirmières comme étant une situation extrêmement insécurisante. Ces dernières ont donc continué à exercer leur profession avec l'obsession quotidienne qu'elles pourraient être les prochaines victimes à vivre cette expérience. L'absence de vaccin au tout début de la pandémie a constitué également un autre facteur de stress pour les infirmières et les a exposées à un risque d'infection.

« C'est de donner des soins à des collègues de travail c'était extrêmement difficile parce qu'ils n'allaient pas bien. Ils étaient très très malades et on avait peur qu'ils ne s'en sortent pas » [P2]

« Quand notre collègue était hospitalisée intubée pendant deux mois ... ça nous faisait peur oui ... ça nous faisait peur... aucune ...personne n'est à l'abri ... Surtout que c'était trop long sa guérison ça nous faisait peur... puis elle a guéri... » [P1]

« Chaque jour tu rentres tu trouves huit personnes qui sont sorties positives ...il y a une nouvelle qui est hospitalisée... le lendemain la même chose. On était en contact avec cette personne-là c'était hyper insécurisant de dire... ben moi ça fait une semaine que je travaille chaque jour des heures avec cette personne-là et on a touché le même téléphone » [P2]

« La première vague ...on n'avait pas les vaccins aussi » [P1]

Particularité des patients et de la mort :

Les conditions dans lesquelles les patients sont décédés pendant la pandémie étaient différentes de celles qui se produisent en situation habituelle. La détérioration rapide de l'état d'un patient, par exemple, sa mort surprise et l'interdiction des visites familiales sont autant de facteurs qui rendent la mort du patient particulière et épuisante physiquement et psychologiquement pour les infirmières.

Tranches d'âge touchée par la maladie :

Lors du déclenchement de la pandémie, toutes les tranches d'âge étaient touchées par la maladie. Les patients étaient non seulement d'âges différents mais aussi de conditions de santé diverses. Ils étaient gravement malades et nécessitaient donc beaucoup de soins et un long séjour dans les unités de soins intensifs, chose à laquelle les infirmières n'étaient pas habituées. Pour certaines infirmières, prendre soin d'un patient pour une durée qui dépasse parfois deux semaines, permet d'établir un lien affectif entre le patient et le soignant de sorte que la mort de ce dernier peut devenir une expérience plus douloureuse pour les infirmières.

« C'étaient des patients extrêmement malades qui demandaient énormément de soins » [P3]

« C'est une clientèle qui est extrêmement différente des autres clientèles et ce sont des patients qui sont restés de nombreuses semaines, alors qu'auparavant ce n'était pas ... c'était rare les patients qui ont un séjour aussi long sur notre unité ... ça vraiment changé beaucoup de choses » [P2]

« Comme des fois ils faisaient deux semaines aux soins intensifs, on a créé des liens... c'est le lien affectif aussi. Quand il est mort...tout le monde avait pleuré là ! Tout le monde a pleuré ! C'est difficile » [P1]

La mort surprise :

La détérioration inattendue de l'état du patient et son évolution rapide vers la mort ont également bouleversé les infirmières. En effet, pour de nombreux patients, après une amélioration remarquable et une stabilisation de leur état, s'ensuivait une détérioration soudaine et un décès qui survenait au cours de la même journée. Donc, au moment où les infirmières s'attendaient à ce que leur patient se rétablisse, elles ont été soudainement confrontées à son décès, ce qui était une source de confusion pour elles.

« Tu sais ! je lui parlais le matin, puis là d'un coup... il s'est détérioré... puis il n'est jamais revenu... » [P3]

« Parfois...il était bien ... en 7e journée...puis le chute. Il y a des patients qu'on savait que lui était très bien, on pensait qu'il allait s'en sortir. On le faisait marcher dans le corridor. Mais, la 8e journée là... il a vraiment chuté... c'est vraiment imprévisible » [P1]

Les conditions de la mort :

Les infirmières qui ont participé à l'étude ont toutes déclaré qu'elles avaient été troublées non pas par la mort elle-même, mais par les conditions dans lesquelles les patients étaient décédés. En effet, selon ces dernières, les patients ont beaucoup souffert avant de mourir étant donné la nature de la maladie et la détresse respiratoire que la COVID peut provoquer. Le fait qu'il ne s'agissait pas d'une bonne mort pour elles, était très perturbant lorsqu'il était question d'accompagner les patients lors de leur dernier souffle de vie.

« La COVID c'est comme une maladie inconnue avec beaucoup de détresse respiratoire, beaucoup de souffrance, beaucoup de douleur et puis même mourir là ... il faut que quelqu'un parte en dignité » [P1]

L'absence des proches des patients :

Dans tous les entretiens réalisés, il apparaît que c'est l'absence de la famille du patient et le fait de mourir seul à l'hôpital qui rendent l'expérience de la mort difficile autant pour l'infirmière que pour le patient. D'ailleurs, selon les participantes, en raison de l'interdiction des visites

familiales, certains patients se sont sentis abandonnés et n'ont pas compris le motif pour lequel leur famille n'était pas présente auprès d'eux.

« Ce n'était pas la belle mort. C'était atroce. Les gens qui sont morts ont souffert de l'effet de ne pas avoir leur famille avec eux aussi. La personne se retrouve seule face à la mort » [P1]

« Ils ne comprenaient pas pourquoi leurs proches n'étaient pas là à leur chevet, pourquoi qu'ils devaient parler à travers un petit écran. Ça entraînait de la confusion chez les patients. Parfois ils se sentaient abandonnés » [P2]

D'autre part, mourir sans être accompagné est une situation qui peut aller à l'encontre des valeurs des infirmières. Par conséquent, celles-ci ont essayé d'accompagner les patients et de remplacer leurs familles malgré l'énorme charge de travail qui leur était imposée. Donc, essayer d'assurer une atmosphère de fin de vie agréable et une mort digne pour le patient était primordial pour ces soignants. L'implication de certaines infirmières dans l'accompagnement et dans les soins était si importante qu'elles décrivaient les conditions de travail comme s'il s'agissait d'une situation de guerre. Pour d'autres, l'absence des proches des patients était si troublante qu'elles ont comparé les couloirs vides de l'hôpital pendant la pandémie à un hôpital fantôme.

« Tout ce que j'avais en tête ... elle va mourir toute seule en détresse respiratoire, c'est terrible... c'est terrible ... tu ne peux pas ...ne pas être accompagnée...et elle était consciente avec une ventilation non invasive » [P2]

« C'était extrêmement difficile pour moi ... c'était troublant de me promener dans les corridors de l'hôpital et de voir les corridors vides. On aurait dit l'hôpital fantôme » [P2]

« C'est difficile comme si c'était la guerre à un moment donné ... Tu laisses la personne mourir comme un animal ?! non tu vas au moins essayer de mettre des conditions humaines, lui permettre de parler avec sa famille, lui parler... » [P1]

« On a préparé des conditions pour qu'il puisse sentir qu'il va mourir dans la dignité » [P1]

En plus des soins d'hygiène, du changement de position et de l'administration des antalgiques, les infirmières se sont trouvées confrontées à l'accompagnement spirituel qu'elles devaient apporter aux patients en raison de l'absence de leur famille. Dès lors, offrir sa présence, caresser, tenir la main, et parfois même chanter pour le patient sont des gestes que l'infirmière a

dû accomplir, mais ceci était épuisant pour elle sur le plan physique et psychologique. D'ailleurs, l'une des participantes à notre étude estime avoir été victime d'une détresse durant la pandémie.

« Tu donnes le maximum, tu donnes des soins à 100% à la personne. Donc tu dois rester là, tenir la main... Tu sais que la personne a peur... genre tu fais les soins spirituels en même temps. Ça c'était difficile ... moi je me suis retrouvée vraiment en détresse » [P1]

« Tu ne peux pas laisser la personne souffrir là, on était obligé...moi en tout cas moi j'étais obligée de tenir la main, je me suis mise à retrouver à chanter...des fois la personne te demande : « chante pour moi » ...à chanter à...genre ... à être là ...à caresser ...oh c'était vraiment difficile... c'est difficile » [P1]

Tout en étant conscientes que la technologie ne remplacera jamais la présence et la chaleur humaine, les infirmières ont tout de même pris le temps d'appeler les proches des patients et d'organiser des réunions Zoom avec leurs familles. Certes, cela a permis aux patients d'avoir au moins la possibilité de faire leurs adieux à distance, mais en même temps, cela a conduit certaines infirmières à établir un lien affectif avec les proches du patient.

« On a fait des Zooms avec les familles » [P1]

« Le peu de contact qu'on pouvait avoir avec les proches ça devenait rapidement émotif » [P2]

« Il est mort avec sa famille à travers une tablette... à travers un écran ... c'est ça. C'est un peu froid comme fin de vie là... C'est plus ça qui était difficile » [P2]

Avec l'interdiction des visites familiales, les infirmières ont joué le rôle d'intermédiaires entre les patients et leurs familles. Les proches des patients téléphonaient beaucoup pour avoir des nouvelles concernant l'état de santé des patients. Ainsi, leur contact avec les infirmières a été intensifié pendant la pandémie. Cela a accentué la responsabilité des infirmières et les tâches qu'elles devaient accomplir. En effet, ces dernières se sont trouvées dans l'obligation de calmer et de rassurer les familles alors qu'elles étaient elles-mêmes perturbées et découragées par la situation pandémique. Il était donc difficile d'encourager les autres alors que les infirmières elles-mêmes avaient besoin quand même d'être encouragées. Les participantes à l'étude ont également déclaré que les proches des patients leur transmettaient leurs inquiétudes et leurs charges émotionnelles négatives. Les conversations téléphoniques étaient si fréquentes que certaines infirmières étaient

au courant des problèmes familiaux que les patients avaient avec leurs proches. En étant impliqué à ce point, il était presque impossible de ne pas établir un lien émotionnel avec le patient et sa famille. De surcroît, les rencontres virtuelles organisées avec les proches du patient au moment du décès, ont fait que les infirmières ont souffert de voir les proches du patient dans un état de deuil et de chagrin. Voici quelques exemples de verbatim mettant en évidence cette situation :

« Le lien affectif était davantage avec les proches qui nous a appelés, qui ne pouvait pas venir visiter les patients » [P2]

« Mais cette charge émotionnelle importante là nous était transmise ... des fois on avait quelques instants pour discuter avec la famille qui pourrait nous parler du patient, de qui il est, quel genre du patient il est... tout ça ... du comment ça s'est passé ... d'où il a attrapé le virus ... tout ça. Donc c'est sûr ça joué sur la corde affective à ce moment... très certainement » [P2]

« Cela m'a marqué quand son fils ... les regards de son fils ... comme le regret. Ça ... ça m'a vraiment marqué là. Lui il voulait... il savait qu'il allait s'en sortir, il allait guérir et puis non ... en tout cas c'est très compliqué la COVID (avec des larmes aux yeux) ...c'était trop dur » [P1]

Ce contexte d'incertitude, de confrontation répétée à la mort, et le contexte dans lequel la mort survient sont des éléments associés au contexte COVID-19 qui ont suscité des émotions chez les infirmières et teinté leur expérience.

Le contexte organisationnel

En raison du contexte COVID, de la contagiosité et de l'aspect inconnu de cette maladie, les organisations de travail ont aussi eu à s'adapter et le contexte organisationnel a aussi eu un rôle à jouer dans l'expérience de l'infirmière. Nous présentons donc dans ce thème les nouvelles procédures et structures de travail adoptées durant les premières vagues de la pandémie et le besoin de soutien exprimé par les infirmières face à cette nouvelle situation.

Nouvelles procédures :

En plus de la charge de travail importante, les conditions de travail pendant la pandémie étaient exceptionnelles et obligeaient les infirmières à appliquer de nombreux protocoles et procédures inhabituels, ce qui constituait un facteur de stress supplémentaire. Par exemple, la

manière de mettre les équipements de protection individuelle, la désinfection du matériel, les produits à utiliser sont autant de nouveautés auxquelles l'infirmière a dû s'adapter rapidement.

« Tout était nouveau les procédures, les habillages ... il y a une semaine je me rappelle ... chaque jour il y avait de nouvelles consignes par rapport à quelque chose. Soit par rapport la façon de désinfection de matériel, les produits qu'on utilisait, la procédure pour envoyer au laboratoire sanguin... il y avait toujours quelque chose qui changeait ... donc juste de s'adapter à tous ces changements-là... c'était déjà beaucoup... rajouté le fait qu'on avait une énorme charge de travail » [P2]

Toujours au sujet des nouvelles procédures, pour faire face à la pénurie de professionnels de la santé, la fusion de certaines unités a été envisagée et des infirmières travaillant dans d'autres spécialités ont été appelées à prodiguer des soins dans les USI. Malgré la courte formation reçue, cette transition rapide d'un service à l'autre et l'intégration dans une nouvelle unité de soins ont été loin d'être faciles pour les infirmières. En effet, le fait de faire équipe avec de nouveaux collègues ayant une façon différente de travailler a fait que certaines infirmières n'étaient pas tout à fait prêtes à prodiguer des soins dans les USI et à faire face à des décès répétés de patients. En contrepartie, les infirmières qui travaillaient dès le début dans les USI ont eu du mal à encadrer et à guider les nouvelles infirmières transférées pour travailler dans cette unité.

« Nous ... on était sur une unité de cardiologie. Et puis on avait eu la formation ... Je pense deux mois avant que la COVID soit installée au Canada pour les soins intensifs ... Du coup, la COVID est venue... on nous a pris directement ...on ne nous a même pas orienté ... on nous a juste pointé directement et puis là on a commencé à voir les morts » [P1]

« Nous on a fusionné deux unités ensemble... donc on a travaillé avec des collègues qu'on ne connaissait pas... qui ont une expertise différente de la nôtre, qui n'est pas une expertise de soins aussi aigus que ce que nous on avait... fallait aussi les encadrer, leur enseigner des trucs puis les guider à travers les soins qu'ils avaient à donner. En fait c'est tout ça qui était difficile » [P2]

Par ailleurs, la contagiosité de la maladie et la nécessité de se protéger ont conduit les infirmières à prodiguer certains soins d'une manière différente de celle à laquelle elles étaient habituées. Par exemple, il était impossible d'individualiser les soins, de sorte que tous les actes sont devenus procéduraux plutôt que personnalisés. Même pour les jugements cliniques ou les soins post-mortem, les infirmières n'avaient pas le temps de les faire adéquatement et efficacement, elles

étaient terriblement pressées par le temps. Ainsi, en raison de cette exécution incomplète de certaines tâches, les infirmières ont éprouvé de l'insatisfaction à l'égard de la qualité des soins qu'elles prodiguaient à leurs patients. D'ailleurs, l'une des participantes a déclaré qu'elle aurait pu faire mieux si ces décès n'étaient pas survenus dans un contexte de pandémie.

« Il y a une infirmière qui est rentrée à la chambre, puis à travers la vitre elle a montré aux autres la diurèse c'est tant, les signes vitaux de lui c'est tant, mais là c'était que des chiffres. Là c'était plus prendre soin de quelqu'un comme elles avaient l'habitude de le faire » [P3]

« Les soins post-mortem aussi à faire au patient qui sont super importants... on faisait plus ou moins... le tout était fait hyper rapidement... On le faisait tellement rapidement que c'est un peu déshumanisant. Puis on n'avait pas vraiment le temps d'individualiser les soins. Ça devenait procédural plutôt qu'un genre de rituel. C'était difficile le manque du temps » [P2]

Structures du travail :

La charge de travail pendant la pandémie était énorme. En effet, par rapport au nombre de patients qui ne cessait d'augmenter, les ressources humaines et les professionnels de la santé ont fait cruellement défaut. La pénurie de personnel soignant s'est considérablement accrue, notamment en raison du grand nombre d'infirmières touchées par la maladie. De ce fait, la charge de travail a été deux à quatre fois plus importante que d'habitude. Cette lourde charge de travail a obligé les infirmières à effectuer de nombreuses heures de travail supplémentaires au cours de la crise sanitaire.

« Ce n'était pas les mêmes conditions...parce que c'était 15 à 20 lits supplémentaires avec le même nombre de personnel » [P3]

« C'est surtout le manque de ressources humaines que nous on a connu... Quand la plupart de nos collègues étaient malades...atteints de la COVID ... en arrêt de travail et que les cas de COVID chez la population qui est hospitalisée chez nous continuent d'augmenter... En fait, on avait de moins en moins d'infirmières qui pouvaient travailler et de plus en plus de patients. Donc il y a eu un déséquilibre à un moment donné » [P2]

« On a vu nos gestionnaires nous dire, on a à peu près 30% des personnels qui a attrapé le virus. Il va falloir faire du temps supplémentaire il va falloir trouver une solution » [P2]

Selon les données fournies par les participantes à l'étude, plusieurs infirmières sont passées du temps partiel au temps plein. Les participantes ont mentionné également que certaines infirmières ont souvent continué à travailler quelques heures après la fin de leur quart de travail. Le but était d'effectuer des tâches simples susceptibles d'alléger la charge de travail de l'équipe suivante. Il s'agit par exemple de la préparation des médicaments et du matériel nécessaire aux prélèvements sanguins.

« Je pense sont rendus à plus de 50% qui travaillaient en 12 heures » [P3]

« Des fois, il y a des gens qui vont rester un peu plus longtemps sur le quart suivant pour préparer des médicaments, des prises de sang pour le matin, on prépare déjà les petits sacs avec les tubes de prélèvements et les étiquettes. On avance des choses comme ça pour que sans faire un quart de huit heures au complet on reste une heure ou deux et on avance des trucs comme ça. Donc l'équipe suivante même s'il y a un manque de personnel a pu quand même offrir des soins de service de qualité et sécuritaire à la clientèle » [P2]

Les heures de travail supplémentaires n'ont pas été sans conséquences sur la vie personnelle des infirmières. En effet, en passant la majeure partie de leur journée à travailler à l'hôpital, les infirmières n'avaient ni le temps ni l'énergie nécessaires pour leur vie personnelle. D'ailleurs, l'une des participantes nous a expliqué qu'elle n'avait même pas le temps de cuisiner ou de faire le ménage chez elle. Et même pour dormir, la participante admet qu'au plus fort de la pandémie, elle n'a réussi à dormir que trois heures et demie par jour pour pouvoir concilier ses études et son travail. Tout cela pour dire que les infirmières, en raison du contexte organisationnel lié à la pandémie, ont travaillé énormément de sorte que leur vie personnelle était bouleversée, routinière et stressante.

« Lors des trois premières vagues...c'était l'enfer. À travailler beaucoup, j'avais peu de temps à moi-même ... je faisais aucune tâche ménagère, je faisais que travailler dormir, travailler dormir... C'est que ça ma vie ... que ça pendant des semaines et des semaines là. En fait oui ça m'a impactée beaucoup » [P2]

« On travaillait tellement, moi personnellement je dormais trois heures et demie par jour pour pouvoir arriver à terminer mes cours à la maîtrise, pouvoir travailler cinquante d'heures si ce n'est pas plus » [P2]

La structure de travail des infirmières a également été influencée par les nouvelles façons de prodiguer les soins et par le manque d'équipement. En effet, travailler pendant la pandémie

nécessitait le port d'une combinaison de protection complète comprenant une blouse d'isolement, des gants, une visière de protection et un masque médical N95. Cependant, selon l'une des participantes, ce ne sont pas tous les soignants qui ont pu disposer de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié en raison du manque de masques N95. Les infirmières étaient donc davantage exposées au risque de contamination, car certaines d'entre elles devaient garder le même masque tout au long de la journée de travail.

« On a manqué de masques N95, durant la pause au lieu de jeter les masques on les a gardés dans un sac parce que tu dois mettre ça durant toute la journée parce qu'on n'en avait pas beaucoup. Ça aussi ça faisait peur aussi ... les moyens de protection tu l'as déjà mis, c'est déjà infecté ... puis tu dois les remettre ... ce qui faisait peur aussi ... » [P1]

Malgré les avantages de la combinaison au regard de la protection en termes de réduction du risque de transmission du virus, travailler avec celle-ci présente certains inconvénients. En effet, le port de cette tenue a représenté un obstacle pour l'infirmière lorsque venait le temps d'écouter et de toucher correctement son patient. En d'autres termes, cela a réduit le contact entre l'infirmière et le patient et a plus ou moins exclu le côté humain de la prestation de soins. C'est donc le fait de s'occuper de son patient d'une manière différente de celle à laquelle elle était habituée qui a créé la confusion chez l'infirmière.

« La protection était un mal et un bien en même temps si je peux dire. Parce que ça coupait tout le côté humain... dans le sens il y avait plus le toucher, l'écoute c'était difficile parce que quant à la visière et tout... l'écoute était moyennement possible. C'était finalement comment faire ton travail d'infirmière et tout le côté humain qui était mis de côté » [P3]

Les entrevues avec les participantes ont également montré que pour certaines infirmières, il était difficile d'organiser des réunions virtuelles avec les proches des patients. En effet, certaines infirmières n'étaient pas à l'aise avec l'utilisation des tablettes et ne maîtrisaient pas suffisamment les outils technologiques. S'adapter à tous ces changements sur le lieu de travail et surtout en très peu de temps n'a donc pas été facile pour ces soignants. Tout cela avait des conséquences sur leur façon de s'occuper des patients et, sans aucun doute, sur leur expérience face au décès des patients.

« Mais au début ce n'est pas tout le monde qui est à l'aise à utiliser ces tablettes-là ... ce matériel-là. Il y a des infirmières qui étaient incapables ... qui ne savaient

pas comment ça fonctionnait. Puis aussi le fait qu'on a été tellement surchargé ... on n'avait pas le temps » [P2]

Soutien organisationnel :

Avec tous ces changements dans les procédures et l'environnement de travail, l'accompagnement et le soutien psychologique des infirmières étaient absolument nécessaires pour qu'elles puissent continuer à fournir des soins à la population. Cependant, deux participantes à l'étude ont exprimé leur déception quant aux efforts insuffisants du gouvernement à cet égard. D'ailleurs, l'une des participantes a signalé que le délai d'attente pour les programmes d'aide aux employés était d'environ trois mois, ce qu'elle jugeait inacceptable, surtout dans le cas d'une personne présentant une grande instabilité psychologique et ayant des idées suicidaires. Les participantes ont indiqué également qu'elles ont commencé à bénéficier de conférences de psychologues que deux ans après le début de la pandémie, ce qui leur a semblé trop tardif. Les infirmières auraient voulu bénéficier de ce soutien dès le début de la crise sanitaire afin d'être bien outillées pendant la pandémie. En plus, une autre participante a confirmé avoir eu le sentiment d'être déprimée, mais qu'elle n'avait aucune ressource vers laquelle se tourner ni personne capable de l'écouter et de diagnostiquer son état.

« Moi je pense que j'avais fait une dépression mais...je n'avais même pas ... le cabinet de mon médecin était fermé. Il n'y avait personne pour me diagnostiquer, mais c'est toi-même qui sais que tu es en dépression et tu trouves des moyens pour surmonter cela ... oui ...c'est ça. Ce n'était pas facile. Moi je me suis sentie comme abandonnée ... genre je n'avais pas de ressources où aller ? comme il n'y avait personne qui m'a écoutée ...comme parler devant un professionnel non non non » [P1]

« Je suis plus dans la constatation du peu d'effort qui est mis par le gouvernement et par les organisations pour soutenir les équipes. Car au moment le plus critique de la pandémie, bravo tout le monde vous êtes super bon et c'est terminé. Puis tout le monde, on est un peu amoché de ça, ben on demande de l'aide pour avoir des ressources, puis c'est lent, c'est difficile... » [P2]

« J'aurais apprécié peut-être qu'un soutien psychologique soit fait, on commence à voir là des conférences de psychologues, mais je pense que c'est beaucoup trop tard. J'aurais aimé être outillée pendant que je le vivais afin de normaliser les symptômes que je pouvais vivre. Pas deux ans plus tard. C'est au moment où ça s'est passé que c'est difficile ...j'aurais aimé avoir des outils à ce moment-là » [P2]

« C'est frustrant de voir qu'on a tout donné pour prendre soin des gens puis au moment qu'on ne va pas bien, nous-mêmes on a besoin de recevoir des soins...j'ai des collègues qui ont des idées suicidaires... extrêmement affectés négativement...trois mois d'attente avec le programme d'aide aux employés, ce qui à mon avis n'est pas acceptable quand on a des idées suicidaires. Je pense qu'on a eu besoin de plus de soutien de façon prioritaire, puis qu'on n'a pas reçu » [P2]

Selon nos participantes, en raison de ce manque de soutien, de nombreuses infirmières se sont senties abandonnées et beaucoup ont cessé d'exercer leur profession à cause des conséquences psychologiques de la crise sanitaire et du potentiel stress post-traumatique vécu. D'ailleurs, l'une de nos participantes a fait part de son intention de quitter son emploi dans les deux prochaines années. Elle envisage de passer à un emploi plus léger qui ne nécessite pas de contact direct avec les patients ou une présence obligatoire à l'hôpital. Cette décision a été prise surtout après qu'elle ait attrapé la COVID. En effet, la pandémie a fait prendre conscience aux infirmières que leur profession ne les expose pas seulement à des risques physiques ou psychologiques, mais peut aussi mettre leur vie en danger.

« Je suis déçue du manque du soutien psychologique qu'on a reçu. Je vois l'impact chez mes collègues de travail, j'ai des collègues en arrêt de travail pour un stress post-traumatique, qu'ils ont depuis un bon bout de temps, puis je ne sais pas s'ils vont revenir travailler alors qu'ils étaient des collègues incroyables. Ce serait extrêmement dommage de les perdre parce qu'on n'a pas su les soutenir convenablement dans ces épisodes-là. » [P2]

« Il y a des gens qui ont quitté... beaucoup de gens sont parties oui ...moi vraiment je voulais quitter, jusqu'à aujourd'hui je cherche les bons moyens pour quitter légalement. Oui j'essaie de quitter l'hôpital pour quelque temps parce que ça devient lourd oui » [P1]

« Lorsque je suis tombée malade, je commence à me questionner aussi... qu'est-ce que je vais faire ? ... Vraiment comme le changement... d'aller vers autre chose ... pas quitter la profession mais peut-être travailler avec info santé, des choses comme ça ... Bureau santé pour ne pas être à l'hôpital » [P1]

« J'ai envie de changer de direction parce que c'est comme on met notre vie en danger aussi » [P1]

Malgré cette déception annoncée par les participantes, ces dernières ont déclaré qu'elles aimaient vraiment leur profession. Cependant, elles souhaitent pouvoir œuvrer dans un contexte

qui offre de bonnes conditions de travail, humaines et qui n'exposent pas les infirmières à des risques sérieux. Dans ce même contexte, l'une des participantes a exprimé son inquiétude quant à l'avenir du secteur de la santé si les soignants continuent à quitter leur profession de cette manière.

« Il y a beaucoup de gens qui partent, qui laissent la profession... si ça continue comme ça, dans 10 ans on ne sait pas ce que ça va être le soin ici au Canada. On aime notre profession, on veut le faire, mais on veut aussi que les conditions soient...soient vraiment humaines aussi. Si on commence à tomber malade qui va soigner la population ?! » [P1]

Selon les participantes, si les infirmières continuent toujours à travailler jusqu'à présent, malgré tout le stress qu'elles ont subi au plus fort de la pandémie, c'est certainement grâce à leur bonne équipe de travail et au soutien de leurs collègues qui les ont constamment encouragées à poursuivre leurs tâches. Ce sont surtout les échanges quotidiens avec les collègues et toutes les discussions informelles menées avec les pairs qui ont aidé les infirmières à normaliser leurs sentiments de découragement, de tristesse et tout autre sentiment négatif provoqué par les différentes situations traumatisantes qu'elles ont affrontées. Les réunions virtuelles périodiques menées avec l'ensemble de l'équipe de travail ont également permis aux infirmières d'être informées de l'évolution de la situation pandémique et d'obtenir des réponses à leurs préoccupations, ce qui s'est avéré rassurant pour ces soignantes. Les participantes ont également fait l'éloge du soutien apporté par les gestionnaires et de la bienveillance des chefs d'unité, qui ont fait en sorte que l'ensemble de l'équipe de travail ressemblait à une famille soudée durant la pandémie. Tout cela met en évidence le rôle important de la bonne communication entre les collègues et l'équipe de travail qui facilite pour les infirmières leur expérience face à la mort de leurs patients. Voici quelques exemples de témoignages :

« On savait que notre équipe était là pour nous » [P2]

« Beaucoup de *debriefing* avec des collègues de travail, beaucoup de discussions informelles... » [P2]

« On a vraiment une équipe soudée et on trouvait toujours les moyens d'être comme jovial, on faisait des blagues, on faisait des courses dans l'unité... on fait comme si on allait faire du sport » [P1]

« Une bonne équipe de travail... puis s'entraider beaucoup... COVID nous a permis de voir combien on a été une équipe » [P3]

« Cette bienveillance-là de mes collègues...on était très soucieux les uns des autres. On va s'assurer que tout le monde va bien, de pouvoir juste en parler. Je pense que d'avoir des collègues qui ont vécu la même chose permet de normaliser ce qu'on a vécu. D'avoir des collègues qui ont vécu des choses difficiles, puis de dire ben moi aussi je me suis sentie démunie face à telle situation... je te comprends, ça permet de normaliser ce qu'on ressent » [P2]

« On avait des rencontres sur Facebook, des Facebook live dans un groupe privé des soins intensifs où le chef d'unité, la coordinatrice du programme de soins critiques, la conseillère cadre et la conseillère clinique viennent nous rencontrer, nous donner l'état des lieux... cette semaine on est rendu à x patients hospitalisés dans l'hôpital... Aux soins intensifs on a eu x nombre...on a eu tant de décès ... nous mettaient des mises à jour un peu sur l'évolution de la situation chez la clientèle et sur les changements au niveau de protocoles, procédures qui avaient lieu. Tous les ajustements sur le matériel et des choses comme ça. Donc c'est hyper rassurant de savoir ces informations-là. C'était aussi un moment où on pouvait échanger...s'il y avait des questions, des préoccupations... on pouvait ouvrir notre micro et le dire ou l'écrire dans le chat pour que quelqu'un puisse nous répondre suite à ça. Donc les suivis face aux questions ou commentaires étaient faits là, aucune question n'était laissée (en suspens). Donc c'est super bon un soutien de la gestion ! » [P2]

En résumé, les changements dans l'environnement de travail, les nouvelles procédures adoptées pendant la pandémie et l'augmentation remarquable du nombre de patients hospitalisés dans les USI ont provoqué chez les infirmières le besoin d'être soutenues pour mieux vivre le décès de leurs patients. Or, il semble que ce soutien n'ait pas toujours été fourni de manière appropriée et en temps opportun aux infirmières. Cependant, il faut rappeler que les discussions informelles entre collègues de travail ont été appréciées par les infirmières, de même que le soutien des gestionnaires, qui a été salué par les participantes puisqu'il leur a permis d'obtenir des réponses à leurs préoccupations.

Contexte personnel et professionnel

Le contexte individuel et personnel qui caractérise l'infirmière a également influencé la manière dont elle a vécu son expérience. Ses expériences personnelles antérieures tout comme ses expériences professionnelles sont des éléments importants à tenir en compte.

Expérience antérieure : (vécu antérieur associé au deuil et à la mort) :

D'après nos entretiens avec les participantes, il semble que même si les infirmières rencontrent différents types de maladies durant leur carrière et sont constamment confrontées à la mort, elles demeurent aussi sensibles que toute autre personne lorsqu'il s'agit de la maladie ou de la mort de leurs proches. En effet, ces professionnelles de la santé étaient constamment préoccupées par la possibilité qu'un membre de leur famille soit affecté par la COVID ou qu'il décède à cause de cette maladie. Étant donné que tout le monde était exposé au risque de la COVID, les infirmières pensaient à leurs proches à chaque fois qu'elles prodiguaient des soins à leurs patients. C'est surtout si l'âge du patient était proche de celui d'un membre de sa famille ou si le patient avait un état de santé similaire à celui de son parent, que l'infirmière s'impliquait davantage dans les soins et était plus sensible à son décès.

« C'est sûr que des cas qui me touchent plus que d'autres pour des raisons différentes » [P2]

« Justement chaque histoire est différente... chaque histoire peu s'approcher un peu de ce qu'on peut vivre également. Il y avait plusieurs cas... exemples... des gens de mon âge... des gens plus jeunes... l'âge à mes parents... des choses comme ça. On se disait ce virus-là peut toucher tout le monde » [P2]

Dans le même ordre d'idées, une participante a partagé avec nous l'histoire du décès de sa mère. Son incapacité à accompagner sa mère dans son dernier souffle et l'impossibilité d'être présente au moment de sa mort ont constitué pour elle un grand traumatisme. Bien que le décès de la mère n'ait pas été vécu dans un contexte de COVID, le sentiment de devoir accompagner la personne au moment de sa mort est demeuré présent. De ce fait, cette participante s'est efforcée d'apporter à chaque patient mourant dont elle s'occupait les soins qu'elle aurait souhaités pour sa mère. Cela peut expliquer, selon elle, la présence et l'accompagnement qu'elle a offerts à tous les patients en fin de vie qui étaient à sa charge. La participante a déclaré qu'elle avait transféré le deuil de sa mère à chaque situation de fin de vie qu'elle rencontrait.

« Moi surtout... moi... j'avais perdu ma maman. Moi j'étais ici au Canada et elle était en Afrique et je n'ai pas eu le temps de... faire mes adieux et être autour d'elle pendant qu'elle était hospitalisée parce qu'elle est rentrée à l'urgence et puis elle est décédée. Pendant que je me préparais pour prendre un billet, elle est morte. Là je me disais...si j'étais comme...si ma maman était face à la mort...je me suis mis à la place des autres enfants quoi... J'aimerais que ma maman ait comme...soit au moins soutenue...qu'il y ait quelqu'un qui lui tienne la main...il

y a quelqu'un qui parle avec... en tout cas moi j'ai comme transféré le décès, le deuil de ma maman ...c'est ce que je faisais avec mes patients » [P1]

Expérience de travail :

L'expérience professionnelle est un autre facteur qui influence la manière dont les infirmières s'occupent de leurs patients et gèrent leurs décès. Selon une participante, les infirmières plus expérimentées sont plus aptes à ériger une barrière émotionnelle entre elles et leurs patients. Toujours selon cette participante, les infirmières expérimentées savent séparer leur vie professionnelle de leur vie personnelle, de sorte qu'elles ne pensent pas aux tâches qu'elles ont accomplies au travail une fois leur quart terminé. D'après cette même participante, durant la pandémie, les infirmières dotées d'une grande expérience professionnelle ont été en mesure de déterminer les priorités des patients en fonction de leur état et de leurs besoins, et donc de fournir des soins rapides et efficaces, ce qui n'est pas forcément évident pour une infirmière novice. Il apparaît donc qu'en termes de soins et de relation thérapeutique entre infirmière et patient, l'accompagnement des patients hospitalisés en USI pendant la crise sanitaire a été beaucoup plus compliquée pour l'infirmière novice que pour l'infirmière plus expérimentée. D'ailleurs, d'après le témoignage de la même participante, il apparaît que les jeunes infirmières ont eu besoin de plus de soutien au cours de la pandémie. En effet, compte tenu de leur manque d'expérience, il leur était plus difficile de prendre rapidement des décisions, d'établir des priorités et de vivre sainement les décès de patients, qui se sont succédé à un rythme très accéléré. Ces jeunes infirmières ont parfois demandé l'aide d'infirmières bien expérimentées, qui n'étaient pas toujours disponibles pour répondre à leurs questions, car même les infirmières les plus expérimentées étaient débordées par la charge de travail.

« J'étais contente d'avoir l'expérience ... j'étais contente de pouvoir prioriser qui est le plus malade, qui je dois m'occuper en premier... puis de faire les choses rapidement puis efficacement. Chose que je n'aurais peut-être pas été capable de le faire étant plus jeune » [P2]

« J'essaie moi quand je termine mon quart de travail que ça soit terminé. Donc je quitte l'hôpital, j'ai fait ce que j'avais à faire du mieux de mes connaissances... le reste ne m'appartient pas. Sauf que durant la pandémie j'ai trouvé ça extrêmement difficile ! » [P2]

« Des fois, elles ont besoin qu'on les guide, puis des fois, juste pour les ramener à qu'est-ce qu'il reste à faire, c'est quoi la priorité ? on commence par ce qui est

prioritaire. Donc c'est peut-être plus difficile pour elles ...je pense de voir la mort... d'être confrontées à autant de décès, puis d'avoir toute la pression autour de tous les autres patients » [P2]

Il ressort aussi que les infirmières expérimentées avaient davantage de capacités d'autocritique. Elles étaient donc conscientes à chaque fois qu'elles négligeaient par manque de temps un acte de soin au profit d'un autre. Par conséquent, elles n'étaient pas tout à fait satisfaites de la qualité des soins prodigués. Cette situation générait parfois un sentiment de culpabilité chez l'infirmière expérimentée, car elle savait qu'elle pourrait fournir des soins de meilleure qualité si elle disposait de suffisamment de temps. En revanche, selon les infirmières expérimentées, ce n'est pas le cas des infirmières débutantes, car elles n'ont pas encore développé cette compétence. De ce fait, elles ne se rendraient pas toujours compte qu'elles ont manqué certaines tâches et ne se sentiraient donc pas nécessairement coupables quant à la qualité des soins fournis. Toutefois, il convient de mentionner que la charge de travail, qui était énorme pour une infirmière compétente, était certainement incontrôlable pour une infirmière en début de carrière.

« Les plus vieilles étaient plus conscientes qu'en temps normal, tu donnerais des meilleurs soins à ton patient...tu veillerais à tous ses besoins de bases que tu n'as pas eu le temps de combler par ce que ce n'est pas la priorité. En fait, c'était difficile peut-être pour les vieilles sachant qu'elles ont été capables de faire beaucoup mieux ...mais le contexte ne le permettait pas » [P2]

« Je pense d'une façon c'est plus facile pour les jeunes par ce qu'ils ne voient pas ce qu'ils n'ont pas fait...puis ils ne voient pas ce qu'ils ont fait de ne pas correcte. Mais en même temps, c'était énorme comme charge de travail pour une infirmière expérimentée ...Je ne peux même pas imaginer pour une jeune qui a tout le temps plein de questions et puis il n'y a personne pour répondre... puis elle doit se débrouiller et elle doit faire ce qui est mieux » [P2]

En ce qui concerne le décès, les plus expérimentées ont l'habitude d'être confrontées à la mort des patients tout au long de leur carrière professionnelle. La mort n'est donc pas un sujet inconnu ou effrayant pour eux. Il est donc possible de dire que lors de la pandémie, c'est la mort massive qui a troublé les infirmières expérimentées et non la mort elle-même. En revanche, selon l'infirmière expérimentée qui a participé à notre étude, les jeunes infirmières ont eu moins de contacts avec la mort au cours de leur carrière, et pendant la pandémie, elles se sont retrouvées très fréquemment confrontées à la mort dans des circonstances difficiles. Ainsi, du point de vue de cette infirmière expérimentée, les jeunes infirmières ont eu une expérience tout à fait singulière de la

mort. En effet, il semble que ces jeunes infirmières ont été très influencées par la situation pandémique, moins capables de rationaliser et plus pessimistes que les infirmières expérimentées, ce qui pourrait être lié à leur manque d'expérience.

« J'ai également travaillé à temps partiel dans une maison de soins palliatifs. Donc la mort ce n'est pas quelque chose qui est inconnu pour moi. Ce n'est pas quelque chose non plus qui me fait peur. Mais d'en voir autant en si peu de temps... c'était vraiment des situations incroyables, c'était du jamais vu là et c'était difficile » [P2]

« Face à la mort dans le cas de COVID c'était difficile pour tout le monde. Parce que nous, on est venu comme soutenir l'équipe de soins intensifs. Au début normalement je travaillais en cardio et j'ai trouvé des gens expérimentés comme 30 ans, 25 ans, mais je vous dis qu'ils pleuraient aussi. Même les infirmières expérimentées n'ont jamais vécu ça aussi. Ils sont habitués à voir la mort oui, mais la mort en masse comme ça... c'était difficile pour eux aussi » [P1]

« Pour les infirmières d'expérience, c'est autre chose... tu sais ... ce n'est pas parce que tu es confronté plusieurs fois, que tu deviens habitué à ça... du tout là. Pour l'infirmière expérimentée c'est vraiment le cumul de tout ça » [P3]

« Face à la mort, je pense que l'expérience fait en sorte que je pouvais rationaliser peut-être plus facilement que les jeunes ... ce que j'observais chez mes collègues, c'est beaucoup de jeunes qui disaient oh mon dieu ça ne finirait plus ... personne va s'en sortir vivant...on va tous mourir ...c'était comme plus difficile pour elles de rationaliser tout ça. Tandis que les plus vieilles, on disait ...écoute on se protège, on est quand même dans un milieu sécuritaire... Je ne sais pas qu'est-ce que c'est plus facile, je crois il y a des avantages à être plus expérimentée et des avantages à l'être moins » [P2]

Contexte familial

Le contexte familial et social dans lequel évoluent les infirmières a aussi influencé leur expérience, tant positivement que négativement. D'une part, la pandémie a accru la responsabilité des infirmières à l'égard de leur famille et leur crainte de transmettre le virus de l'hôpital à la maison. D'autre part, avec la crise sanitaire, toutes les participantes ont réalisé que le soutien quotidien de leurs proches était très important pour la poursuite de leur carrière professionnelle. Ainsi, les sous-thèmes abordés dans ce thème sont les suivants : les nouvelles responsabilités, la peur de contamination et le soutien familial.

Des nouvelles responsabilités :

Parallèlement à leur travail d'infirmière, les participantes avaient de nombreuses autres responsabilités à assumer, notamment celle de s'occuper de leur famille et de remplir leurs obligations en tant que mamans. D'ailleurs, une des participantes a mentionné que la fermeture des écoles en raison de la pandémie et le passage des élèves à des cours en ligne l'ont amenée à consacrer plus de temps à son fils pour s'assurer que ses études se passaient bien. Ces nouvelles responsabilités familiales engendrées par la pandémie et le travail à temps plein à l'hôpital ont été décrits par les participantes comme une double charge de travail, qui a lourdement pesé sur leur santé physique et émotionnelle.

« On n'avait pas de soutien vu que c'était une situation d'urgence. Les services ont été fermés aussi. Même avec nos enfants, l'école était fermée...tu vas travailler en détresse ...le soir tu vas donner... parce que moi je mettais les vidéos de révision à mon fils. On n'avait pas de soutien. Moi je pense que le personnel manque du soutien à l'hôpital » [P1]

Peur de contamination :

Il ressort clairement des témoignages des participantes que les infirmières avaient un grand sens des responsabilités à l'égard de leurs proches. Comme elles travaillaient dans un environnement de COVID, elles ont fait tout leur possible pour ne pas transmettre le virus à leurs proches. Certaines infirmières étaient tellement stressées et obsédées par l'idée d'être involontairement à l'origine de la maladie d'un membre de leur famille, qu'elles ont cessé de voir leurs proches et se sont installées au sous-sol de leur maison. Cela peut être considéré comme un facteur de stress supplémentaire qui a énormément inquiété les infirmières pendant la crise sanitaire.

« La peur c'est de ramener ça à la maison ... des fois dans nos familles il y a des gens qui sont fragiles ... C'est ça. Si je donne la COVID à la personne qui est fragile dans la famille je ne vais vraiment pas me pardonner » [P1]

« Plusieurs de collègues qui disaient moi je vis dans le sous-sol puisque tout au début on ne savait pas qu'est-ce que c'était ...à la maison ...c'est d'aller dans le sous-sol ... ne pas voir les enfants parce que je ne sais pas si je ramène quelque chose... qu'on ne sait rien là-dessus » [P3]

Malgré leur sens aigu des responsabilités et leurs efforts constants pour éviter de transmettre le virus à leurs proches, certaines infirmières ont fait l'objet d'une sorte d'évitement social. En

effet, étant donné qu'elles travaillaient dans un milieu hospitalier, leur entourage a commencé à les éviter de peur que la maladie ne leur soit transmise par l'intermédiaire de ces infirmières qui sont en interaction avec les patients atteints de la COVID. Cette situation a suscité un sentiment de confusion chez les infirmières : d'une part, elles étaient appelées par la société " les anges gardiens" et, d'autre part, elles étaient mises à l'écart et on leur refusait même de prendre soin de leurs enfants pendant qu'elles travaillaient à l'hôpital.

« Surtout dans notre cas, l'entourage que j'ai, savait que je travaillais à l'hôpital. Mon fils a coupé [arrêter d'aller à] l'école. Il fallait faire l'école à la maison, mais il n'y avait personne qui pouvait venir rester avec lui parce qu'ils savent que je travaille dans une zone de COVID... je me retrouvais seule avec mon fils » [P1]

« Le gouvernement et les gens à l'extérieur... on est les anges gardiens en parlant de nous. Mais en fait, ce qui est ressorti, c'était les anges gardiens oui... mais en même temps parce que tu travaillais à l'hôpital, tu es plus forcément ...on voulait plus forcément t'accepter dans la famille parce que toi tu risquais de leur amener... [la COVID] donc on voulait que tu prennes soin ...tu es un ange gardien tu vas aller prendre soin des autres mais au même temps tu es plus tant bienvenue dans la société parce que tu risquais de leur amener à l'hôpital » [P3]

Le soutien familial :

Avec tout le stress qu'elles subissaient au travail, certaines infirmières avaient avant tout besoin de parler de leurs préoccupations et d'extérioriser leurs émotions négatives. Il était primordial pour les infirmières d'avoir quelqu'un qui les écoute, sans porter de jugement, et qui les encourage à continuer à faire ce qu'elles ont à faire. Dans ce cas, c'est la famille qui a répondu à ce besoin. Les participantes ont mentionné que leurs conjoints étaient là pour les soutenir et les encourager. L'une d'entre elles a indiqué que son conjoint lui avait conseillé de ne plus suivre les actualités sur la pandémie et de ne regarder que des programmes de loisirs susceptibles de réduire son stress. Une autre participante a expliqué que le fait d'avoir un enfant dont elle devait s'occuper et qui compte sur elle, était un facteur qui la poussait à être toujours forte, à être plus vigilante et à prendre les précautions nécessaires pour ne pas attraper la maladie.

« Mon conjoint était bienveillant à cet égard-là. Même lui, il dit ok si tu ouvres la télé c'est pour écouter un poste où il y a la musique, une comédie, des choses comme ça. Mais ça suffit là.... Tu n'ouvres pas les journaux sur ton téléphone, les réseaux sociaux et des choses comme ça. Donc, je me coupais du bruit environnant extérieur » [P2]

« Je parlais beaucoup avec mon conjoint. Il était là vraiment disponible à m'écouter ... il ne faisait rien que m'écouter. S'il faut pleurer il me dit : pleure... il m'a encouragée, il m'a dit tu as choisi ...tu dois continuer ça. Ça m'a aidée beaucoup aussi... avoir quelqu'un qui est là ouvert à t'écouter, à t'épauler aussi ... C'est ça aussi qui m'a aidée ... mon fils aussi » [P1]

« J'ai essayé de trouver des stratégies pour passer à travers cela, ne pas tomber malade parce que je savais qu'il y a un enfant qui compte sur moi, je ne peux pas me laisser faire » [P1]

Le contexte COVID décrit au début de ce chapitre, l'adaptation aux changements du contexte organisationnel en général, sans oublier le contexte personnel, professionnel et familial, sont autant de pièces de puzzle qui s'assemblent pour former une expérience infirmière particulière.

Expérience infirmière

Chaque expérience est unique et chaque infirmière a sa propre façon de vivre ses émotions et de faire face à la mort. Pour brosser le portrait de cette expérience, ce thème se focalise sur les émotions ressenties par les infirmières travaillant dans le contexte de la pandémie et sur les conséquences professionnelles et personnelles liées à l'exposition répétée à la mort des patients.

Les émotions vécues par les infirmières :

Le nombre élevé de patients et la lourde charge de travail pendant la pandémie ont amené les infirmières à travailler dans des conditions de stress important sur une période relativement longue. Ces conditions de travail délicates, associées à l'exposition répétée aux décès de patients, ont suscité chez les infirmières de nombreuses émotions négatives, difficiles à gérer.

Le sentiment d'impuissance et de perte de contrôle :

Au cours de la pandémie, les infirmières ont été tiraillées entre l'accompagnement des patients mourants et le reste des patients qui nécessitaient beaucoup de soins. Généralement, la logique a conduit les infirmières à donner la priorité aux patients qui avaient encore une chance de guérir, afin de sauver le plus grand nombre de patients possible. En même temps, leurs principes professionnels et personnels les obligeaient à accompagner les mourants et à ne pas les laisser mourir seuls. Ainsi, les infirmières ont essayé de se libérer et d'être présentes autant que possible auprès de ces patients et de leur tenir la main pour qu'ils ne meurent pas dans des conditions inhumaines. D'ailleurs, l'une des participantes à l'étude a expliqué qu'elle était constamment

inquiète à l'idée de ne pas pouvoir accompagner un patient dans ses derniers instants, car cela donnait l'impression, selon elle, d'abandonner la personne. En d'autres termes, les infirmières voulaient accompagner tous leurs patients et leur prodiguer de bons soins, mais leur nombre était si élevé par rapport au nombre d'infirmières qu'elles ne pouvaient pas être présentes au chevet de chaque patient comme elles le souhaitaient. Les infirmières se sont donc senties tiraillées entre leurs nombreux patients. Dans le cas des patients décédés, chaque décès est perçu comme un échec thérapeutique, qui vient confirmer que toute l'équipe a échoué dans sa mission. Face au dernier souffle du patient, les infirmières se retrouvent impuissantes à intervenir ou à faire quoi que ce soit d'autre pour le sauver. La mort rappelle donc aux infirmières qu'elles n'ont absolument aucun contrôle sur certaines situations. En effet, elle leur rappelle leur incapacité à changer le sort des gens.

« Elles avaient plusieurs patients à charge puis un patient qui n'allait pas bien avec un qui était en train de mourir ben là elles avaient des choix à faire ... c'est ça ce qu'elles ont trouvé déchirant là... parce que si c'était d'aller faire les soins à la personne qui avait encore de l'espoir si je peux dire et celle qui était en train de mourir ben elle mourait seule ou avec quelqu'un derrière un iPad. En fait, donc c'est vraiment de ne pas avoir tout l'aspect humain, de pas avoir pu accompagner... puis aussi l'approche à la famille ... la famille-là qui ne pouvait pas rentrer puis de rester derrière un téléphone ou derrière un iPad, c'est quelque chose qui les a beaucoup marqués » [P3]

« Moi j'ai essayé d'être la plus présente possible pour ces patients-là. Compte tenu du fait que j'avais d'autres patients qui n'allaient pas bien mais j'ai priorisé les gens qui avaient une chance de s'en sortir plutôt que d'être au chevet de quelqu'un qui est en fin de vie » [P2]

« Moi j'étais toute seule à l'intérieur. Je devrais être toute seule pendant 30 minutes, parce qu'il y avait un délai avant que l'autre équipe rentre et tout ça. Tout ça pour dire que cette dame était en train de mourir mais j'avais quelqu'un qui avait une pression [par] exemple à 60/30 à m'occuper et j'avais quelqu'un d'autre qui avait un taux d'oxygène dans les 60 à peu près à m'occuper puis dans un département complet de 15 lits. C'est hyper vaste. Puis on m'a dit à l'intercom, la patiente dans la chambre 3 elle est en détresse respiratoire, faudrait faire un protocole de détresse. Puis je n'avais pas le temps d'aller la voir, pour finalement courir partout. Puis c'était long. J'ai l'impression en tout cas que c'était long. Mais finalement quelqu'un est rentré pour lui donner la médication. C'était une perte de contrôle au sein de la situation ... clairement » [P2]

« C'est sûr le fait qu'être en contact à long terme avec ces gens-là... on crée beaucoup d'espoir...on se dit...on a tellement travaillé fort pour que ces gens-là s'en sortent ... qu'on espère vraiment qu'ils s'en sortent. Donc chaque décès était comme un échec » [P2]

« C'était beaucoup de choses en même temps... l'impuissance je pense que c'est l'émotion principale. L'impuissance par ce qu'on est vraiment très intervenus également chez ces patients-là dans le sens où on a fait tout ce qu'on pouvait faire. On a maintenu des gens en vie pendant des jours sachant qu'il n'y avait pas d'issue mais on se disant au cas où on pourrait sauver cette personne-là. Donc beaucoup d'impuissance, ça apportait une fatigue » [P2]

Un sentiment de culpabilité :

D'après les participantes, comme il y avait beaucoup de cas, les soins sont devenus, dans une certaine mesure, déshumanisés. L'équipe soignante voulait simplement libérer la chambre après le décès d'un patient pour en accueillir un autre. Tout est devenu si procédural et les soins si techniques que les infirmières n'ont pas vraiment eu le temps d'individualiser les soins ou de gérer efficacement leurs émotions face à la mort. Bien que pour des raisons plus fortes qu'elles, les infirmières n'ont pas été en mesure de fournir des soins de qualité à leurs patients, et que c'est la situation pandémique qui a donné naissance à cette façon de travailler, les infirmières ont quand même développé un sentiment de culpabilité lié au fait qu'elles n'en ont pas fait assez. C'est peut-être l'absence de la famille des patients qui a aggravé ce sentiment de culpabilité, dans la mesure où les infirmières voulaient être réellement présentes auprès de ces patients pour compenser l'absence de leur famille. Mais cela semble avoir été difficile, compte tenu du manque de temps et du nombre élevé de patients. D'autre part, l'une de nos participantes a mentionné qu'en raison de la fréquence élevée des décès, certaines infirmières sont devenues désensibilisées à la mort des patients. C'est comme si ces infirmières commençaient à normaliser la mort en n'éprouvant plus de sentiments à son égard. En même temps, ces dernières étaient bien conscientes qu'il n'est pas normal de ne pas ressentir d'émotions face à ce type de situation, ce qui renforçait encore leur sentiment de culpabilité.

« On le faisait tellement rapidement que c'est un peu déshumanisant. C'était difficile le manque du temps. Puis on n'avait pas vraiment le temps d'individualiser les soins. Si on arrive au bout et on sait que la personne va mourir, le médecin de l'autre côté appelle la famille. Ok donnez telle telle médication. Parfait c'est beau. Il faut j'allais m'occuper de l'autre patient qui ne va pas bien. On revient. Ah il est en train de mourir parfait c'est terminé merci

suis. Oui le manque de temps c'était difficile pour vivre ça avec les patients »
[P2]

« On n'avait pas le temps pour le vivre... pas le temps pour le faire comme il faut » [P2]

« Pour moi c'était ça ...beaucoup d'anxiété ...la lourdeur... tu sens que tu es responsable ...il faut que la personne au moins qu'elle sente qu'elle était aimée malgré l'absence de sa famille ...au moins ... genre...il doit mourir dans la dignité. C'était ça » [P1]

« L'accumulation des cas, ça devient difficile parce qu'on dirait ça devient juste une mort de plus. Ce n'est pas que ça devient banal mais... ce patient est en train de mourir et on sait que celui dans la chambre à côté va mourir aussi ce soir. Ça devient comme... une désensibilisation face à ça. Puis on le sait... rationnellement on le sait ...que ne pas avoir d'émotions par rapport à ça... ce n'est pas normal. Ça vient comme culpabilisant aussi, c'est comme un cercle vicieux » [P2]

Se montrer fortes et camoufler leurs émotions :

Il est ressorti aussi des entretiens avec les participantes que, même si elles étaient tristes de voir des gens souffrir et mourir, les infirmières n'étaient pas en mesure de vivre leurs émotions face à cette situation dans leur milieu de travail. En effet, certaines infirmières n'avaient tout simplement pas le temps pour vivre leurs émotions à l'hôpital en raison de leur charge de travail. D'autres préféraient vivre leurs émotions en dehors de l'hôpital, par crainte des jugements de leurs collègues. Ainsi, durant leur quart de travail, la plupart des infirmières s'efforçaient de paraître fortes, calmes et de ne pas montrer leur vulnérabilité à leurs collègues. C'est probablement par crainte d'être jugées par les autres que les infirmières ont préféré pleurer et évacuer leurs émotions négatives lorsqu'elles étaient seules, dans leur voiture ou chez elles.

« À l'hôpital on ne manifestait pas... J'étais comme ok je vais rester forte ... je ne vais pas pleurer je me montre forte. Mais une fois à la maison, je me retrouvais à pleurer sous ma douche chaque jour là ...c'est vraiment très difficile » [P1]

« Sincèrement pleurer ce n'est pas l'idéale avec un N 95, quand tu es pendant quatre à six heures consécutives, quand tu es tellement occupée tu n'as pas le temps de te connecter sur tes émotions. Et souvent, personnellement moi je le vivais à l'extérieur » [P2]

« En fait pour vivre l'émotion je vais être dans mon auto je vais pleurer, je vais me sentir pas bien » [P2]

L'extériorisation des sentiments négatifs :

Une fois à la maison, chaque infirmière a sa propre façon de se décharger de ses émotions. Par exemple, certaines pleurent pour se débarrasser du poids d'une lourde journée de travail, tandis que d'autres ont recours à la consommation de sucreries pour combattre le stress et atténuer l'intensité des sentiments négatifs qu'elles éprouvent. Une participante nous a d'ailleurs confié avoir pris environ 18 kilos pendant la pandémie, à la suite d'un changement de ses habitudes alimentaires provoqué par son humeur dépressive et son mauvais état émotionnel. Pour d'autres infirmières, elles étaient tellement épuisées qu'elles ne voulaient pas parler à leur partenaire des détails de leur journée de travail, tout ce qu'elles voulaient, c'était aller se coucher et ne plus penser à ce qui s'était passé pendant la journée. D'autre part, pour l'une des participantes, écrire ses journées de travail était un excellent moyen pour exprimer ses sentiments négatifs. Cette technique d'expression l'a beaucoup aidée à traverser la période difficile de la pandémie. La même participante a également indiqué que le recours à la spiritualité et aux prières lui avait été très bénéfique.

« À chaque fois je retournais à la maison là, je pleurais, je pleurais, je mangeais du sucre. J'ai mangé du sucre et j'ai pris 18 kilos. J'ai pleuré tous les jours ... parce que tous les jours je voyais des morts et tous les jours j'étais vraiment impliquée... 100% impliquée » [P1]

« Je n'avais même pas envie de parler de mon milieu de travail quand mon conjoint me demandait comment ça va. Déjà à la base je n'en parle pas ... vraiment ... mais avec lui, c'est des fois je dis j'ai travaillé fort ... c'est une grosse soirée... mais je ne parle pas des cas, puis j'avais moins envie d'en parler. J'avais envie beaucoup de pleurer puis de dormir » [P2]

« Je sais que j'écrivais beaucoup, j'ai un carnet où à chaque fois que j'ai quelque chose j'écrivais ... ça m'a aidée. J'ai écrit ... j'ai écrit... j'ai écrit... j'ai écrit... j'ai écrit, j'ai trouvé ça comme stratégie à écrire... j'ai écrit mes journées de travail. Cela m'a aidée à survivre. Surtout que ce n'était pas possible de voir des amis ... tout est fermé ... il y avait des restrictions... » [P1]

« Moi qu'est-ce que je faisais, là je suis quelqu'un qui est... selon ma culture là je dirais je suis quelqu'un de spirituel aussi je prie beaucoup ... je mettais des chansons rédigées comme je disais... la prière... c'est la prière qui m'a aidée... prier ... pleurer ... cela m'a beaucoup aidée ... » [P1]

L'impact de la confrontation à la mort sur les infirmières :

Les émotions négatives ressenties par les infirmières à la suite du bouleversement de leur environnement de travail et de l'accumulation des décès de patients n'ont pas été sans conséquences pour ses soignantes, tant sur le plan professionnel que personnel. Dans les paragraphes suivants, nous présentons l'impact de la confrontation fréquente au décès des patients sur les infirmières.

Remise en question de son rôle et de sa profession :

Durant les entretiens, les participantes ont évoqué non seulement la fatigue physique, mais aussi la fatigue psychologique comme conséquence de la pandémie. En effet, lorsqu'on fournit des efforts considérables pour soigner un patient, on s'attend à récolter les fruits de cet effort, notamment la guérison de la personne. Ainsi, les décès successifs de plusieurs patients, malgré tous les efforts fournis, ont été à l'origine du découragement des infirmières. Ces décès répétés et l'incapacité fréquente à sauver les patients ont fait douter les infirmières de leur capacité à soigner leurs patients et de l'utilité de continuer à prodiguer les mêmes soins que d'habitude. D'ailleurs, l'une des participantes a expliqué qu'elle était complètement épuisée et qu'elle n'avait aucune motivation pour aller travailler. Avec tant de patients qui mouraient en permanence, cette infirmière doutait continuellement avant de commencer son quart de travail, de l'efficacité des soins qu'elle allait donner à ses patients, et de l'utilité de son rôle en tant que professionnelle de la santé en général. Il était difficile pour cette participante de garder espoir et d'être optimiste, étant donné que le même scénario triste s'est répété plusieurs jours d'affilée. Donc, il semble qu'il n'était pas facile pour les infirmières de faire face à la mort de leurs patients au quotidien et sur une période plus ou moins longue, ce qui les a vidés de leur énergie.

« Tu sais quand vous travaillez fort pendant un quart de travail au complet, puis tu sais que ça ne donnera rien... c'est frustrant aussi à quelque part... c'est décourageant oui. Parce que tu dis oh mon dieu j'ai tout donné, je ne suis même pas allé manger, on court partout ... on a essayé des choses qu'on se dit oh mon dieu c'est possible ça ne fonctionnait pas mais on ne sait jamais avec cette personne-là ça fonctionne ... on va l'essayer. Mais qu'en bout de ligne, malgré tous ces efforts-là... c'est à chaque jour tu te rends travailler en disant je ne sais pas si ce que je vais faire... ce que je vais donner comme soins va pouvoir contribuer à la survie des patients. À un moment donné ça devient difficile de rester optimiste aussi » [P2]

« Je me rappelle encore être assise quelques minutes avant d'aller travailler, puis je dirais je ne peux pas croire que je vais retourner vite à ce que je vis depuis trois jours. Je retourne dans ce milieu-là ...confrontée à la mort imminente de plein de gens. Je ne peux pas croire... c'est juste... j'ai plus d'énergie là » [P2]

« Moi c'était plus la fatigue mentale ... J'étais vraiment fatiguée mentalement. On m'a appelée dans l'unité madame fatigue ... Quand je rentre ohh non je suis fatiguée ... C'est plus la fatigue mentale ... fatiguée de voir tout ça... fatiguée » [P1]

« Il y a une perte de sens de... être infirmière... parce que là c'est devenu très technique parce que justement il y a plus de patients à charge dans des conditions où il fallait s'habituer » [P3]

La déconnexion par rapport à leurs émotions :

Certaines infirmières étaient tellement débordées qu'elles n'avaient même pas le temps de se laisser aller à leurs émotions. Au lieu de cela, elles se sont impliquées dans leur rôle clinique. Elles se sont concentrées sur les soins et les besoins des patients dont elles s'occupaient, plutôt que sur leurs émotions et leurs sentiments. Leur sens accru de la responsabilité à l'égard de leurs patients les a amenées à contrôler leurs sentiments négatifs pour mieux rationaliser la situation et faire ce qu'elles devaient faire en termes de soins et de priorités. C'était comme si elles se coupaient de leurs émotions pour pouvoir continuer à répondre aux besoins des autres patients. En d'autres termes, dans le but de se protéger au niveau psychologique, certaines infirmières sont entrées dans une sorte de déni émotionnel. Ces infirmières voulaient simplement échapper aux émotions qu'elles ressentaient. Ainsi, pour éviter de penser à leurs émotions, elles se sont concentrées le plus souvent sur leurs tâches techniques mais ont aussi parfois fait appel à l'humour pour camoufler ce qu'elles ressentaient réellement.

« On avait mille choses à faire au même temps, donc on n'avait pas le temps de se poser...moi je n'avais pas le temps parce que je devrais être efficace puis je devais répondre aux besoins des autres patients qui étaient à ma charge. Donc, il y avait une coupure qui a été faite... puis je suis quelqu'un d'hypersensible...avec mes émotions, puis un blocage plus important qu'à l'habitude qui s'est fait. C'est en temps normal, avec des soins de confort oui ça vient me toucher, mais j'ai essayé de me dire... il faut que j'évalue mon patient, est ce qu'il semble confortable ? il faut que j'administre la médication, que j'évalue si ça fait d'effet... tout ça » [P2]

« Je suis très émotive, puis je ne veux pas être dans l'émotion, donc pour compenser je rationalise rapidement. Je vais essayer de mettre de l'humour sur les émotions que je ressens, je vais essayer d'associer chaque situation à qu'est-ce qu'aurait pu être fait différemment, j'essaye de rationaliser le plus possible ce qui apaise mes sentiments négatifs. C'est une façon pour moi de copier [faire avec] avec ça » [P2]

Traumatisme émotionnel : des images traumatisantes qui restent imprégnées :

Il semble que les scènes de décès des patients ont été si traumatisantes et choquantes que les infirmières se souvenaient encore, deux ans après la pandémie, de détails précis concernant leurs patients décédés. Des détails tels que le nom du patient, le numéro de sa chambre et le mois durant lequel il est décédé, sont restées gravées dans la mémoire des infirmières. Ces situations ont vraiment marqué les infirmières, de sorte que même pendant les entrevues, une participante est devenue très émotive et s'est mise à pleurer lorsqu'elle a parlé des patients qu'elle accompagnait en pleine pandémie. L'accumulation des cas et cette exposition répétitive à plusieurs scènes traumatisantes en très peu de temps ont fait de la confrontation à la mort des patients pendant la pandémie une expérience difficile pour les infirmières.

« J'en parlais avec des collègues ... en carrière on va se rappeler d'un ou des épisodes c'est très très marquant. Mais là on est précisément capable de se rappeler c'était quel mois, dans quelle chambre. C'était quoi le nom du patient. Moi jamais je me souviens des noms des patients. Puis suite à ces décès-là je me rappelle leur nom ... je me rappelle de détails hyper précis qu'en temps normal j'oublie parce que moi je ne ramène pas le travail à la maison. Quand je termine, je termine c'est terminé. Mais mon cerveau a emmagasiné ces informations-là alors qu'en temps normal je ne m'en souviens pas. Puis deux ans plus tard je m'en souviens encore des détails de ces situations difficiles là, ce qui est surprenant ! Toutes les situations marquantes reviennent au fait de voir quelqu'un mourir pratiquement seul dans des conditions qui sont déshumanisantes, ne sont pas souhaitables puis qui vont à l'encontre de mes valeurs professionnelles et personnelles également. Ce n'est pas digne de l'être humain de mourir comme ça » [P2]

« Je me rappelle même son nom. Il était d'origine italienne. À un moment donné il commençait à avoir soif. C'est son regard quand il m'a demandé de lui donner de l'eau. Ahh là ça va vraiment marquer toute ma vie là » [P1]

« C'est pénible ... je pense qu'après des temps là je commence à sentir bien ... mais en moitié de 2020 à 2021 quand je parlais de ça je pleurais ... Maintenant je me sens un peu bien ... ça va, je peux en parler, mais avant je ne pouvais pas !! c'était triste...c'était triste de voir les gens souffrir » [P1]

« Dans notre profession on est habitué à voir des gens qui décompensent et puis... voilà c'est la fin mais ...ça commençait à être répétitif... Par jour peut-être on aura deux morts, trois morts... là ça commence... ça commençait à ... (la participante commence à pleurer) ... ça être comme ...mal à l'aise ... surtout ...moi c'étaient les regards... les regards des patients ... » [P1]

« Ça fait longtemps que je suis infirmière puis, je n'ai jamais connu cette intensité-là. On n'a jamais connu quelque chose comme ça... jamais ...jamais-là ... c'est un niveau jamais atteint » [P2]

Il paraît que la confrontation répétée avec la mort des patients n'a pas été sans conséquences sur la santé psychologique des soignants. En effet, certaines infirmières étaient tellement stressées et anxieuses pendant la pandémie qu'elles ont montré des signes de crises d'angoisse, se manifestant par des douleurs thoraciques. Dans le même contexte, une de nos participantes nous a confié que pendant toute la période de la pandémie, elle vivait des sentiments de tristesse et avait l'impression de faire une dépression parce qu'elle était constamment confrontée à la mort des patients. La situation était tellement insupportable qu'à un moment donné, les infirmières étaient si saturées de voir des patients mourants qu'elles ont demandé à leurs gestionnaires la possibilité de s'occuper des patients en voie de guérison plutôt que de ceux qui étaient gravement malades.

« J'ai commencé même à sentir des douleurs thoraciques tellement j'étais angoissée » [P1]

« Au niveau professionnel, à un moment donné, tu veux juste plus avoir des patients qui décèdent là... on se disait à la blague j'ai atteint un quota... c'est je ne peux pas avoir plus de décès cette semaine ça suffit là. On fait parfois la demande à nos gestionnaires de changer de cohorte pour avoir des cas qui sont peut-être plus vers le rétablissement que vers la phase critique parce que ça devient lourd » [P2]

Saturées de la pandémie et elles ne veulent plus en parler :

En plus de la charge de travail insupportable et de la confrontation fréquente avec la mort des patients, les infirmières sont devenues, pendant la pandémie, une référence pour tous les membres de leur famille et leurs amis. Elles ont dû répondre aux questions et aux inquiétudes de leurs proches sur cette nouvelle maladie et ses symptômes. Par conséquent, les infirmières semblaient être en service en permanence. Comme l'a dit une participante, il était presque impossible de lâcher le rôle d'infirmière. En conséquence, les infirmières ont été saturées par tout ce qui avait rapport à la pandémie, tant que la COVID était au cœur de l'actualité, que ce soit sur

le lieu de travail, à l'université pour celle qui était aux études ou sur les réseaux sociaux. Les infirmières avaient donc besoin de se calmer et de se ressourcer.

« C'est difficile quand ...en tant qu'infirmière, moi j'ai une amie qui m'a dit tu es ma ressource ...tu es plus rapide tu es plus efficace que le 811 qu'on appelle pour l'information. Je t'écris un message texte tu me réponds rapidement. Puis je sais que l'information est juste, je n'irai pas à l'urgence avec mon enfant je vais t'écrire...je devenais la ressource de tout le monde, de toute la famille, de toutes les amies ... c'était lourd quand même à porter après des journées où tu vois des gens mourir. À un moment donné, moi j'étais tannée. Je ne pouvais pas me débarrasser de l'infirmière en moi. Elle fait partie de moi mais j'aurais eu envie parfois de mettre l'interrupteur à off, mais s'arrêtait pas » [P2]

« Au niveau personnel, moi j'ai eu la nausée ...le fait de parler de la COVID, parce que dans l'université, dans mes cours puis dans ma vie personnelle ce n'était que ça tout le temps ...tout le temps ...tout le temps... On entendait que parler de ça...puis jamais en bien...c'est toujours il y a de nombreux CHSLD ...c'est une perte de contrôle dans les milieux hospitaliers. Je n'avais pas besoin de ça ... c'est d'avoir autant de choses difficiles au travail. Dans ma vie personnelle j'avais besoin de calme, de changer les idées, de me ressourcer » [P2]

Pour résumer, il n'a pas été facile pour les infirmières de faire face à la mort des patients dans les conditions de pandémie. D'ailleurs, les participantes à l'étude ont cité le manque de formation sur le sujet de la mort comme l'un des facteurs qui ont compliqué leur expérience du travail auprès des patients décédés. Dans les paragraphes qui suivent, nous présentons donc les besoins de formation des infirmières qui sont ressortis de nos entrevues avec les participantes à notre étude.

« C'est difficile de voir des gens mourir ... à la base on est formé plus au moins pour ça. Mais on s'y habitue en cours de pratique » [P2]

« Je pense que chaque établissement devrait offrir à ses employés les formations pertinentes en lien avec la clientèle avec laquelle ils font face. Je pense que des soins palliatifs en soins intensifs c'était très fréquent quand même surtout dans un grand centre en traumatologie... on est souvent confronté à ça. Ce serait pertinent d'avoir la formation là-dessus » [P2]

Besoins de formation

Selon les participantes, les infirmières ne sont pas suffisamment préparées à faire face au décès de leurs patients, en particulier dans le contexte inhabituel d'une pandémie. Même la

formation qu'elles ont reçue au début de la crise sanitaire se limitait au port des équipements de protection individuelle, à la désinfection des surfaces et aux mesures de précaution. En revanche, aucune formation sur les soins de fin de vie et les protocoles de priorisation des patients n'a été dispensée. En conséquence, les infirmières se sont trouvées gênées face aux situations qui les obligeaient à faire certains choix. En plus, les infirmières manquaient d'informations sur les soins spirituels, et elles étaient dans l'obligation d'improviser lorsqu'il s'agissait d'apporter des soins spirituels aux patients. De ce fait, les infirmières auraient souhaité recevoir des formations qui les auraient aidées à mieux réagir face à des situations de décès qui n'étaient pas faciles à gérer. Ainsi, une participante a suggéré de donner plus d'importance à la spiritualité et aux soins de fin vie dans les programmes de formation académique des universités et des cégeps.

« On a eu la formation sur le port d'équipements individuels, sur la façon de désinfecter le matériel, tout ce qui est mesures de précaution, d'isolement, désinfection et tout ça mais pas de soins de fin de vie comme le protocole de priorisation d'action de soins intensifs qui était réalisé là... nous... on n'en a pas entendu parler. C'est en cas extrême qui va avoir le droit à une chance aux soins intensifs ? Comment vous priorisez les patients ? on le voyait comme le reste de la société là dans les médias, on n'entendait pas parler... on n'a pas été formé à cet égard-là. Tout ce qui est en lien avec les soins de fin de vie non plus, on n'a pas eu de ...généralement le tout était un peu à la dernière minute parce qu'on savait déjà depuis trois mois que ça été passé difficilement ailleurs, puis du jour au lendemain les grands travaux pour refaire l'unité pour que ça soit des chambres à pression négative, vite tout le monde soit formé pour le port d'équipement de protection individuel... à la dernière minute toute s'est bousculé pour finalement accueillir mon premier patient en début de pandémie. En fait il n'a pas eu le temps de mettre sur place la formation par rapport à ça. Puis en cours de route non plus. Ça n'a pas été développé » [P2]

« Moi je pense que j'ai encore besoin de formations parce que je pense j'étais obligée de faire des soins spirituels [...] Je pense que dans des universités ou dans des cégeps, ils peuvent mettre l'emphase sur les soins spirituels aussi [...] la spiritualité ça peut être ... peu importe les croyances ... mais renforcer ça dans les cégeps et dans des universités ça pourrait aider. Qu'on soit préparé à ça, parce que là on a juste improvisé ... on ne savait même pas ... on a improvisé ... on a improvisé tout. C'est ça surtout que tu ne sais pas comment tu peux mieux aider la personne avec les différentes cultures et les différentes religions au Canada. Tu ne sais pas si tu es en train de faire une gaffe c'est ça ... tu ne sais pas » [P1]

Les entrevues réalisées avec les infirmières ont révélé que leurs besoins en formation se répartissent en deux catégories : des formations pour améliorer les soins de fin de vie et des formations pour préserver la santé psychologique.

Des formations pour améliorer les soins de fin de vie :

Il ressort clairement des propos des participantes que les soins de confort ne sont pas bien maîtrisés par les infirmières. Selon les participantes, la transition entre les soins aigus et l'arrêt des dispositifs et des médicaments s'effectue le plus souvent très rapidement, de sorte que les soins de confort sont plutôt négligés et mal offerts aux patients. En fait, les participantes admettent qu'elles ne sont pas formées pour offrir ce type de soins à leurs patients. Par conséquent, de nombreuses infirmières se retrouvent désorientées lorsqu'il s'agit de mobiliser les patients ou de leur prodiguer des soins de bouche. Il est donc important de renforcer la formation sur les soins de confort, afin d'humaniser davantage les soins prodigués aux patients en fin de vie. Dans ce même contexte, une participante a proposé de former les infirmières à la manière d'impliquer les familles des patients dans ces soins de confort, afin de rendre les soins de plus en plus empreints d'humanisme. D'ailleurs, la même participante estime qu'il serait très utile d'impliquer des personnes ayant vécu la perte d'un proche dans l'élaboration de ces formations. Selon elle, il serait important de s'appuyer sur les expériences des proches des patients décédés pour améliorer la formation des infirmières et fournir des soins qui répondent aux attentes de la clientèle.

« Côté fin de vie que ce soit COVID ou pas, je pense qu'il y aurait intérêt à développer la formation en soins intensifs par ce que souvent lorsqu'un patient ne va pas bien d'un instant à un autre ... on dit qu'on va arrêter le traitement puis le tout s'arrête, on arrête les appareillages, la médication rapidement ... ça ne dure pas trop longtemps ... on n'est pas formé pour ça ... il n'y a pas de façon de faire ... il n'y a pas de ... c'est vraiment trop d'infirmières dépendantes de comment ça se fait les soins de confort ... il y en avait qui n'ont pas du tout mobilisé le patient ... ne sont pas à l'aise [...] Donc je pense qu'on aurait intérêt à avoir la formation sur particulièrement aux soins intensifs comment passer de super aigu avec beaucoup d'appareillage à on arrête tout et ça devient des soins de confort et comment humaniser ça aussi. Qu'est-ce qui peut être fait pour aussi favoriser l'implication des proches lors de ces soins de confort là » [P2]

« Inclure un peu les expériences d'anciens proches qui ont vécu la perte d'un être cher aux soins intensifs... comment ils l'ont vécu ? qu'est qu'ils auraient aimé ? qu'est-ce qu'été fait qui l'ont apprécié là ? Je pense ça pourrait être intéressant » [P2]

Une des participantes à cette étude a suggéré que les formations devraient s'adresser à toutes les infirmières, qu'elles soient jeunes ou expérimentées. En effet, dans le cas des infirmières nouvellement diplômées, elles manquent l'expérience nécessaire pour s'occuper des patients en fin de vie. D'où l'importance de développer des formations pour les infirmières débutantes en matière de soins de confort à prodiguer aux patients, ainsi que des formations sur l'accompagnement des proches des patients décédés. Quant aux infirmières expérimentées, la participation à des formations de mise à niveau peut permettre de consolider et d'actualiser les informations dont elles disposent, de les sensibiliser aux dernières évolutions dans le domaine des soins intensifs et d'améliorer ainsi la qualité des soins prodigués aux patients.

« C'est difficile quand tu as 23 ou 24 ans... que [tu n'as] jamais connu de personnes proches qui sont décédées ...de devoir accompagner des gens qui perdent un proche d'une façon aussi subite. Souvent aux soins intensifs ce n'est pas attendu ... en quelques jours à peine il y a un accident pour que la personne se détériore et meurt. On n'est pas prêt à vivre ça, puis à soutenir les patients et les proches. Je pense que ça serait intéressant dans la formation initiale que ce soit développé » [P2]

« Je pense que des formations de mise à niveau aussi pour les plus vieilles infirmières sur l'unité ...de faire des formations de rappel sur ça...ça pourrait être intéressant sur des façons de faire, sur comment s'occuper d'un patient en fin de vie aux soins intensifs puis qu'est-ce que peut être fait, puis pourquoi » [P2]

Toujours dans le même contexte, les participantes ont confirmé l'efficacité de la formation en soins palliatifs qu'elles avaient reçue à l'université. Cette formation a été un véritable atout pour gérer le décès de leurs patients pendant la pandémie. Le fait d'avoir une idée sur la notion de la bonne mort a incité les infirmières à donner à leurs patients les soins les plus humains possibles, même si les conditions n'étaient pas très favorables à de tels soins. Ainsi, malgré le grand nombre de patients et les conditions de travail chaotiques, les infirmières ont continué à accorder de l'importance aux petits gestes qui peuvent faire la différence dans la prise en charge des patients en fin de vie. Voilà pourquoi les infirmières encouragent de plus en plus le développement de ce type de formation, qui s'est avéré si utile et efficace.

« Dans mon cours de soins palliatifs à l'université, le fait qu'on a eu ce cours, qu'on a parlé de la belle mort ... ça je pense ça m'a ... c'était venu comme réveillant l'humanité là. Ok, il y a la belle mort mais il y a la mauvaise aussi. Donc si la personne doit mourir elle doit mourir dans la dignité. C'est ça ce que

j'ai mis dans ma tête ... donc il faut aller chercher des petites choses, tenir la main pour vraiment adoucir, même si on sait que c'est une période sombre ... mais quand même laisser la personne partir en dignité. Moi je pense que cette formation a vraiment fait une différence [...] Le fait qu'on a eu ce cours-là ça venait renforcer aussi déjà des sentiments que j'avais avant ... l'humanité ! » [P1]

Des formations pour préserver la santé psychologique :

Il semble que les infirmières ont non seulement besoin d'une formation qui les prépare à mieux s'occuper des patients en fin de vie, mais aussi d'une formation qui leur apprenne à mieux préserver leur bien-être psychologique face à toutes les situations difficiles qu'elles peuvent rencontrer sur leur lieu de travail, y compris le décès des patients. En effet, les infirmières ont besoin d'apprendre à être empathiques, mais pas compatissantes. En d'autres termes, elles doivent apprendre à traiter leurs patients avec humanité, sans pour autant s'impliquer émotionnellement au point de ressentir le chagrin de chaque patient dont elles s'occupent ou d'être touchées par la tristesse de chaque famille qui perd un être cher. Dans le même ordre d'idées, une participante a souligné que lorsque l'objectif est de maintenir une distance saine entre l'infirmière et le patient, l'accent devrait être mis plutôt sur les formations pratiques, qui peuvent être plus efficaces que les formations théoriques. Le but d'une telle formation est d'apprendre aux infirmières à être émotionnellement équilibrées, à fournir des soins humains sans s'attacher aux patients. La même participante a également souligné que ces formations doivent constamment être mises à jour, afin de rester adaptées à la situation en vigueur.

« Je pense qu'il faut autant avoir de formation sur quels soins donner au patient, quel soutien apporter aux proches ... mais également pour se protéger, mais pas juste avec le décès...en général. Je pense que ça pourrait être élargi, puis d'inclure quand on vit un cas difficile, quand on vit le décès d'un patient. Quoi faire pour se ressourcer, pour se protéger, pour développer sa résilience à travers tout ça. Puis, prendre soin de sa santé psychologique là. Très certainement oui !! » [P2]

« Je pense la limite psychologique là ! Il faut mettre la limite parce que ça vient nous chercher...c'était comme devenir personnelle vraiment » [P1]

À la lumière des entrevues menées avec les participantes, un consensus se dégage sur le fait que les infirmières ne sont formées que pour prodiguer des soins dans des conditions de travail dites ordinaires. Elles ne sont pas préparées à travailler en cas de crise sanitaire, de guerre ou de toute autre situation d'urgence. Par conséquent, l'adaptation aux nouvelles conditions de travail

imposées par la pandémie n'a pas été facile pour beaucoup d'infirmières, voire stressante. D'ailleurs, les infirmières elles-mêmes ont dû chercher des informations et des techniques susceptibles de les aider à s'adapter aux différents changements qu'elles ont vécus lors de la pandémie. Il serait donc intéressant selon les participantes de réfléchir à l'élaboration de formations préparant les infirmières à travailler dans des situations d'urgence. En effet, une fois préparé à travailler dans des conditions inhabituelles, cela peut réduire le stress que les infirmières peuvent ressentir en cas où une situation inattendue se produit et ainsi favoriser leur santé psychologique.

« Je pense que oui, on doit nous outiller aussi ... comme ... moi je pense qu'ils doivent mettre dans leur tête que quelque chose d'urgent peut y arriver ... comme la guerre en Ukraine là. La COVID ... Qu'est-ce qu'on va faire ? comment on va réagir ? ça c'est une bonne chose aussi » [P1]

« Des fois on a vécu plein de choses, mais il n'y avait personne qui m'écoutait là. J'ai essayé de faire mon deuil par moi-même, j'ai essayé de trouver des stratégies pour passer à cela, ne pas tomber malade parce que je savais qu'il y a un enfant qui compte sur moi, je ne peux pas me laisser faire » [P1]

« Moi j'ai écouté des entrevues qui se sont passées dans les médias tout ce qui avait un lien avec la résilience, des ressources par rapport à l'isolement par rapport à la pandémie c'est une façon pour moi d'aller rechercher des ressources aussi pour moi par curiosité d'une part mais ça m'a aidée à m'outiller pour bien vivre ça » [P2]

En se basant sur les propos des participantes, il semble que des interventions simples peuvent suffire à améliorer les conditions de travail des infirmières et à réduire le stress qu'elles ressentent. En effet, le simple fait d'écouter les infirmières et de prêter attention à leurs préoccupations peut réduire leur anxiété et dissiper chez elles le sentiment d'être abandonnées. Même de courtes formations rappelant aux infirmières la manière de se ressourcer et de prendre soin d'elles-mêmes peuvent s'avérer très utiles pour les orienter vers les bonnes techniques de relaxation à mettre en œuvre après leur journée de travail. Rappeler aux infirmières quelques conseils pratiques pour maintenir leur bien-être psychologique dans leur environnement de travail est aussi essentiel si nous souhaitons améliorer leur motivation et leur productivité. Cependant, lors de la conception de ces formations, il est important de garder à l'esprit que les infirmières ont une vie professionnelle très chargée et que c'est avant tout le manque de temps qui les empêche de participer à des formations continues. Des formations allégées et de courte durée peuvent donc être

la solution pour motiver les infirmières à participer à ce type de formation. Le prix des formations doit également être pris en considération et celles-ci doivent être accessibles à tous.

« Récemment on a eu une séance avec un psychologue qui ne nous a pas parlé nécessairement des patients, des choses difficiles qu'on a vécues ... il nous a parlé sur comment prendre soin de soi ...comment se ressourcer, c'est quoi la résilience ? pourquoi on atteint un certain niveau où on devient fatigué.... Puis c'étaient des outils super faciles, des choses qu'on peut faire à la maison, des ressources aussi qu'on puisse aller lire, regarder des vidéos sur ça... après cette rencontre-là, j'ai trouvé ça super intéressant » [P2]

« Moi je pense que ce n'est pas nécessaire d'être une méga formation hyper-longue à suivre. Moi je pense que chaque année, on peut faire des mises à jour » [P2]

« Des fois l'OIIQ fait payer ces formations, des fois ça coute trop cher aussi » [P1]

En résumé, l'expérience du décès des patients vécue par les infirmières pendant la pandémie a été exceptionnelle. Au cours de cette expérience, les infirmières ont éprouvé une gamme de sentiments allant de la tristesse, de l'anxiété et de l'impuissance à la dépression. Ainsi, les patients ne sont pas les seuls à avoir besoin de soutien, les infirmières ont également besoin d'être accompagnées, car leurs conditions de travail peuvent parfois être inhabituelles et donc très lourdes et stressantes, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique. Notre étude a illustré que les infirmières ne se sentent pas suffisamment outillées pour faire face au décès des patients dans ces circonstances extrêmes et qu'elles souhaiteraient bénéficier de formations leur permettant de mieux s'occuper de leurs patients, mais aussi de formations axées sur le bien-être psychologique des soignants.

Chapitre 5 : Discussion

Nous commençons ce dernier chapitre par un résumé des principaux résultats obtenus dans le cadre de notre projet de recherche et par les liens qui peuvent être dégagés entre ces résultats et le cadre conceptuel de l'étude. Ensuite, une discussion sera menée sur nos résultats par rapport à la littérature théorique existante. Nous soulignerons par la suite les limites et les points forts de notre étude et nous terminerons par les recommandations de ce projet en matière de gestion, formation et recherche.

Les principaux résultats de l'étude

L'objectif de cette étude était de comprendre l'expérience d'infirmières face à la mort des patients dans les USI pendant la pandémie COVID-19 et de déterminer les besoins de formation de ces infirmières pour un soutien optimal de leur santé psychologique en lien avec la mort des patients. Les résultats obtenus montrent que l'expérience des infirmières était particulière et empreinte de diverses émotions telles que l'impuissance, la déception et la culpabilité. Plusieurs facteurs ont influencé cette expérience, dont le contexte COVID, qui a eu un impact non négligeable sur le contexte organisationnel dans lequel les infirmières ont travaillé, et même sur le contexte familial de ces soignantes. Le contexte personnel et professionnel a également influencé la manière dont les infirmières ont vécu leur expérience. Nos résultats ont fait ressortir aussi que les infirmières ne sont pas suffisamment formées pour accompagner des patients mourants, ni pour se protéger émotionnellement et psychologiquement en cas d'exposition fréquente à des scènes de mort traumatisantes. Des recommandations seront donc proposées pour améliorer la formation des infirmières dans ce domaine.

Retour sur le cadre conceptuel choisi

Le MHSI-UdeM est fondé sur les quatre concepts centraux de la discipline infirmière soit la Personne, la santé, l'environnement et le soin (Cara et al., 2015, 2016). Dans ce projet, l'étudiante chercheuse s'est intéressée à la santé psychologique de la Personne, qui, dans cette étude, fait référence aux infirmières travaillant aux soins intensifs et fréquemment exposées à la mort particulièrement durant la pandémie COVID-19.

Le modèle en question considère la Personne dans sa globalité. Il accorde donc de l'importance aux dimensions biophysiques, psychologiques, socioculturelles, développementales et spirituelles de la Personne, qui sont indissociables et interreliées (Cara et al., 2015, 2016). Basée sur ce modèle, notre étude a apporté une réflexion sur plusieurs de ces dimensions. En effet, les résultats font état non seulement de la fatigue physique et psychologique vécue par les infirmières, mais un thème en lien avec le contexte familial a également pu être inféré. Ce thème met en évidence l'interaction que l'infirmière avait avec son entourage et sa famille durant la période pandémique et donc l'impact des relations sociales sur son expérience. L'aspect spirituel a également été abordé dans nos résultats, que ce soit par l'accompagnement spirituel que les infirmières offraient à leurs patients ou par le recours par certaines infirmières à la prière comme moyen favorisant la sérénité et aidant à lutter contre le stress.

Selon le MHSI-UdeM, la Personne est continuellement en interrelation avec son environnement, qui a une influence déterminante sur sa santé (Cara et al., 2015, 2016). Cela rejoint exactement les résultats obtenus dans notre étude. En effet, la pandémie en général, l'environnement de travail, le contexte familial ainsi que le contexte personnel et professionnel sont autant de facteurs qui ont façonné l'expérience de l'infirmière face aux décès à répétition et ont influencé son état psychologique et émotionnel. En retour, l'infirmière épuisée physiquement et psychologiquement a prodigué des soins moins optimaux qu'à l'accoutumée, ce qui a potentiellement altéré la qualité des soins. Ainsi, notre étude confirme que l'environnement dans lequel évolue la Personne, ici l'infirmière, influence son expérience.

Si on prend en considération la vision de ce modèle à l'égard de la santé et du soin, il est nécessaire d'impliquer la Personne dans l'optimisation de son état de bien-être et il suffit de l'accompagner pour qu'elle atteigne un nouvel état d'harmonie (Cara et al., 2016). Partant de cette vision, l'étudiante chercheuse, en tant qu'infirmière formatrice intéressée par l'amélioration de la formation des soignants, a donné l'occasion aux infirmières participantes à l'étude d'exprimer leurs besoins de formation pour mieux gérer le décès de leurs patients à l'avenir. En effet, l'étudiante est convaincue que le développement de formations adaptées aux besoins des infirmières peut être considéré comme une forme de soutien qui permet à ces soignants d'exercer leur profession tout en prenant soin de leur santé psychologique. Après tout, les infirmières sont dotées d'un large éventail de compétences, de savoirs et d'expériences personnelles et professionnelles, de sorte que

pour les accompagner il suffit de les aider à mobiliser correctement leurs ressources et à exploiter pleinement leur potentiel (Cara et al., 2015, 2016). Pour cette raison, nous souhaitons, avec cette étude, comprendre les besoins des infirmières en matière de formation dans le domaine des soins de fin de vie, et ce en impliquant les infirmières concernées par ce sujet.

Étant donné que la conception théorique adoptée dans ce travail de recherche incite à prendre en considération l'expérience vécue par la Personne pour mieux l'accompagner, le point de départ de ce projet était une étude de l'expérience vécue par les infirmières face à la mort des patients durant la pandémie. Les résultats de cette étude ont démontré que l'expérience de travail en période de pandémie était loin d'être agréable et que de nombreuses infirmières ont pu penser à cesser d'exercer leur profession en raison des conditions de travail difficiles créées par la crise sanitaire, et pour lesquelles elles n'étaient pas préparées. Inspirée par le *caring* qui est la pierre angulaire du modèle humaniste (Cara et al., 2015, 2016), l'étudiante en tant qu'infirmière formatrice s'est engagée à étudier les besoins de formations des infirmières des USI afin de mettre en lumière les lacunes de la formation en soins infirmiers dans le domaine de la fin de vie, et ce dans le but de contribuer à la promotion de la santé psychologique de ces soignants.

Discussion des principaux résultats

Les résultats de notre étude révèlent que l'expérience des infirmières face à la mort des patients durant la pandémie a été exceptionnelle et soumise à un certain nombre de facteurs. À titre d'exemple, la détérioration rapide de l'état des patients atteints de COVID-19 et leur évolution soudaine vers la mort étaient surprenantes pour les infirmières. Cette transition brutale d'un état stable à une détérioration inattendue a d'ailleurs été une réelle source de confusion pour ces dernières. Ces résultats rejoignent ceux de Velarde-Garcia et al. (2016) qui indiquent que la mort surprise d'un patient qui avait des chances importantes de guérison est mal vécue par les infirmières. En effet, il est difficile de prédire le décès d'un patient qui n'a pas de maladie chronique et dont l'état de santé est relativement stable (Velarde-Garcia et al., 2016). Ainsi, les infirmières sont parfois incapables de se préparer psychologiquement à la mort de certains patients, raison pour laquelle les décès imprévus des patients sont très mal assimilés par les soignants (Velarde-Garcia et al., 2016).

Par ailleurs, selon Velarde-Garcia et al. (2016), les infirmières normalisent plus facilement la mort des patients âgés et la considèrent comme une étape évidente qui suit leur vieillissement.

Dès lors, pour ces auteurs, le décès d'une personne âgée est mieux accepté par les infirmières par rapport au décès d'un jeune patient, qui peut parfois être choquant (Velarde-Garcia et al., 2016). Cependant, selon nos participantes, l'âge du patient décédé ne semble pas être un facteur déterminant dans l'expérience des infirmières à l'égard de la mort. En effet, nos participantes soulignent que, quel que soit l'âge du patient, sa mort était marquante, compte tenu des conditions inhumaines dans lesquelles il est décédé, de l'absence de sa famille au moment de la mort et du lien affectif établi avec le patient pendant la période importante de son hospitalisation. Dans ce contexte, Lief et al. (2018) confirment effectivement que le décès des patients dans des mauvaises conditions de fin de vie, notamment en mourant seuls ou dans la douleur, peut multiplier jusqu'à trois fois la détresse émotionnelle ressentie par les infirmières lorsqu'elles sont confrontées au décès de leurs patients. Il a également été montré que les séjours prolongés à l'hôpital font partie des facteurs qui favorisent l'empathie et l'attachement émotionnel entre infirmière-patient, rendant plus complexe l'expérience de ces soignantes face au décès des patients dont elles s'occupent (Velarde-Garcia et al., 2016).

Dans notre étude, il a été constaté que la plupart des infirmières rencontraient des difficultés à accompagner leurs patients mourants pendant la pandémie. Ces difficultés étaient beaucoup plus importantes pour les infirmières novices que pour les infirmières expérimentées. Cela concorde avec les propos de Peters et al. (2013), qui indiquent que l'âge et l'expérience professionnelle d'une infirmière jouent un rôle important dans l'attitude qu'elle adopte face à la mort. En effet, plus l'infirmière est expérimentée, plus elle est en mesure de gérer les décès de ses patients (Peters et al., 2013). En revanche, ce sont surtout les jeunes infirmières de moins de 30 ans qui présentent les niveaux d'anxiété les plus élevés à l'égard de la mort (Peters et al., 2013). Dans la même veine, l'étude de Kisorio et Langley (2016) confirme également que vu leur expérience limitée, les novices sont plus susceptibles de développer une détresse psychologique si elles sont fréquemment exposées à la mort des patients. Plus encore, si elles ne sont pas en mesure d'exprimer adéquatement leurs sentiments négatifs vis-à-vis de la mort, elles risquent d'atteindre un état d'épuisement professionnel (Kisorio & Langley, 2016).

Pour poursuivre dans la même idée, nous rappelons que notre étude a mis en évidence la difficulté pour les infirmières à exprimer leurs sentiments négatifs sur leur milieu de travail. En effet, les infirmières ont le plus souvent essayé de se montrer fortes et de camoufler leurs sentiments

devant leurs collègues afin d'éviter toute forme de jugement et de critique. Les participantes à notre étude ont également rapporté que certaines de leurs collègues ont cessé d'exercer leur profession durant la pandémie. Ceci nous amène à penser que c'est probablement le manque de soutien et l'impossibilité d'exprimer correctement leurs émotions négatives qui ont poussé de nombreux soignants à changer de profession. En effet, Carmassi et al. (2020) confirment que les conséquences de la pandémie sur la santé psychologique pourraient avoir un impact à long terme, conduisant les infirmières à quitter leur emploi. Ces auteurs, à leur tour, ont également précisé que ce sont les infirmières les moins expérimentées qui seront probablement les plus touchées par ce problème (Carmassi et al., 2020).

Pour certains auteurs, l'exposition au décès des patients n'a pas forcément que des conséquences négatives sur les soignants. Par exemple, Pessin et ses collaborateurs (2015), dans leur revue des écrits, ont indiqué que le fait d'être confronté à la mort dans sa profession peut aider à renforcer la spiritualité au quotidien et amener les soignants à développer des stratégies et des compétences d'adaptation. Mak et al. (2013) ont eux aussi mis en lumière le côté positif de l'exposition répétée à la mort, qui peut donner à l'infirmière l'occasion de mieux réfléchir au sens de la mort et donc de mieux comprendre les besoins des mourants. Toujours selon Mak et al. (2013), les infirmières qui sont exposées à la mort de manière répétée peuvent non seulement mieux accompagner leurs patients mourants, mais aussi commencer elles-mêmes à valoriser et à profiter davantage de la bénédiction de la vie. Toutefois, ici, les participantes n'ont évoqué que le côté sombre de leur expérience. Cela est probablement dû au fait que les décès sont survenus dans un contexte pandémique totalement différent de celui des autres études mentionnées ci-dessus.

Notre étude a plutôt mis en évidence le bouleversement émotionnel que les infirmières ont vécu en accompagnant leurs patients mourants avec la COVID-19. D'ailleurs, des sentiments tels que la tristesse, l'impuissance, la déception et le découragement sont apparus dans nos résultats. Les participantes ont également indiqué qu'elles ont été tellement choquées par les scènes de mort traumatisantes et submergées par des sentiments de culpabilité ainsi que de dépression qu'elles ont commencé à ressentir des douleurs thoraciques et à avoir des crises d'angoisse. Des réactions similaires à celles de nos participantes ont été aussi décrites par Anderson et al. (2015) qui indiquent que face au décès des patients, les infirmières peuvent vivre des sentiments d'impuissance et de confusion qui les amènent à éviter des situations semblables de décès. L'exposition à la mort des

patients peut même aussi causer des problèmes d'insomnie pour les soignants (Anderson et al., 2015).

L'expérience vécue par les infirmières face à la mort durant la pandémie a été stressante. En effet, sous l'impact de la pandémie de COVID-19, 70% des soignants ont vu leur santé mentale se détériorer (Mann et al., 2022). Plus précisément, c'est l'accumulation des sentiments négatifs ressentis lors de la crise sanitaire qui est responsable de cet impact négatif sur la santé psychologique du personnel soignant (Genest et al., 2022). On peut d'ailleurs affirmer que l'anxiété, la dépression, le sentiment d'impuissance, sans oublier la consommation médiatique liée à la couverture de la pandémie, ont contribué au déclenchement de pensées suicidaires chez les soignants (Genest et al., 2022). D'ailleurs, 18% des travailleurs de la santé de la province de Québec (Canada) avaient des pensées suicidaires après la première vague de COVID-19 (Genest et al., 2022). Cela rejoint les propos d'une de nos participantes au sujet de ses collègues qui ont eu des pensées suicidaires et qui ont cessé de travailler en raison de leur santé psychologique affaiblie. Il en va de même pour la consommation de médias, la participante qui a mentionné avoir choisi de ne plus suivre les nouvelles médiatiques sur la pandémie semble avoir pris une bonne décision pour protéger sa santé psychologique, puisque selon Genest et al. (2022), la consommation de médias portant sur la pandémie paraît augmenter le risque de pensées suicidaires chez les soignants.

Il faut rappeler que le bouleversement émotionnel vécu par les participantes face au décès de leurs patients a été accentué par l'existence de plusieurs facteurs de stress rattachés au contexte de COVID-19, le contexte organisationnel, personnel et professionnel, ainsi que le contexte familial, qui sont ressortis dans les résultats de cette étude.

Les participantes ont par exemple exprimé leur déception face au manque d'EPI et de masques N95 car elles devaient parfois garder le même masque tout au long de leur journée de travail. Or, étant donné la forte contagiosité de la COVID-19, le manque d'EPI pendant la pandémie a non seulement mis en danger la santé des infirmières, mais a également été une source de stress supplémentaire pour elles (Gebreheat & Teame, 2021). Le fait de travailler avec un risque constant de défaillance des EPI et d'être obligé de les conserver le plus longtemps possible a mis les infirmières à rude épreuve, car elles craignaient d'être infectées par le virus et de transmettre ensuite la maladie à leur famille ou à d'autres patients (Gebreheat & Teame, 2021). Selon une enquête nationale menée aux États-Unis sur les préoccupations des infirmières pendant la première

phase de la pandémie, le manque d'EPI a été la principale préoccupation de 75 % des infirmières, tandis que 64 % des participants à cette enquête se sont inquiétés de la sécurité de leur famille et de leurs amis (Arnetz et al., 2020). Ainsi, résoudre le problème du manque d'EPI dans les établissements de soins de santé et assurer un environnement de travail sécuritaire pour le personnel infirmier est donc primordial (Brockopp et al., 2021).

Toujours en lien avec le contexte organisationnel, et comme mentionné par les participantes à l'étude, au cours de la pandémie, la manière dont les soins sont dispensés a changé (Brockopp et al., 2021). Par exemple, en raison de l'absence d'EPI, un seul soignant devait parfois entrer dans la chambre du patient (Brockopp et al., 2021). En plus, au lieu de gérer les visites des familles, les infirmières ont commencé à aider les patients à rejoindre leur famille en ligne (Brockopp et al., 2021). Nos participantes ont également mentionné dans ce contexte que les infirmières durant la pandémie ont dû appliquer de nombreux protocoles et procédures inhabituels, et qu'il y avait chaque jour de nouvelles instructions concernant la désinfection du matériel et les produits à utiliser. Tout ça pour dire qu'avec la pandémie, le rôle de l'infirmière a changé par rapport à ce qu'elle avait l'habitude de faire, et s'adapter à tous ces changements n'a pas été facile (Brockopp et al., 2021). En effet, même si les infirmières des soins intensifs semblent généralement habituées aux changements organisationnels, elles ont trouvé les exigences du port des EPI pendant la pandémie très stressantes (Brockopp et al., 2021). Mettre et enlever correctement la combinaison de protection à chaque fois qu'elles entraient dans la chambre d'un patient, pour éviter d'être contaminées par le virus, n'était pas une tâche simple (Brockopp et al., 2021). Dès lors, selon Brockopp et al. (2021), il est important de fournir un soutien institutionnel adéquat aux infirmières afin de dissiper leur confusion face aux changements de directives. Dans ce sens, il convient de noter que le soutien que nos participantes ont reçu de la part de la direction et des gestionnaires a été très apprécié. Les rencontres virtuelles périodiques avec l'ensemble de l'équipe de travail ont permis de rassurer les infirmières et de les informer des changements apportés aux nouvelles procédures et aux nouveaux protocoles. Grâce à ces réunions les infirmières ont pu obtenir des réponses à leurs préoccupations et se tenir au courant de l'évolution de la situation pandémique. Ainsi, ce type de réunion avec l'équipe soignante est vivement recommandé.

Selon les participantes, l'un des changements les plus flagrants provoqués par la pandémie, est que les patients sont décédés seuls. En effet, les restrictions des visites familiales imposées par

cette pandémie ont eu pour conséquence que de nombreux patients sont décédés aux soins intensifs sans être accompagnés de leur famille (Gebreheat & Teame, 2021). Les infirmières ont alors été chargées de cette tâche à la place des proches des patients (Gebreheat & Teame, 2021). Selon Brockopp et al. (2021), les infirmières des USI ont été émotionnellement accablées par le fait que les patients gravement malades ne pouvaient pas voir leur famille et devaient interagir avec leurs proches à distance. Ainsi, face à cette situation, certaines infirmières ont exprimé des sentiments comme la tristesse, la colère et l'anxiété, tandis que d'autres ont eu l'impression de violer la vie privée des familles et des patients puisqu'elles devaient tenir les iPads pendant que les patients faisaient leurs adieux à leur famille (Brockopp et al., 2021). À l'instar de nos résultats, Brockopp et al. (2021) soulignent que les infirmières ne pouvaient s'empêcher de pleurer régulièrement en raison des conditions difficiles dans lesquelles leurs patients sont décédés. Cependant, ces infirmières ont essayé de ne pas pleurer au travail, mais de pleurer comme nos participantes à la maison.

Parmi les principaux facteurs de stress qui ont fragilisé la santé psychologique des participantes à l'étude, outre les conditions dans lesquelles leurs patients sont décédés, figurent l'énorme charge de travail et le manque de personnel infirmier par rapport au nombre de patients qui nécessitaient des soins. Selon Gebreheat et Teame (2021), les admissions de patients en soins intensifs pendant la pandémie ont atteint un niveau record, ce qui a alourdi la charge de travail du personnel soignant. La pénurie préexistante de personnel infirmier dans les USI a été fortement exacerbée par la mise en quarantaine du personnel soignant au cours de la pandémie COVID-19 (Greenberg et al., 2021). En conséquence, le ratio habituel infirmière/patient de 1 : 1 en soins intensifs a été réduit à 1 : 6 dans certains cas (Greenberg et al., 2021). Ainsi, il était difficile de fournir des soins optimaux aux patients avec un nombre réduit de personnel infirmier (Brockopp et al., 2021 ; Greenberg et al., 2021). Le taux de mortalité élevé parmi les patients atteints du COVID-19 admis dans les USI, combiné aux difficultés de fournir un soutien adéquat aux patients en fin de vie, a constitué un facteur de stress spécifique pour l'ensemble du personnel travaillant dans ces unités (Greenberg et al., 2021). Cela justifie pourquoi certaines participantes à notre étude ont exprimé leur insatisfaction quant à la qualité des soins prodigués, et ont eu le sentiment qu'elles n'avaient pas effectué convenablement leurs tâches, ce qui les a fait culpabiliser.

Pour surmonter le stress lié à la charge de travail et l'exposition répétée au décès de leurs patients, nos participantes ont déclaré qu'elles avaient mobilisé les ressources limitées dont elles disposaient. Elles avaient donc recours à la prière, à l'écriture et parfois à des échanges informels avec des collègues ou des proches pour exprimer leurs émotions. Nos participantes ont toutefois critiqué le manque de soutien psychologique et de formations mises à leur disposition en temps de pandémie. Cela pourrait aller dans le sens des résultats observés dans l'étude de Zheng et al. (2018). En effet, selon ces auteurs, pour faire face efficacement au décès de leurs patients, les infirmières doivent mobiliser des ressources intrinsèques et extrinsèques. Ainsi, il ne suffit pas de s'appuyer sur leurs croyances, leur expérience personnelle et professionnelle ainsi que sur l'expression de leurs émotions pour que les infirmières parviennent à gérer convenablement le décès des patients (Zheng et al., 2018). En effet, la mobilisation d'autres ressources extrinsèques telles que les pratiques spirituelles, le débriefing entre collègues et la participation à des formations sont également nécessaires (Zheng et al., 2018). Or notre étude, tout comme plusieurs autres dans la littérature, a mis en évidence le manque de ressources et de programmes de formation à la disposition des infirmières qui les préparent à faire face de manière adéquate à la mort de leurs patients (Anderson et al., 2015 ; Cardoso et al., 2021 ; Cui et al., 2011 ; Kisorio & Langley, 2016 ; Lief et al., 2018 ; Mak et al., 2013 ; Zheng et al., 2018). Ainsi, nos participantes ont exprimé le besoin de deux types de formation dans ce domaine : des formations visant à améliorer la qualité des soins de fin de vie prodigués aux patients mourants et des formations visant à sensibiliser les soignants à la manière de se protéger psychologiquement face à la mort.

En ce qui concerne le premier type de formation, nos participantes ont mentionné qu'il serait pertinent de mettre davantage l'accent sur les soins de confort et la spiritualité dans la formation académique, et ce, afin de donner un aspect plus humain aux soins de fin de vie. Les participantes ont également recommandé le développement de formations continues sur les soins palliatifs, afin de permettre aux infirmières de se tenir à jour dans ce domaine. Cela renforce ce que certains auteurs ont déjà affirmé, notamment la complémentarité de la formation académique et de la formation continue qui, toutes deux, permettent aux infirmières d'acquérir des connaissances et de développer des compétences leur permettant de prodiguer des soins de fin de vie de qualité (Efstathiou & Walker, 2014 ; Peters et al., 2013). Il est cependant essentiel, selon Anderson et al. (2015), que ces formations n'abordent pas le thème de la mort uniquement sous l'angle médical, mais qu'elles clarifient aussi le rôle exact de l'infirmière vis-à-vis de son patient mourant et de sa

famille. Dans ce même contexte, Cui et ses collaborateurs (2011) précisent que parmi les thèmes fondamentaux qui doivent être abordés dans les formations académiques et continues en lien avec la fin de vie, on retrouve la signification de la mort, les soins nécessaires à offrir aux mourants, sans oublier les techniques qui permettent de préserver la santé psychologique des soignants face au décès.

D'après les participantes à notre étude, les formations à développer à l'avenir dans le domaine de la fin de vie doivent être holistiques et préparer les infirmières à fournir des services tant dans des conditions ordinaires qu'exceptionnelles. En effet, selon nos résultats, la pandémie, qui est une situation d'urgence, a remarquablement modifié la charge de travail et la fréquence d'exposition aux patients mourants, et par conséquent a eu un impact sur la pratique professionnelle des soignants et la qualité des soins prodigués aux patients. À ce titre, Cui et al. (2011) soulignent l'importance de prendre en compte les besoins des infirmières lors de la conception des programmes de formation et de les adapter aux défis auxquels les infirmières sont confrontées dans leur vie professionnelle.

En prenant soin de leurs patients mourants, l'une des principales préoccupations de nos participantes concernait les limites émotionnelles saines qui doivent exister entre le soignant et le patient. D'ailleurs, les participantes ont déclaré qu'elles auraient aimé être formées à la manière de traiter leurs patients avec humanité et empathie, mais sans s'impliquer au point de ressentir la douleur et la tristesse éprouvées par les patients eux-mêmes. Dans ce contexte, Mann et al. (2022) expliquent que lorsque les limites émotionnelles de l'infirmière avec son patient ne sont pas très claires et que cette dernière n'a pas reçu de soutien adéquat à cet égard, cela peut entraîner le problème de la fatigue de compassion, dont la prévalence chez les infirmières varie entre 28,57 et 44,8%. Ce phénomène se définit par une profonde fatigue mentale, physique et émotionnelle provoquée par les soins prodigués aux patients en souffrance (Mann et al., 2022). Les infirmières sont les plus exposées au risque de cette fatigue de compassion, compte tenu de la nature empathique de leur profession, qui est considérée comme un terrain fertile pour le développement de cet état psychologique (Mann et al., 2022). Ainsi, Mann et al. (2022) recommandent que les infirmières expérimentées et novices soient davantage sensibilisées au problème de la fatigue de compassion et ce, par le biais d'ateliers de formation qui devraient être proposés sur le lieu de travail.

Toujours dans le cadre des besoins en matière de formation d'infirmières, nos participantes ont évoqué la nécessité d'être formées aux techniques permettant de préserver leur bien-être psychologique face à des situations stressantes liées à leur lieu de travail. Ceci va dans le sens des recommandations de Mann et al. (2022), qui préconisent d'offrir aux infirmières des possibilités de formation sur la gestion du stress et les enjeux en lien avec la pratique infirmière. C'est ainsi que ces auteurs encouragent fortement les infirmières à participer à des formations et des séminaires ciblant le maintien de la santé mentale des soignants (Mann et al., 2022). De plus, pour favoriser le bien-être des infirmières, il est également important, selon Mann et al. (2022), de leur faire connaître les services et les ressources de soutien en santé mentale qui sont déjà à leur disposition. Les mêmes auteurs suggèrent un certain nombre d'activités pour les infirmières, comme le sport et le yoga, qui peuvent réduire le stress lié au travail et favoriser l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée des soignants (Mann et al., 2022). La respiration profonde et la méditation sont également recommandées comme des activités de pleine conscience et de bonnes techniques qui aident la personne à vivre dans l'instant présent (Mann et al., 2022).

En somme, notre projet de recherche a décrit l'expérience de certaines infirmières qui ont été confrontées au décès de leurs patients au cours de la pandémie COVID-19. Les résultats de notre étude ont montré que les infirmières avaient besoin de soutien psychologique lors de la crise sanitaire en question, mais il semble que ce soutien ne leur ait pas été offert en temps opportun. Cela renforce encore ce que Mann et al. (2022) ont déjà évoqué à propos de la santé psychologique des soignants, qui est généralement négligée, voire ignorée, en milieu de travail. Nos résultats ont également mis en évidence certaines lacunes dans la formation des infirmières dans le domaine de la fin de vie. Ainsi, notre étude s'ajoute à la liste des nombreuses autres qui souhaitent que des stratégies et des formations soient mises en place pour protéger les soignants des séquelles de la pandémie (El-Hage et al., 2020 ; Galehdar et al., 2020 ; Rosa et al., 2020).

Dans la section suivante, nous présentons les points forts et les limites de cette recherche.

Les limites et les forces de la recherche

Les limites de l'étude :

Le recrutement de participants pour ce projet de recherche a été la principale difficulté rencontrée dans la réalisation de cette étude. Outre le fait que l'étudiante est internationale et ne

dispose donc pas d'un réseau de contacts très solide à Montréal, d'autres facteurs se sont ajoutés pour compliquer le recrutement des participants à ce projet.

D'abord, l'énorme charge de travail des infirmières peut avoir diminué leur disponibilité. En toute logique, on ne s'attend pas à ce qu'un soignant aussi débordé, qui fait des heures de travail supplémentaires et s'efforce de concilier sa vie professionnelle, ses études et sa vie personnelle ait le temps de participer à la recherche.

De plus, puisqu'à un moment donné, la pandémie était le seul sujet de discussion, et ce partout : à l'hôpital, sur les réseaux sociaux et dans les conversations de tous les jours, certaines infirmières étaient tellement saturées par le sujet qu'elles n'avaient plus envie d'en parler. Cela pourrait expliquer entre autres pourquoi nous n'avons pas pu avoir plus de trois participantes à notre projet, même si l'étudiante a fait durer la période de recrutement pendant dix mois, de mars 2022 à décembre 2022.

Avec les délais associés à la réalisation de la maîtrise, nous avons été obligés de réduire le nombre de participants prévu au départ entre cinq et huit, pour finalement arrêter le recrutement avec trois seulement. Pour pallier ce manque de participants, nous avons demandé à notre troisième participante de nous faire part non seulement de son expérience, mais aussi de ce qu'elle avait entendu à propos de l'expérience d'autres infirmières travaillant sur le terrain. Même si le nombre de participants était modeste, il est important de mentionner que les participantes étaient variées, une infirmière débutante ayant décrit son expérience du point de vue d'une infirmière novice, et une autre plus expérimentée ayant apporté un éclairage sur l'expérience des infirmières chevronnées. Cette diversité a ajouté de la richesse aux données collectées. Les entrevues ont également duré plus d'une heure, ce qui a permis aux participantes d'avoir suffisamment de temps pour discuter de nombreux détails liés au sujet.

Par mesure de précaution et pour limiter le risque de transmission du virus, les entretiens avec les participantes ont été réalisés en ligne (sur Zoom). Cela a permis de réaliser l'entretien avec l'une de nos participantes même si elle était dans sa période de confinement après avoir été testée positive au COVID-19. Bien que l'idée de mener les entretiens virtuellement ait été la meilleure solution pour que ce projet puisse voir le jour, tout en assurant la sécurité des participantes ainsi que celle de l'étudiante, cette méthode a plus ou moins réduit le contact humain qui aurait été plus

propice à la relation chercheur-participant. Cependant, il faut préciser que toutes les participantes ont accepté de garder leur caméra ouverte pendant l'enregistrement de l'entretien, ce qui a permis à l'étudiante de prêter attention aux réactions non verbales des participantes, de mieux comprendre leurs moments de silence et de remarquer leurs réactions lorsqu'elles parlaient de leurs patients mourants (pleurs, yeux remplis de larmes, gêne, tristesse).

Bien que l'idée de mener cette étude ait surgi au cours des premières vagues de la pandémie, les entrevues concrètes n'ont eu lieu que deux ans plus tard. Il est possible que si l'étude avait été réalisée au plus fort de la pandémie, elle aurait pu mieux soutenir les infirmières alors qu'elles vivaient cette situation d'urgence. Cependant, ce retard peut également être positif, dans la mesure où l'étude nous a permis de comprendre l'expérience complète des infirmières, et où les participantes ont pu nous faire part de tous les défis auxquels elles ont été confrontées. L'étude décrit ainsi un certain nombre d'éléments à prendre en considération pour éviter que la même situation difficile ne se reproduise à l'avenir en cas de pandémie.

Les forces de l'étude :

À notre connaissance, la littérature existante contient soit des études traitant l'expérience des infirmières concernant la mort de leurs patients dans des conditions habituelles, puisque ces études ont été développées avant le déclenchement de la pandémie de COVID-19. Soit des études récentes qui se sont concentrées sur l'impact général de la pandémie sur la santé mentale des soignants, et non spécifiquement sur l'exposition des infirmières à la mort. En effet, selon la recension des écrits réalisée, dans la plupart des études, la question de décès des patients n'a été que vaguement abordée, et citée juste comme un facteur parmi plusieurs autres qui ont pesé lourdement sur la psychologie des soignants durant la crise sanitaire. Il n'était donc pas suffisamment clair ce que les infirmières avaient vécu exactement en étant exposées de manière répétée à la mort dans le contexte chaotique d'une pandémie, devant une maladie nouvelle et inconnue. Ainsi, la valeur ajoutée de ce projet de recherche réside dans le fait que nous avons pu expliquer grâce à cette étude comment l'exposition à la mort dans un contexte nouveau - une crise sanitaire - peut modifier toute l'expérience que les infirmières ont eue avec la mort, alors qu'elles sont généralement habituées à y être confrontées dans leur vie professionnelle. D'ailleurs, on a repéré un bouleversement émotionnel et des besoins de formation générés par la nouvelle situation de travail des infirmières.

Au-delà de la description de leur expérience, notre projet de recherche s'est également penché sur les besoins de formation des infirmières dans le domaine des soins de fin de vie et de l'accompagnement des patients mourants. Cela nous a permis de repérer un certain nombre de lacunes dans la formation infirmière dans ce domaine. Le fait de cerner ces lacunes peut contribuer à l'optimisation de la formation infirmières et à développer de meilleures formations à l'avenir, permettant ainsi à ces soignants de mieux exercer leur profession tant dans des conditions ordinaires que dans des conditions d'urgence. En effet, l'idée de ce projet est venue du fait que nous avons voulu tirer le plus grand profit de ce que les infirmières avaient vécu pendant la pandémie, afin de pouvoir transformer les difficultés qu'elles avaient rencontrées pendant cette période en points forts pour l'avenir, au cas où la même situation pandémique se reproduisait de nouveau.

Toutes les propositions que nous avons suggérées pour améliorer la formation infirmière dans le domaine de fin de vie découlent des réflexions de nos participantes, qui ont une bonne connaissance du domaine et des difficultés les plus couramment rencontrées dans la pratique infirmière. Il s'agit donc de besoins réels, issus de la réalité pandémique et de la pratique quotidienne. Nous supposons donc que ces propositions peuvent contribuer à l'amélioration de la formation des infirmières dans le domaine de la fin de vie, si elles sont prises en considération.

Les recommandations de ce projet de recherche pour les principaux domaines de la pratique infirmière

Recommandation pour la gestion :

Cette étude a mis en évidence les principaux éléments qui ont compliqué l'expérience des infirmières au cours de la pandémie. Par exemple, le manque d'équipements de protection individuelle a été mentionné comme un problème qui a augmenté le risque d'exposition des infirmières au virus, ce qui les a soumises à un stress considérable. Les heures de travail supplémentaires ont également été mentionnées comme un facteur d'épuisement physique et psychologique pour les infirmières, et comme un lourd fardeau qui a affecté leur vie personnelle. De plus, le fait de devoir prendre en charge un nouveau patient directement à la suite de l'accompagnement d'un mourant n'a pas été facile à vivre pour ces soignantes. Sans oublier, bien sûr, le manque de soutien dont se plaignaient les infirmières. Or, le fait d'assurer un environnement

de travail sécuritaire et un ratio infirmiers-patients adéquat est primordial pour le maintien d'une bonne santé psychologique chez les infirmières (Mann et al., 2022). Ainsi, les gestionnaires sont appelées à augmenter le ratio infirmières-patients afin que les infirmières ne soient pas obligées de faire des heures supplémentaires. Nous suggérons aussi de permettre aux infirmières de bénéficier de moments de pause après le décès de leurs patients. Ces pauses peuvent aider les infirmières à surmonter la déception de la mort d'un patient avant d'en prendre un autre en charge. L'objectif est de prévenir la détresse psychologique en faisant de l'environnement de travail un lieu de bien-être, avec des horaires de travail flexibles et des espaces de repos pour les soignants (Genest et al., 2022). Nous recommandons également de développer des programmes de soutien par les pairs et d'offrir aux infirmières des espaces où elles peuvent partager avec leurs collègues leurs émotions négatives pour normaliser ce qu'elles ressentent. En effet, selon Genest et al. (2022) le recours à des collègues bienveillants et formés est l'une des stratégies qui peut s'avérer utile pour soutenir les travailleurs en détresse psychologique. Les participantes à l'étude ont exprimé leur satisfaction quant aux informations transmises aux équipes par les gestionnaires lors des réunions organisées en ligne. Ainsi, il serait opportun de renforcer ce type d'initiative à l'avenir. Il serait aussi souhaitable de mettre les infirmières au courant des ressources qui sont déjà à leur disposition, afin qu'elles puissent en profiter. Enfin, pour renforcer encore la sécurité dans le milieu de travail, les gestionnaires sont appelés à veiller à ce qu'un nombre suffisant d'équipements de protection individuelle soit disponible pour l'ensemble de l'équipe.

Recommandation pour la formation :

Une partie de cette étude s'est concentrée sur les besoins de formation des infirmières qui ont exercé dans les USI pendant la pandémie de COVID-19. Nous pouvons donc considérer cette étude comme un premier pas vers l'amélioration de la formation infirmière dans ce domaine, si elle est prise en considération. En effet, cette étude peut attirer l'attention des infirmières formatrices sur la nécessité de mettre à jour les formations existantes et de les adapter pour mieux répondre aux préoccupations actuelles des infirmières. Ce projet peut aussi inciter les infirmières formatrices à axer leurs futures formations sur la santé psychologique des soignants et à préparer les infirmières à mieux gérer le stress, en particulier face à la mort de leurs patients. Lors de l'élaboration de ces formations, il est important de garder à l'esprit que la formation doit préparer les infirmières à exercer leur profession dans différents contextes, qu'ils soient habituels ou exceptionnels. Enfin, nous recommandons d'impliquer les infirmières concernées dans le développement de nouvelles

formations, car ce sont elles qui connaissent le mieux les défis auxquels elles sont confrontées. Par exemple, comme l'ont mentionné les participantes à cette étude, la barrière émotionnelle qui devrait exister entre le soignant et le patient était mal définie pour certaines infirmières. Il serait donc utile d'insister sur cette notion dans les futures formations.

Recommandation pour la recherche :

Les résultats de notre étude ont montré qu'avec la pandémie et l'évolution des conditions de travail, de nouveaux besoins de formation en soins infirmiers ont pu émerger. Des lacunes dans la formation des infirmières dans le domaine de la fin de vie ont également pu être mises en évidence. Il serait donc pertinent que de futures recherches soient menées à grande échelle afin d'identifier en profondeur les lacunes dans la formation académique initiale des infirmières ainsi que celle de la formation continue en milieu clinique. Il est également suggéré que les recherches futures se concentrent sur l'évaluation de l'efficacité des formations actuellement proposées aux infirmières, afin de s'assurer que ces formations demeurent à jour et adaptées aux besoins et aux conditions de travail des soignants. Des recherches plus approfondies sur ce sujet peuvent constituer une base de données fondamentale sur laquelle il est possible de concevoir des formations complètes et holistiques aidant les infirmières à fournir des soins de qualité aux patients mourants sans mettre en péril leur santé psychologique.

Les difficultés rencontrées dans le recrutement des participants à ce projet de recherche ont ouvert la porte à une nouvelle problématique qui peut être intéressante à étudier. En effet, à la fin de ce projet de recherche, nous nous interrogeons toujours sur les causes qui amènent les infirmières à manquer à l'appel lorsqu'il s'agit de participer à un projet de recherche portant sur la pandémie, ou à ne pas se présenter aux rencontres proposées par l'hôpital avec des psychologues ou des travailleurs sociaux qui ont abordé eux aussi le sujet de la crise sanitaire. Et cela malgré le fait que les infirmières ont exprimé à plusieurs reprises leur besoin d'être écoutées et soutenues. Même si on a avancé des hypothèses pour répondre à cette question, la réponse exacte reste énigmatique. Nous ne savons pas si l'évitement de participation à des événements reliés de la pandémie peut s'expliquer simplement par la lourdeur de la charge de travail et le manque du temps, ou par le fait que le soutien des psychologues et des travailleurs sociaux est arrivé un peu tard et pas au plus fort de la pandémie, ou s'il est lié à d'autres causes que nous ignorons. Nous

proposons donc que des recherches soient menées pour aborder cette question et comprendre les causes de ce comportement.

Conclusion

Cette étude a révélé que, même si les infirmières étaient habituées à faire face à la mort dans le cadre de leur pratique quotidienne, le fait de vivre cette expérience dans un nouveau contexte - celui d'une crise sanitaire - a rendu cette expérience plus difficile voire traumatisante, en particulier pour les infirmières novices. Cela s'explique entre autres par les nouvelles conditions de travail imposées par la pandémie et par les conditions inhumaines dans lesquelles les patients sont décédés. Les infirmières, par exemple, étaient profondément troublées de voir des patients mourir sans être accompagnés, compte tenu de l'interdiction des visites familiales. Ainsi, pour ne pas laisser les patients mourir seuls, en l'absence de leurs proches, les infirmières ont dû passer plus de temps avec leurs patients, ce qui les a rapprochées d'eux. En conséquence, la mort des patients est devenue une situation plus chargée d'émotion et plus délicate à gérer pour les infirmières. De plus, pendant la pandémie, les infirmières se sont davantage impliquées dans les soins à apporter aux patients mourants et ont prodigué des soins spirituels auxquels elles n'étaient pas habituées, ce qui a été une source de confusion pour certaines d'entre elles. Ainsi, il semble important que les futures formations dans le domaine de la fin de vie accordent une plus grande attention à la santé psychologique des infirmières et les préparent à gérer de manière appropriée le décès de leurs patients, que ce soit dans des conditions de travail ordinaires ou dans des situations d'urgence.

Références bibliographiques

- Alharbi, J., Jackson, D., & Usher, K. (2020). The potential for COVID-19 to contribute to compassion fatigue in critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing, 29*, 2762–2764. doi: 10.1111/jocn.15314
- Anderson, N. E., Kent, B., & Owens, R. G. (2015). Experiencing patient death in clinical practice: Nurses' recollections of their earliest memorable patient death. *International Journal of Nursing Studies, 52*(3),695–704. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.12.005
- Arnetz, J.E., Goetz, C.M., Arnetz, B.B., & Arble, E. (2020). Nurse Reports of Stressful Situations during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Analysis of Survey Responses. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*, 1-12. doi.org/10.3390/ijerph17218126
- Betrian, F., & Kongsuwan, W. (2020). Grief reactions and coping strategies of Muslim nurses dealing with death. *Nursing in Critical Care, 25*, 277-283. doi : 10.1111/nicc.12481
- Betrian, F., & Kongsuwan, W. (2019). Lived experiences of grief of Muslim nurses caring for patients who died in an intensive care unit : A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing, 52*, 9-16. doi.org/10.1016/j.iccn.2018.09.003
- Brockopp, D., Monroe, M., Davies, C.C., Cawood, M., & Cantrell, D. (2021). COVID-19, The Lived Experience of Critical Care Nurses. *The Journal of Nursing Administration, 51*, 374-378. DOI : 10.1097/NNA.0000000000001032
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., ... Mathieu, C. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en Soins Infirmiers, 125*, 20-31. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-2-page-20.htm>
- Cara, C., Roy, M., Thibault, L., Alderson, M., Beauchamp, J., Casimir, M., ... Robinette, L. (2015). Modèle humaniste des soins infirmiers- UdeM. Faculté des sciences infirmières de

l'Université de Montréal ; https://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/Synopsis-Modele_humaniste.pdf

Cardoso, M.F.P.T., Martins, M.M.F.P.D.S., Trindade, L.L., Ribeiro, O.M.P.L., Fonseca, E.F. (2021). The COVID-19 pandemic and nurses' attitudes toward death. *Revue. Latino-AM. Enfermagem*, 29, 1-11. doi : 10.1590/1518.8345.4769.3448.

Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C.A., Bui, E., Dell'Osso, L. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 292, 1-10. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113312

Colorafi, K.J., & Evans, B. (2016). Qualitative Descriptive Methods in Health Science Research. *Health Environments Research & Design Journal*, 9(4). 16-25. doi.org/10.1177/1937586715614171

Croxon, L., Deravin, L., & Anderson, J. (2018). Dealing with end of life—New graduated nurse experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 337–344. doi.org/10.1111/jocn.13907

Cui, J., Shen, F., Ma, X., & Zhao, J. (2011) What do nurses want to learn from death education? A survey of their needs. *Oncology Nursing Forum*, 38, E402–E408. doi : 10.1188/11.ONF.E402-E408

Efstathiou, N., & Walker, W. (2014). Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3188–3196. doi: 10.1111/jocn.12565

El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, 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'Encéphale*, 46, s73-s80. doi: 10.1016/j.encep.2020.04.008

Énoncé de politique des trois conseils [EPTC2]. (2018). Éthique de la recherche avec des êtres humains. Repéré à <https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2018-fr-interactive-final.pdf>

- Franza, F., Basta, R., Pellegrino, F., Solomita, B., & Fasano, V. (2020) The Role of fatigue of compassion, burnout and hopelessness in healthcare: Experience in the time of COVID19 outbreak. *Psychiatria Danubina*, 32(2) S10-S14. Repéré à https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_noSuppl%201/dnb_vol32_noSuppl%201_10.pdf
- Galehdar, N., Karmen, A., Toulabi, T., & Heydari, H. (2020). Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 20, 2-9. doi.org/10.1186/s12888-020-02898-1
- Gebreheat, G. & Teame, H. (2021). Ethical Challenges of Nurses in COVID-19 Pandemic: Integrative Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 1029-1035. doi: 10.2147/JMDH.S308758
- Genest, C., Bergeron, N., Provost-Tremblay, É., Dufour, M.-M., Guay, S. & Geoffrion, S. (2022). Suicidal Ideation of Healthcare Workers During COVID-19: An Ecological Momentary Assessment. *Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé*, 5(2), 89–100. <https://doi.org/10.7202/1095201ar>
- Gorini, A., Fiabane, E., Sommaruga, M., Barbieri, S., Sottotetti, F., La Rovere, M.T., ... Gabanelli, P. (2020). Mental health and risk perception among Italian healthcare workers during the second month of the COVID-19 pandemic. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34, 537-544. doi.org/10.1016/j.apnu.2020.10.007
- Gouvernement du Québec. (2023). Données sur la COVID-19 au Québec. Repéré à : https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/situation-coronavirus-quebec?fbclid=IwAR26bL387GDVZfb_8pjp_fPWdcYFBbJBNsMPZfCxBxlKjqH6MhLUwQlQYQ#note-1
- Grasselli, G., Greco, M., Zanella, A., Albano, G., Antonelli, M., Bellani, G., ... Cecconi, M. (2020). Risk factors associated with mortality among patients with COVID-19 in intensive care units in Lombardy, Italy. *Journal of the American Medical Internal Medicine*, 180, 1345-1355. Doi : 10.1001/jamainternmed.2020.3539

- Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V., & Fong, K. (2021). Mental health of staff working in intensive care during Covid-19. *Occupational Medicine*, 71, 62-67. doi.org/10.1093/occmed/kqaa220
- Hermanowicz, J.C. (2002). The Great Interview : 25 Strategies for Studying People in Bed. *Qualitative Sociology*, 25(4). 479-499. doi : 10.1023 / A: 1021062932081
- Hinderer, K. (2012). Reactions to patient death the lived experience of critical care nurses. *Critical Care Nurses' Reactions to Patient Death*, 31, 252-259. doi : 10.1097 /DCC.0b013e318256e0f1
- Hunter, D., McCallum, J., & Howes, D. (2019). Defining Exploratory-Descriptive Qualitative (EDQ) research and considering its application to healthcare. *Journal of Nursing and Health Care*, 4(1). 1-8. http://eprints.gla.ac.uk/180272/
- Huilin, Z., Muli, H., Liyun, Z., & Mingdan, M. (2020). Impact of death education courses on emergency nurses' perception of effective behavioral responses in dealing with sudden death in China : A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 85, 1-5. doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104264
- Karabag Aydin, A., Fidan, H. (2021). The effect of nurses' death anxiety on life satisfaction during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Journal of Religion and Health*, 208, 1-16. doi.org/10.1007/s10943-021-01357-9
- Karanikola, M., Giannakopoulou, M., Mpouzika, M., Kaite, C.P., Tsiaousis, G.Z., & Papatthanassoglou, E.D. (2015). Dysfunctional psychological responses among Intensive Care Unit nurses : asystematic review of the literature. *Revista da Escola de Enfermagem*, 49, 847-857. doi.org/10.1590/S0080-623420150000500020
- Kent, B., Anderson, N.E., & Owens, R.G. (2012). Nurses' early experiences with patient death: The results of an on-linesurvey of Registered nurses in New Zealand. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 1255-1265. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.04.005

- Kim, H., Sefcik, J.S., & Bradway, C. (2017). Characteristics of qualitative descriptive studies : A systematic review. *Research in nursing & health*, 40(1), 23-42. <https://doi.org/10.1002/nur.21768>
- Kisorio, L.C., & Langley, G.C. (2016). Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33, 30-38. doi.org/10.1016/j.iccn.2015.11.002
- Laporte, P., et Vonarx, N. (2015). Les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux. *Revue internationale de soins palliatifs*, 30, 149-156. doi : 10.3917/inka.154.0149
- Lapostolle, F., Goix, L., Vianu, I., Chanzy, E., De Stefano, C., Gorlicki, J. ... Adnet, F. (2020). COVID-19 epidemic in the Seine-Saint-Denis Department of Greater Paris: one month and three waves for a tsunami. *European Journal of Emergency Medicine*, 27, 274-278. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000723
- Lief, L., Berlin, D.A., Maciejewski, R. C., Westman, L., Su, A., Cooper, Z.R., ... Prigerson, H. G. (2018). Dying patient and family contributions to nurse distress in the ICU. *AnnalsATS*, 15, 1459-1463. doi.org/10.1513/AnnalsATS.201804-284OC
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Enquête naturaliste*. New York, NY : Sage. Repéré à https://books.google.tn/books?hl=en&lr=&id=2oA9aWlNeooC&oi=fnd&pg=PA7&ots=0umtV9Ufuq&sig=ftjHtmxCLYvv3N-gyT6NAbMTWnk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J., Polit, D., et Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives* (C.G. Loiselle, trad.). Montréal, Québec : ERPI. (Travail original publié en 2007).
- Machado, D.A., Figueiredo, N.M.A., Velasques, L.S., Bento, C.A.M., Machado, W.C.A., & Vianna, L.A.M. (2018). Cognitive changes in nurses working in intensive care units. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 73 – 79. doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0513

- Mak, Y.W., Chiang, V.C., Chui, W.T. (2013). Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 19, 423–431. doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.9.423
- Mann, P., Rieger, K.L., & Astle, B. (2022). Atténuer l’usure de compassion chez le personnel infirmier durant et après la pandémie de COVID 19. *Infirmière Canadienne*, 1-15. Repéré à : <https://www.infirmiere-canadienne.com/blogs/ic-contenu/2022/09/26/attenuer-lusure-de-compassion-COVID-19?fbclid=IwAR3mgKdmcd70F1RzsNYPCzweELXLgEfIKztU90Qzb-vAS-jecooxFDQo74Q>
- Marshall, J.C., Bosco, L., Adhikari, N.K., Connolly, B., Diaz, J.V., Dorman, T. ... & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit ? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270-276. doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015
- Mason, V., Leslie, G., Clark, K., Lyons, P., Walke, E., Butler, C., & Griffin, M. (2014). Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in Surgical intensive care unit Trauma Nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33, 215-225. doi: 10.1097/DCC.0000000000000056
- Miles, M.B., Huberman, A.M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis : A methods sourcebook*.
- Neergard, M.A., Olesen, F., Andersen, R.S., Sondergaard, J. (2009). Qualitative description – the poor cousin of health research? *BMC Medical Research Methodology*, 9(52). 1-5. doi:10.1186/1471-2288-9-52
- OMS (2020) Déclaration - Le point sur la COVID-19 : un appel à notre participation, de nouveaux horizons avec l’évolution de la technologie et des produits pharmaceutiques, et la préservation des droits des enfants : <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/healthemergencies/coronavirus-COVID-19/statements/statement-situation-update->

on-COVID-19- doing-our-share,-a-new-horizon-with-technological-and-pharmaceutical-development,- and-preserving-the-rights-of-children

- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2012). L'analyse thématique. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p.231-314). Armand Colin. <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-page-231.htm>
- Parker, C., Scott, S., & Geddes, A. (2019). Snowball sampling. *SAGE Research Methods Foundations*, 1-13. <https://core.ac.uk/download/pdf/211022791.pdf>
- Pessin, H., Fenn, N., Hendriksen, E., DeRosa, A., & Applebaum, A. (2015). Existential distress among caregivers or professionals taking care of dying patients. *Supportive care and psychological issues around cancer*,9, 77–86. doi :10.1097/SPC.000000000000116.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Capot, K., Morphet, J., & Shimoinaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: A review of literature. *The Open Nursing Journal*,7, 14-21. doi : 10.2174/1874434601307010014
- Pillot, J. (2015). Le deuil de ceux qui restent. Le vécu des familles et des soignants. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 121, 53-64. doi.org/10.3917/jalmalv.121.0053
- Quah, P., Li, A., & Phua, J. (2020). Mortality rates of patients with COVID-19 in the intensive care unit: a systematic review of the emerging literature. *Critical Care*, 24,1-4. doi.org/10.1186/s13054-020-03006-1
- Ridner, S.H., (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536–545. doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x
- Rosa, W.E., Ferrell, B. R., & Wiencek, C. (2020). Increasing critical care nurse engagement of palliative care during the COVID-19 pandemic, *Critical Care Nurse*, 40, e28-e36, doi.org/10.4037/ccn2020946

- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description ? *Research in Nursing and Health*, 23(4), 334-340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:43.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:43.0.CO;2-G)
- Shorter, M., Stayt, L.C., Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. (2010). *Journal of Advanced Nursing*, 66, 159–167. doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05191.x
- St-Pierre, L., Alderson, M., et St-Jean, M. (2010). Le travail infirmier en unité de soins intensifs adultes vu sous l'angle de la psychodynamique du travail. *L'infirmière clinicienne*, 7(1), 9-23. Repéré à https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/pdf/InfirmiereClinicienne-vol7no1-St-Pierre_Alderson_St-Jean.pdf
- Vaismoradi, M., Turunen, H. & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis : Implication for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & health sciences*, 15(3), 398-405. doi.org/10.1111/nhs.12048
- Velarde-Garcia, J.F., Luengo-Gonzalez, R., Gonzalez-Hervias, R., Cardenete-Reyes, C., Alvarado-Zambrano, G., & Palacios-Cena, D. (2016). Facing death in the intensive care unit. A phenomenological study of nurses' experiences. *Journal of Contemporary Nurse*.1–26. [doi :10.1080/10376178.2016.1194725](https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1194725)
- Wenzel, J., Shaha, M., Klimmek, R., & Krumm, S., (2011). Working through grief and loss: oncology nurses' perspectives on professional bereavement. *Oncology Nursing Forum*, 38, e272-e282. doi.org/10.1188/11.ONF.E272-E282
- White, D.B., & Lo, B. (2020). A framework for rationing ventilators and critical care beds during the COVID-19 pandemic. *Journal of American Medical Association*, 323(18),1773–1774. [doi :10.1001/jama.2020.5046](https://doi.org/10.1001/jama.2020.5046)
- Worldometer. (2023). COVID-19 coronavirus pandemic. Repéré à <https://www.worldometers.info/coronavirus>

Zheng, R., Lee, S.F., & Bloomer, M.J. (2018). How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27, e39-e49. doi : 10.1111/jocn.13975

Annexe A : affiche de recrutement

Affiche : Participation à un projet de maîtrise en sciences infirmières pour les infirmières exerçant dans une USI pendant la pandémie COVID-19

Titre de projet :

Le vécu d'infirmières d'unités de soins intensifs face à l'exposition à la mort de patients en contexte de la pandémie COVID-19.

But de projet :

Ce projet vise à comprendre l'expérience d'infirmières face à la mort dans les USI pendant la pandémie COVID-19 et à déterminer les besoins de formation de ces infirmières pour un soutien optimal de leur santé psychologique en lien avec le décès fréquent de patients.

Critères d'inclusion :

- ✓ Être infirmière œuvrant dans un hôpital de la région montréalaise.
- ✓ Avoir travaillé au moins 6 mois dans une USI ayant accueilli des patients atteints de COVID-19.
- ✓ Avoir été confronté de façon répétée à la mort des patients atteints de COVID-19.
- ✓ S'exprimer en français

Votre participation :

Votre participation consistera à participer à une entrevue individuelle semi-structuré en ligne sur Zoom d'une durée d'environ une heure et à compléter un questionnaire sociodémographique.

Votre contribution :

Votre participation à cette étude contribuera à :

- Mieux comprendre l'expérience d'infirmières face à la mort dans les USI pendant la pandémie COVID-19.
- Identifier les besoins d'infirmières en matière de formation face à la mort.

Contact :

Si la participation à cette étude vous intéresse, veuillez contacter Wifak Abderrahmen, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, à l'adresse courriel suivante : [REDACTED]

Si vous avez encore des questions concernant le déroulement de l'étude, n'hésitez pas à communiquer avec l'étudiante chercheuse ou avec sa directrice de recherche Mme Genest Christine sur son adresse courriel [REDACTED]

Merci !

Annexe B : Démarche de recrutement

Démarche de recrutement

Pour recruter des participants à cette étude, l'affiche du projet a été publiée sur les réseaux sociaux.

- Nous avons commencé par des pages Facebook destinées aux infirmières comme :

- Le regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec (RIISIQ)
- *Canadian Association of Critical Care Nurses (CACCN-Montreal Chapter)*
- Association québécoise des infirmières et infirmiers (AQII)

- Nous avons pensé que parmi les étudiants en soins infirmiers, certains pourraient être des infirmiers répondant aux critères d'inclusion de l'étude, nous avons donc publié l'affiche sur la page de :

- L'association étudiante de sciences infirmières de l'UdeM

-L'affiche a également été diffusée sur certains groupes Facebook tels que :

- Examen OIIQ, espace études
- Préparation examen OIIQ – entraide études en soins infirmiers
- Thèsez-vous ENSEMBLE

-L'étudiante a également publié son affiche sur sa page Facebook et l'a envoyée à certains de ses camarades de classe afin qu'ils informent leurs collègues de ce projet de recherche.

- La directrice de recherche de l'étudiante a également publié l'affiche du projet sur sa propre page Facebook.

- Nous avons contacté Mme [REDACTED], conseillère en soins intensifs qui a transféré l'affiche de l'étudiante à son groupe courriel d'infirmière de soins intensifs.

- Compte tenu des difficultés de recrutement, nous avons partiellement modifié les critères d'inclusion pour inclure les infirmières de tout le Québec, car le contexte des décès récurrents liés aux soins intensifs était également présent ailleurs qu'à Montréal. Cependant, même avec cette modification, il n'y a pas eu de nouveaux participants.

- Nous avons republié l'affiche du projet une deuxième fois sur la plupart des pages et des groupes où elle a été initialement partagée.

- Nous avons contacté une étudiante qui faisait son mémoire sur un sujet lié à la pandémie pour lui demander de parler à ses collègues de ce projet et de nous suggérer des regroupements d'infirmières en soins intensifs sur les réseaux sociaux.
- Les participantes à l'étude nous ont confirmé qu'elles avaient informé leurs collègues de l'existence de ce projet.
- L'une des participantes a publié l'affiche de l'étudiante sur son compte LinkedIn.

Annexe C : Formulaire de consentement

**Formulaire d'information et de consentement pour les infirmières travaillant dans les USI
et qui sont confrontées de manière répétée aux décès de patients pendant la pandémie de
COVID-19**

Titre de l'étude : Le vécu d'infirmières d'unités de soins intensifs face à l'exposition
à la mort de patients en contexte de la pandémie COVID-19

Investigatrice principale : Wifak Abderrahmen
Étudiante à la maîtrise
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Directrice de recherche : Christine Genest, inf PhD
Professeure agrégée
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

1. Introduction

Vous êtes invité à participer à cette étude dans le cadre d'un projet de mémoire. Ce formulaire d'information et de consentement décrit l'objectif de l'étude, les conditions de participation ainsi que les avantages et les inconvénients liés à l'étude. Veuillez prendre le temps de lire ce document avant de prendre votre décision et n'hésitez pas à poser toutes vos questions à ce sujet.

2. Objectif de la recherche

Le but de cette étude consiste à comprendre l'expérience d'infirmières et leurs besoins de formation face à l'exposition à la mort dans les USI pendant la pandémie COVID-19. Vu que ce sujet est innovateur et peu exploré dans les écrits scientifiques, les résultats de cette étude nous permettront donc de mieux comprendre le vécu d'infirmières qui sont exposées de façon répétée à la mort des patients aux USI dans un contexte pandémique. Cette étude contribuera également à l'identification des besoins en matière de formation des infirmières pour une gestion optimale de la mort. De plus, nous espérons que cette étude contribuera à encourager la planification de formations sur la gestion des émotions face à une situation de fin de vie afin d'atténuer les risques pour la santé psychologique des infirmières.

3. Participation à la recherche

Si vous acceptez de participer à l'étude et de signer le formulaire de consentement, votre participation consistera à remplir un questionnaire socio-démographique qui comprend des questions relatives à votre âge, au genre, au nombre d'années d'expérience, au niveau de scolarité et aux formations antérieures que vous avez reçues. Vous serez ensuite invité à réaliser un entretien individuel semi-structuré avec l'étudiante chercheuse. Cette rencontre aura lieu en ligne sur la plateforme Zoom et se déroulera sur une durée d'environ une heure. Quant à l'heure de la rencontre, c'est à vous de choisir le moment qui vous convient le mieux. Les thèmes qui seront abordés sont tous liés à votre expérience et à vos réactions face au décès de patients au USI ainsi que vos besoins de formation en matière de fin de vie.

4. Enregistrements audio/vidéo

Pour faciliter le traitement des données, l'étudiante aura besoin d'enregistrer l'entrevue en utilisant l'option d'enregistrement disponible sur Zoom. Si vous ne souhaitez pas que l'entretien soit filmé, vous pouvez éteindre votre caméra mais l'enregistrement audio est indispensable pour la réalisation de l'étude. Si vous choisissez de garder votre caméra ouverte, la vidéo enregistrée

sera un instrument qui permet de revenir sur les données recueillies et d'objectiver ainsi leur analyse. En effet, grâce à l'enregistrement vidéo, l'étudiante chercheuse pourra non seulement prêter attention au langage verbal (les intonations et les silences) mais aussi capter les gestes, les expressions faciales et même l'orientation des regards qui sont des éléments de base de la communication non verbale. Ainsi, la vidéo enregistrée offrira l'avantage de saisir non seulement le langage verbal dans toute sa complexité et ses nuances, mais aussi de renforcer les propos des participants par le langage non-verbal, garantissant ainsi une analyse approfondie des données recueillies.

5. Avantages et bénéfices

Votre participation à cette étude ne vous apportera aucun avantage personnel. Toutefois, les résultats de cette étude sont susceptibles de contribuer à l'avancement des connaissances en lien avec la formation des infirmières dans le domaine des soins de fin de vie.

6. Risques et inconvénients

La présente étude aborde un sujet sensible qui porte sur la mort récurrente des patients dans un contexte pandémique difficile. Par conséquent, il est possible que les questions posées sur ce sujet soient dérangeantes pour vous. Il se peut que vous ressentiez la même douleur et le même stress des situations désagréables déjà vécues lorsque d'innombrables patients sont décédés dans les unités où vous travaillez. Pour minimiser le risque du malaise et les inconvénients que vous pourriez éprouver en raison de ce travail de recherche, vous avez toujours le droit de vous retirer, vous pouvez, à tout moment, mettre fin à votre participation si vous ne vous sentez plus à l'aise. En plus, une liste de ressources d'aide (Annexe H) sera mise à votre disposition si vous désirez entrer en contact avec des professionnels qui peuvent vous apporter l'aide nécessaire. L'étudiante chercheuse s'engage à son tour de vous recontacter dans les 48 heures suivant l'entrevue afin de s'assurer que vous avez pu joindre les centres d'aide suggérés. Il faut mentionner également que le temps nécessaire pour mener les entretiens et pour remplir le questionnaire peut être également considéré comme un inconvénient.

7. Participation volontaire et droit de retrait

Nous vous rappelons que votre participation à ce projet est entièrement volontaire et que vous avez le droit de mettre fin à votre participation à tout moment sans donner de justification. Dans le cas où vous acceptez de participer à l'étude maintenant, mais vous décidez de vous retirer

plus tard, vous pouvez demander la suppression de vos informations collectées pendant l'étude. Toutefois, cette demande ne sera acceptée que dans la mesure du possible. En effet, une fois les données recueillies rendues anonymes, il ne sera plus possible de supprimer vos informations.

8. Confidentialité des renseignements recueillis

Les données collectées seront traitées de manière confidentielle. D'ailleurs votre nom ne sera pas affiché sur le questionnaire sociodémographique (Annexe D) mais il sera remplacé par un chiffre. L'accès à vos données sera limité à l'étudiante chercheuse et à sa directrice de recherche. En effet, pendant le projet, vos données personnelles seront sauvegardées sur l'ordinateur personnel de l'étudiante dont l'accès est protégé par un mot de passe. À la fin du projet, les données collectées seront conservées à des fins de vérification pendant une période de sept ans sur le OneDrive de l'université de Montréal, qui est un espace infonuagique sécurisé. Les enregistrements, les données de recherche et tous vos renseignements personnels seront détruits en toute sécurité sept ans après la fin du projet. Seules les données qui peuvent être utiles à l'avancement des connaissances scientifiques seront conservé plus longtemps, mais elles ne révéleront pas votre identité. D'ailleurs, toute utilisation secondaire des données ne peut se faire qu'avec votre autorisation.

9. Compensation

Aucune compensation financière ne sera fournie pour votre participation à ce projet de recherche.

10. Responsabilité

Le fait de signer ce formulaire ne signifie pas que vous renoncez à l'un de vos droits ou que vous déchargez les chercheurs de leurs responsabilités légales et professionnelles.

11. Diffusion des résultats

Pour vous remercier de votre participation à l'étude, vous aller recevoir par courriel un résumé des principaux résultats de ce projet de recherche.

12. Personnes à contacter

Pour toute question à propos le sujet de recherche ou si vous décidez de vous retirer de l'étude vous pouvez contacter à tout moment l'étudiante chercheuse Wifak Abderrahmen par courriel à l'adresse suivante : [REDACTED]. Il est également possible de

contacter la directrice de recherche de l'étudiante sur son adresse courriel



Titre du projet de recherche : Le vécu d'infirmières d'unités de soins intensifs face à l'exposition à la mort de patients en contexte de la pandémie COVID-19

Consentement du participant

- J'ai bien lu et compris le présent formulaire d'information et de consentement.
- Je sais que je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Avec ma participation à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits et je ne libère pas les chercheurs de leurs responsabilités.
- Ma participation est volontaire et je sais que je peux me retirer à tout moment sans aucune justification.
- Je consens à l'enregistrement audio de l'entrevue
- Je sais que j'ai le choix de garder ma caméra ouverte ou fermée pendant l'entrevue
- J'accepte de participer au projet de recherche.

Signature du participant ou de la participante : _____

Nom _____ Prénom : _____

Date _____

Consentement spécifique à l'utilisation secondaire des données

Il est possible que les données collectées dans le cadre de cette étude soient réutilisées dans des projets futurs. Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées par le chercheur responsable pour réaliser d'autres projets de recherche ?

Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé avant leur réalisation. De plus, le Comité en assurera le suivi. Vos données de recherche seront conservées de façon sécuritaire sur des serveurs informatiques de l'Université de Montréal. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos données de recherche, vous ne serez identifié que par un numéro de code et des mesures seront prises pour conserver la confidentialité de ces renseignements.

Vos données de recherche seront conservées aussi longtemps qu'elles peuvent avoir une utilité pour l'avancement des connaissances scientifiques. Lorsqu'elles n'auront plus d'utilité, vos données de recherche seront détruites. Par ailleurs, notez qu'en tout temps, vous pouvez demander la non-utilisation de vos données de recherche en vous adressant au chercheur responsable de ce projet de recherche.

Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées à ces conditions ?

Oui [] Non []

Signature du participant ou de la participante : _____

Engagement et signature de l'investigatrice principale

- Je m'engage à répondre aux questions posées par le participant.
- Je confirme que j'ai expliqué au participant qu'il est libre de mettre fin à sa participation au projet de recherche
- Je m'engage à respecter ce qui a été énoncé dans ce formulaire de consentement.

Nom : _____ Prénom : _____

Signature de la chercheure : _____

Date : _____

Annexe D : Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique

Titre de l'étude : Le vécu d'infirmières d'unités de soins intensifs face à l'exposition à la mort de patients en contexte de la pandémie COVID-19.

Ce questionnaire nous permettra de dresser un portrait des personnes qui ont accepté de participer à l'étude. Merci de bien vouloir y répondre.

Numéro du participant : _____

1-Genre: Femme Homme

2-Âge:

21-30 ans

31-40 ans

41-50 ans

51-60 ans

3 Lieu de formation (Pays, Province): _____

4-Nombre d'années d'expérience comme infirmière: _____

5-Depuis combien de temps travaillez-vous en unité de soins intensifs ?

6-Statut d'emploi:

Temps plein

Temps partiel

7-Quart de travail:

Jour

Soir

Nuit

8-Niveau de scolarité:

Diplôme d'études collégiales (DEC)

Universitaire (Baccalauréat)

Universitaire (Maîtrise)

Autre (spécifiez) _____

9-À quelle fréquence soignez-vous ou avez-vous soigné des patients mourants au plus fort de la pandémie COVID-19?

Tous les jours

Plusieurs fois par semaine

Une fois par semaine

Moins d'une fois par semaine

10-Avez-vous reçu une formation récente spécifique dans le domaine des soins de fin de vie ?

Oui

Non

Si oui, quelle est la nature de cette formation :

Académique

Formation continue au milieu de travail

Préciser la durée de cette formation et les thèmes qui ont été abordés.

Merci d'avoir répondu !

Annexe E : Guide d'entrevue

Guide d'entrevue

Ouverture (5 minutes) :

- Remercier le participant pour sa contribution dans la réalisation de ce travail de recherche.
- Rappeler le contexte et le but de l'étude.
- Expliquer le déroulement de l'entrevue.
- Rappeler au participant que l'entrevue sera enregistrée.

Entrevue (environ 1 heure) :

1. Parlez-moi de votre expérience concernant la mort répétée de patients atteints de la COVID-19 en tant qu'infirmière en soins intensifs.
 - En général qu'avez-vous ressenti face à la mort de vos patients ?
 - Pourquoi avez-vous ressenti cela ?
2. Quelles ont été vos réactions lorsqu'un patient décède ?
3. Pouvez-vous décrire un moment qui vous a vraiment touché lorsque vous vous occupiez d'un patient décédé en soins intensifs ?
 - Pourquoi cet incident est particulièrement mémorable pour vous ?
 - Comment vous avez pu accepter une telle situation ?
4. Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit quand vous pensez aux soins d'un patient mourant sous assistance respiratoire ?
5. Quel est l'impact du décès des patients sur votre vie personnelle et professionnelle ?
6. Que faites-vous pour vous sentir mieux face à la mort des patients ?
7. Parlez-moi de ce qui a facilité votre expérience face à la mort répétée associée à la pandémie.
8. Qu'est-ce qui a compliqué votre expérience face à la mort selon vous ?
9. Comment la formation que vous avez reçue vous a aidé à gérer le décès des patients ?
 - Pensez-vous que vous êtes suffisamment préparé pour prendre en charge les patients en fin de vie ?
 - Selon vous, de quelle formation auriez-vous besoin pour vous aider à prendre en charge des patients mourants ?

10. De quelles compétences auriez-vous besoin pour mieux faire face à la mort pendant une pandémie ?
11. Que recommandez-vous pour maintenir la santé psychologique des infirmières face à la mort des patients ?
12. Finalement, souhaitez-vous ajouter quelque chose de plus ?

Merci d'avoir consacré du temps pour cette rencontre !

Annexe F : Étapes d'analyse de données

Codes	Première étape d'analyse : regroupement initial	Deuxième étape d'analyse : regroupement final
<p>-Des patients de tous âges -La mort des jeunes patients -Les caractéristiques du patient (âge, antécédents, conditions physiques) -Les séjours prolongés à l'USI -Une énorme charge de travail -Une maladie inconnue et imprévisible - Absence du vaccin -Des heures de travail supplémentaires -Absence de lien affectif entre l'infirmière et ses patients comateux -Le lien affectif entre l'infirmière et la famille du patient -Le lien affectif (La distance entre infirmier-patient) -Capacité limitée à maîtriser les outils technologiques (tablettes, zoom...) -De nombreux nouveaux protocoles à appliquer -mourir seul -Faire des choix : Priorisation des patients qui sont en voie de rétablissement. -Une situation de guerre -Négliger certains soins préventifs (soins d'hygiène et mobilisation des patients) -Formation spécifique à la pandémie : le port d'équipements de protection individuels/ la</p>	<p>Thème 1 : Le contexte de COVID -Les particularités de la maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une maladie inconnue et imprévisible • Absence du vaccin • Faire des choix : Priorisation des patients qui sont en voie de rétablissement. <p>-Les particularités des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des patients de tous âges et la mort des jeunes patients lors de la première vague • Les séjours prolongés à l'USI • Les conditions de mort : mourir seul : <ul style="list-style-type: none"> • Interdiction des visites pour les familles • Organisation des réunions zoom avec la famille • La souffrance de la famille du patient • Remplacer la famille du patient : L'infirmière a essayé de garantir un climat de la bonne mort (les soins d'hygiène/ Mourir en dignité/ Traitement de la douleur / le confort du patient/humanisation des soins/ Préserver l'intimité du patient) • Accompagnement du patient mourant (tenir 	<p>Thème 1 : Contexte COVID Se caractérise par : -Nouveauté : *Une maladie inconnue et imprévisible *Absence du vaccin *Besoin de prioriser les patients en raison des hospitalisations prolongées aux USI *L'accumulation des cas *Une fréquence élevée des décès de patients *Contagion qui entraîne des nécessités de protection *La peur d'attraper la maladie *La maladie des collègues par la COVID *L'hospitalisation des collègues dans la même unité de travail -le manque de professionnels de la santé -Formation spécifique à la pandémie : le port d'équipements de protection individuels/ la désinfection du matériel/ mesures de précaution et d'isolement -Particularité de la mort : *Des patients de tous âges et la mort de jeunes patients *Surprise de la mort pour certaines situations *Les caractéristiques du patient (son âge, ses antécédents, ses conditions</p>

<p>désinfection du matériel/ mesures de précaution et d'isolement</p> <p>-Pas de formation sur les soins de fin de vie ou sur le protocole de priorisation d'action de soins intensifs : Le besoin de ce type de formation</p> <p>-Insatisfaction par rapport à la qualité des soins fournis</p> <p>-Une déconnexion de ses émotions et concentration sur le rôle clinique</p> <p>-Chaque décès est un échec thérapeutique</p> <p>-Un sentiment d'impuissance et de fatigue</p> <p>-Des scènes de mort traumatisantes : l'infirmière mémorise encore des détails précis (les noms des patients, la chambre, le mois...)</p> <p>-Le rôle important de l'expérience (16 ans d'expérience) et le fait d'être confronté à la mort durant toute sa carrière</p> <p>-La façon de percevoir les choses</p> <p>-Se concentrer sur le moment présent</p> <p>-Se concentrer plutôt sur le côté positif</p> <p>-Ne pas suivre les médias et les réseaux sociaux évoquant les mauvaises nouvelles sur la pandémie</p> <p>- Ne pas se sentir coupable</p> <p>-Le recours aux collègues et au debriefing</p> <p>-Une bonne équipe de travail</p> <p>-L'échange entre toute l'équipe de travail</p>	<p>la main, chanter, caresser, soins spirituels)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le lien affectif entre l'infirmière et la famille du patient • Le lien affectif entre l'infirmière et ses patients (patients comateux) <p>Les caractéristiques de la mort :</p> <p>Une situation de guerre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les caractéristiques de la mort (ce n'est pas la belle mort/atroce/souffrance) <ul style="list-style-type: none"> • La souffrance et les regards des patients • Exposition répétée à la mort <p>Particularité liée aux mesures organisationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation spécifique à la pandémie réalisée sur un temps extrêmement court • De nombreux nouveaux protocoles à appliquer • Capacité limitée à maîtriser les outils technologiques (tablettes, zoom...) • Des heures de travail supplémentaires (volontaire) <p>Thème 2 : l'expérience de l'infirmière face à la mort des patients</p> <p>Le ressenti de l'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un sentiment d'impuissance et de fatigue <ul style="list-style-type: none"> • Chaque décès est un échec thérapeutique 	<p>physiques et ses conditions de vie)</p> <p>*Mort qui est souvent vécu seule par les patients en raison de la contagion et des mesures mises en place. Oblige l'infirmière à essayer de garantir un climat de bonne mort (pas dans ses habitudes nécessairement)</p> <p>-La souffrance et les regards des patients</p> <p>-Les caractéristiques de la mort (ce n'est pas la belle mort/atroce/souffrance)</p> <p><u>Thème 2 : Le contexte organisationnel</u></p> <p>-Nouvelles procédures :</p> <p>*De nombreux nouveaux protocoles à appliquer : ce qui nécessite des formations</p> <p>*Interdiction des visites pour les familles/ Remplacer la famille du patient</p> <p>*Structures du travail :</p> <p>- Des heures de travail supplémentaires</p> <p>-un manque de professionnels de santé</p> <p>-Recours aux outils technologiques</p> <p>-Matériel de protection</p> <p>* Soutien</p> <p>-L'échange entre toute l'équipe de travail sur les réseaux sociaux</p> <p>-Le soutien par les gestionnaires</p> <p>-Le soutien professionnel (un psychologue/des thérapies de groupes/ sport et activité de groupe/ L'écoute)</p>
--	---	---

<p>-Le soutien par les gestionnaires</p> <p>-Avoir des informations à jour sur la situation pandémique</p> <p>-Le manque de matériel et d'équipement de protection</p> <p>-Pratiquer du sport/ faire la marche</p> <p>-Prendre le gout de cuisiner</p> <p>-Mettre la musique</p> <p>-Le soutien du conjoint</p> <p>-Discuter avec la famille et les amis par Face Time</p> <p>-Écouter les entrevues des médias relatives à la résilience et à la pandémie afin d'être bien préparé.</p> <p>-La résilience</p> <p>-L'accumulation des cas</p> <p>-Une fréquence élevée des décès de patients</p> <p>-La culpabilisation en lien avec la désensibilisation face à la mort et de ne pas arriver à fournir des bons soins de confort et de bons soins post mortem : la déshumanisation des soins</p> <p>-Les contraintes de temps</p> <p>-Les conditions de la mort : mourir seule, patient conscient en détresse respiratoire, agité</p> <p>-Exposition répétée à la mort</p> <p>-La mort surprise</p> <p>-Les caractéristiques de la mort (ce n'est pas la belle mort/atroce/souffrance)</p> <p>-La souffrance et les regards des patients</p> <p>-Garantir un climat de la bonne mort (les soins d'hygiène/ Mourir en dignité/ Traitement de la douleur / le confort du</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des scènes de mort traumatisantes : l'infirmière mémorise encore des détails précis (les noms des patients, la chambre, le mois...) • Insatisfaction par rapport à la qualité des soins fournis : négliger certains soins préventifs : soins d'hygiène et mobilisation des patients • Anxiété /tristesse/ la peur de l'inconnu et d'attraper COVID/ sentiment de responsabilité/l'étonnement / crise d'angoisse/la fatigue mentale (Pleurer chaque jour) <ul style="list-style-type: none"> • La peur de transmettre le virus aux autres/ Confinement • Le désir de quitter le travail • Une déconnexion de ses émotions et concentration sur le rôle clinique <p>Les facteurs facilitants de l'expérience :</p> <p>Des facteurs personnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le rôle important de l'expérience (16 ans d'expérience) et le fait d'être confronté à la mort durant toute sa carrière • La façon de percevoir les choses • Se concentrer sur le moment présent/ se concentrer seulement sur les objectifs qu'elle a pu atteindre pendant son quart de travail 	<p>- peu d'effort fourni par le gouvernement</p> <p>-Le manque de soutien psychologique / c'est lent et difficile d'avoir des ressources ou de l'aide</p> <p>-Trois mois d'attente avec le programme d'aide aux employés</p> <p><u>Thème 3 : Contexte personnel/professionnel</u></p> <p>Expérience professionnelle de l'infirmière</p> <p>-Le rôle important de l'expérience (16 ans d'expérience) et le fait d'être confronté à la mort durant toute sa carrière</p> <p>-La façon de percevoir les choses</p> <p>-Se concentrer sur le moment présent</p> <p>-Se concentrer plutôt sur le côté positif</p> <p>Expérience personnelle de l'infirmière</p> <p>-Les expériences antérieures : le transfert d'une situation déjà vécu (le décès de sa mère)</p> <p><u>Thème 4 : Contexte familial</u></p> <p>De nouvelles responsabilités familiales</p> <p>-Les charges extérieures, ou les demandes personnelles/familiales : les écoles fermées et le fait de donner des cours à son fils</p> <p>Soutien</p> <p>-Le soutien du conjoint qui était toujours à l'écoute</p> <p>Peur de contamination</p>
---	--	--

<p>patient/humanisation des soins/ Préserver l'intimité du patient) -Accompagnement du patient mourant (tenir la main, chanter, caresser, soins spirituels) -L'absence des proches des patients -Interdiction des visites pour les familles/ Remplacer la famille du patient -Organisation des réunions zoom avec la famille -La souffrance de la famille du patient -Le ressentie de l'infirmière (anxiété /tristesse/ la peur de l'inconnu et d'attraper COVID/ sentiment de responsabilité/l'étonnement / crise d'angoisse/détresse psychologique et fatigue mentale (Pleurer chaque jour) -Le désir de quitter le travail -La peur de transmettre le virus aux autres - Confinement -Le recours aux réseaux sociaux -Le manque de soutien psychologique / c'est lent et difficile d'avoir des ressources ou de l'aide -Trois mois d'attente avec le programme d'aide aux employés -Peu d'effort fournie par le gouvernement et les organisations pour soutenir les soignants -Un stress post traumatique et des idées suicidaires chez certains collègues</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas suivre les médias et les réseaux sociaux évoquant les mauvaises nouvelles sur la pandémie • Ne pas se sentir coupable • Se ressourcer : pratiquer du sport/sortir à l'extérieur pour faire la marche/prendre le gout de cuisiner/ mettre la musique • Se nourrir d'exemples de résilience • S'accrocher à l'espoir de certaines guérisons <p>Des facteurs familiaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le soutien du conjoint • Discuter avec la famille et les amis par Face Time <p>Des facteurs organisationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le recours aux collègues et au debriefing • Une bonne équipe de travail • L'échange entre toute l'équipe de travail sur les réseaux sociaux • Le soutien par les gestionnaires • Avoir des informations à jour sur la situation pandémique • Avoir tout le matériel et l'équipement de protection nécessaire • Le soutien professionnel (un psychologue/des thérapies de groupes/ sport et activité de groupe/ L'écoute) 	<p>-La peur de transmettre le virus aux autres - Confinement <u>Thème 5 : Expérience infirmière</u> Amalgame d'émotions</p> <p>-Une déconnexion de ses émotions et concentration sur le rôle clinique -Chaque décès est un échec thérapeutique -Un sentiment d'impuissance et de fatigue -Des scènes de mort traumatisantes : l'infirmière mémorise encore des détails précis (les noms des patients, la chambre, le mois...) -La culpabilisation en lien avec la désensibilisation face à la mort -Le ressentie de l'infirmière (anxiété /tristesse/ la peur de l'inconnu et d'attraper COVID/ sentiment de responsabilité/l'étonnement / crise d'angoisse/détresse psychologique et fatigue mentale (Pleurer chaque jour) -Le désir de quitter le travail -Les moyens de lutte contre le stress (prise du poids/ écrire ses journées de travail/ la spiritualité (faire la prière) /le support familial) -Beaucoup de fatigue, de découragement et de détachement avant d'aller au travail chaque jour -Ne pas avoir assez d'énergie pour aller travailler et affronter les</p>
--	---	---

<p>-La maladie des collègues par la COVID</p> <p>-L'hospitalisation des collègues dans la même unité de travail</p> <p>-le manque de professionnels de la santé</p> <p>-La peur d'attraper la maladie</p> <p>-Les charges extérieures, ou les demandes personnelles/familiales : les écoles fermées et le fait de donner des cours à son fils</p> <p>-Les expériences antérieures : le transfert d'une situation déjà vécu (le décès de sa mère)</p> <p>-Les moyens de lutte contre le stress (prise du poids/ écrire ses journées de travail/ la spiritualité (faire la prière) /le support familial)</p> <p>-Le manque de formation sur le sujet de la mort</p> <p>-Le manque de soutien psychologique</p> <p>-La difficulté de rationaliser</p> <p>-La difficulté de se protéger sur le plan psychologique</p> <p>-Un sentiment d'insatisfaction par rapport à la qualité des soins fournis.</p> <p>- Beaucoup de fatigue, de découragement et de détachement avant d'aller au travail chaque jour</p> <p>-Ne pas avoir assez d'énergie pour aller travailler et affronter les mêmes problèmes et les mêmes situations difficiles déjà confrontée à plusieurs</p>	<p>Thème 3 : Besoins en matière de formation :</p> <p>-Pas de formation sur les soins de fin de vie ou sur le protocole de priorisation d'action de soins intensifs : Le besoin de ce type de formation</p> <p>-Besoin de formations sur les meilleures façons de prendre soin de soi</p> <p>- Besoin de formations sur la résilience</p> <p>- Besoin de développement de la formation en soins intensifs</p> <p>- Besoin de formations sur l'humanisation des soins de confort et l'implication des proches de patients dans les soins.</p> <p>-Besoin de formations de mise à niveau pour les infirmières plus anciennes</p> <p>-Besoin d'impliquer les personnes ayant vécu la perte d'un proche dans le développement des formations.</p> <p>-Besoin de formations annuelles dans le milieu de travail sur l'approche au patient et à la famille et sur les soins de fin de vie</p> <p>- Besoin d'une formation en soins palliatifs</p> <p>-Besoin de formation sur la spiritualité</p> <p>-Besoin de formations pratiques sur la distance psychologique</p>	<p>mêmes problèmes et les mêmes situations difficiles déjà confrontée à plusieurs reprises les jours précédents.</p> <p>-Demander de s'occuper des patients qui évoluent vers la guérison plutôt que vers les phases critiques.</p> <p>-Le fait de parler du COVID lui cause la nausée</p> <p>-Besoin de calme, de changer les idées, de se ressourcer</p> <p>-Devenir la personne ressource de toute sa famille et tous ses amis ce qui est fatiguant : c'était impossible pour elle de sortir de son rôle d'infirmière même après le travail.</p> <p>-Dormir seulement trois heures et demie par jour pour arriver à concilier entre son travail et ses études</p> <p>-Ne pas avoir suffisamment de temps pour sa vie personnelle</p> <p>-Ne pas avoir l'envie de parler et d'échanger avec son marie sur son milieu de travail</p> <p>-Avoir l'envie de pleurer et de dormir</p> <p>-Mettre de l'humour sur les émotions ressenties</p> <p>-Trouver un sens à son travail malgré les difficultés rencontrées</p> <p><u>Thème 6 : Besoins de formation</u></p> <p>-Pas de formation sur les soins de fin de vie ou sur le protocole de priorisation</p>
--	---	--

<p>reprises les jours précédents.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Demander de s'occuper des patients qui évoluent vers la guérison plutôt que vers les phases critiques. -Le fait de parler du COVID lui cause la nausée -Besoin de calme, de changer les idées, de se ressourcer -Devenir la personne ressource de toute sa famille et tous ses amis ce qui est fatiguant : c'était impossible pour elle de sortir de son rôle d'infirmière même après le travail. -Dormir seulement trois heures et demie par jour pour arriver à concilier entre son travail et ses études -Ne pas avoir suffisamment de temps pour sa vie personnelle -Ne pas avoir l'envie de parler et d'échanger avec son marie sur son milieu de travail -Avoir l'envie de pleurer et de dormir -Être rationnel et contrôler ses émotions -Se concentrer sur ce qui pourrait être fait différemment -Mettre de l'humour sur les émotions ressenties -Relâchement et changement des politiques -Besoin de formations sur les meilleures façons de prendre soin de soi - Besoin de formations sur la résilience 		<p>d'action de soins intensifs : Le besoin de ce type de formation</p> <ul style="list-style-type: none"> -Besoin de formations sur les meilleures façons de prendre soin de soi - Besoin de formations sur la résilience - Besoin de développement de la formation en soins intensifs - Besoin de formations sur l'humanisation des soins de confort et l'implication des proches de patients dans les soins. -Besoin de formations de mise à niveau pour les infirmières plus anciennes -Besoin d'impliquer les personnes ayant vécu la perte d'un proche dans le développement des formations. -Besoin de formations annuelles dans le milieu de travail sur l'approche au patient et à la famille et sur les soins de fin de vie - Besoin d'une formation en soins palliatifs -Besoin de formation sur la spiritualité -Besoin de formations pratiques sur la distance psychologique
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> - Besoin de développement de la formation en soins intensifs - Besoin de formations sur l'humanisation des soins de confort et l'implication des proches de patients dans les soins. -Besoin de formations de mise à niveau pour les infirmières plus anciennes -Besoin d'impliquer les personnes ayant vécu la perte d'un être cher dans le développement des formations. -Besoin de formations annuelles dans le milieu de travail sur l'approche au patient et à la famille et sur les soins de fin de vie - Besoin d'une formation en soins palliatifs -Besoin de formation sur la spiritualité -Besoin de formations pratiques sur la distance psychologique -Les couts élevés des formations proposées par l'OIIQ -Les contraintes du temps pour participer à des formations -Trouver un sens à son travail malgré les difficultés rencontrées -Les compétences relationnelles de communication -Connaitre ses limites et ses forces -Demander l'aide et le soutien psychologique au besoin -Se ressourcer 		
--	--	--

Annexe G : Approbation éthique

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

Bureau de la conduite
responsable en recherche



09 février 2022

Christine Genest
Professeure agrégée
Faculté des sciences infirmières

Wifak Abderrahmen
candidate à la maîtrise

OBJET :	Projet # 2022-1411 - Approbation éthique finale Le vécu d'infirmières d'unités de soins intensifs face à l'exposition à la mort de patients en contexte de la pandémie COVID-19 Financement : non-financé
---------	--

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal a évalué votre projet de recherche à sa réunion plénière du 19 janvier 2022. Suite à cette réunion, une approbation conditionnelle vous a été émise en date du 27 janvier 2022.

Nous accusons réception des précisions et corrections demandées via le formulaire de conditions F20 ainsi que des documents en vue de l'approbation finale du projet mentionné en rubrique. Suite à la révision de ces documents, le tout ayant été jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé à l'unanimité par le CERSES.

Le formulaire d'information et de consentement que vous pouvez utiliser pour la réalisation de votre projet est disponibles dans la section Documents approuvés par le CER, située sous l'onglet "Fichiers" de votre projet.

Cette approbation éthique est valide pour un an, à compter du 09 février 2022 jusqu'au 09 février 2023. Il est de votre responsabilité de compléter le formulaire de renouvellement (formulaire F9) que nous vous ferons parvenir annuellement via Nagano 1 mois avant l'échéance de votre approbation, à défaut de quoi l'approbation éthique délivrée par le CERSES sera suspendue.

Dans le cadre du suivi éthique continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires Nagano prévus à cet effet :

- Soumettre, pour approbation préalable, toute demande de **modification** au projet de recherche ou à tout autre document approuvé par le Comité pour la réalisation du projet (formulaire F1).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, **toutes informations supplémentaires, nouveau renseignement et/ou correspondances diverses** (formulaire F2).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout **incident ou accident** lié à la réalisation du projet de recherche (formulaire F5).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, **l'interruption prématurée** du projet de

[recherche](#), qu'elle soit temporaire ou permanente (formulaire F6).

- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute déviation au projet de recherche susceptible de remettre en cause le caractère éthique du projet (formulaire F8).
- Soumettre une demande de renouvellement un mois avant l'échéance de la date d'approbation afin de renouveler l'approbation éthique (formulaire F9).
- Soumettre le rapport de la fin du projet de recherche (formulaire F10).

Nous vous rappelons que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le CERSES de l'Université de Montréal est désigné par le ministre de la Santé et des Services Sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec. Il exerce ses activités en conformité avec la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* (60.1) de l'Université de Montréal ainsi que l'*Énoncé de politique des trois conseils* (EPTC). Il suit également les normes et règlements applicables au Québec et au Canada.

Cordialement,

Pour la présidente du CERSES, [REDACTED]

[REDACTED]
Conseillère en éthique de la recherche
[REDACTED]

Envoyé par :

[REDACTED]

Annexe H : Liste de ressources d'aide

Liste de ressources d'aide

Les participants qui souhaitent entrer en contact avec des professionnels, d'intervenants qualifiés ou de bénévoles qui sont formés pour accueillir toutes les demandes d'aide peuvent contacter :

- **Ligne 1-866-APPELLE**
- **Suicide Action Montréal (1-866-277-3553)**