



**HAL**  
open science

## **Les soignants ne sont pas impassibles.**

Emmanuèle Auriac-Slusarczyk

► **To cite this version:**

Emmanuèle Auriac-Slusarczyk. Les soignants ne sont pas impassibles.. Editions des Archives Contemporaines. Mourir en société(s), , A paraître. <hal-04869998>

**HAL Id: hal-04869998**

**<https://hal.science/hal-04869998v1>**

Submitted on 7 Jan 2025

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

**Titre. Les soignants ne sont pas impassibles.**

**Sous-titre. Vécus et ressentis du trépas par les soignants lors de l'enquête multicentrique [Soigner la Mort]**

**Emmanuèle Auriac Slusarczyk**

Filiation : MCU HDR Psycholinguiste Maison des Sciences de l'Homme de Clermont UAR3550, & Laboratoire de SHS Acté UR4281, Université Clermont-Auvergne, [emmanuele.auriac@uca.fr](mailto:emmanuele.auriac@uca.fr) et [emmanuele.eas@gmail.com](mailto:emmanuele.eas@gmail.com)

**& Margot Smirdec**

Filiation : Dr anesthésiste réanimateur, CLCC\* Jean Perrin, Clermont-Ferrand, [margot.smirdec@gmail.com](mailto:margot.smirdec@gmail.com)

*en collaboration avec*

**Martin Julier-Costes,**

Filiation : Sociologue indépendant, rattaché au laboratoire PACTE, Université de Grenoble, [julier.martin@gmail.com](mailto:julier.martin@gmail.com)

**Amélie Lerond-Caussin,**

Filiation : Psychologue clinique et recherche, psychologie de la santé, centre hospitalier de Nevers, [amelie.lerondcaussin@gmail.com](mailto:amelie.lerondcaussin@gmail.com)

**Delsart Aline**

Filiation : Docteur en Sciences du Langage. Ingénieur de recherche. Maison des Sciences de l'Homme de Clermont UAR3550, & Laboratoire de SHS Acté UR4281, Université Clermont-Auvergne, [aline.delsart@gmail.com](mailto:aline.delsart@gmail.com)

**Nathalie Guy**

Filiation : Dr en neurologie, responsable du CRCSLA\* au CHU de Clermont-Ferrand, [nguy@chu-clermontferrand.fr](mailto:nguy@chu-clermontferrand.fr) CRCSLA\* Centre de Ressource et de Compétence pour la Sclérosé Latérale Amyotrophique et les maladies du neurone moteur

**Frédérique Penault-Llorca**

Filiation : Présidente déléguée Unicancer, Directrice du CLCC\* Jean Perrin, Clermont-Ferrand, [Frederique.PENAULT-LLORCA@clermont.unicancer.fr](mailto:Frederique.PENAULT-LLORCA@clermont.unicancer.fr) CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer,

**Résumé** : Toute enquête comporte des bénéfices et sans doute des biais. Sise dans plusieurs secteurs de soins (neurologiques, oncologiques et palliatifs), l'enquête SlaMOR, disposant désormais de trente-sept entretiens auprès de soignants, gagne à être décrite en termes d'Intérêt, de Développement, d'Événements marquants, d'Acquis effectifs, grâce à plusieurs Laboratoires, travaillant en Équipes. Nous défendons la notion d'idéal atteint par cette enquête. Plongeant au cœur de la réalité, celle de trépas assumés par des équipes soignantes, une interview sociologique a débusqué le caractère emblématique de ce qui froisse ou révèle, par les mots comme les ressentis, ce que la mort fait aux soignants, à leurs pratiques professionnelles. Elle instruit aussi des raisons qui accordent les acteurs de soins, différemment d'autres enquêtes. Elle pointe que quelques valences émotionnelles, caractéristique de la délicatesse pour faire front à la mort. Il reste à étudier en quoi, sans doute, un puits sans fond, insoupçonné, de ressources effectives chez les soignants existe encore. Positivité ou neutralité émotionnelle l'emportent sur l'habituel lexique déclaratif majorant les émotions dites négatives dans le grand public. Au-delà de différences, voire possibles dissensions entre secteurs (neurologique, oncologique, palliatif), s'admet, malgré le piétinement législatif et sociétal français une avancée certaine, sans fard, dans l'acceptation du domaine thanatique à laquelle participe résolument cette enquête.

**Mots clefs** : -enquête – trépas- authenticité- paroles- soignants- ressentis- émotions-

*« à l'hôpital [...] la conformité à des standards éloignant tout sujet de la subjectivité conduit certains soignants à ne plus savoir « où pleurer », quand ils ressentent intensément, traduisant par là même un travail d'intériorité probablement empêché »,*

Mireille Cifali, à propos du chapitre de Pham Quang, 2022, p. 17

## Contexte

Pour certains, nos sociétés désymbolisent la mort (Guitté-Verret et Malinowski-Charles, 2023<sup>1</sup>). Éviter le *mystère de la mort*, son caractère immaîtrisable nous semble important et l'enquête SlaMOR [Soigner le mort]<sup>2</sup> a idéalisé dès le départ l'idée d'approcher, non le contradictoire, mais plutôt selon le joli mot de Nathalie Garric les *coulisses* de la mort. Pour enrichir les visions d'une mort scientifiquement décrite sous des « *derniers instants seconde après seconde* » (Vernet, 2022), se dégager des obstructions politiques, médicales, sociétales impose, nous semble-t-il, de dire en amont les adieux à nos représentations autant qu'à nos morts (Carpio, 2002). L'enquête par son acronyme même, entend soigner, non pas *contre* les morts mais œuvrer *avec* (Despret, 2023 ; Bànk, 2022). L'enquête SlaMOR n'est à cet égard qu'une tentative du moment, s'insérant que le demi-siècle, qui a contribué, déjà, à signifier la mort (Schepens, 2021), la désacraliser (Granja & Ito, 2023). En tant que cheffes de file de l'enquête, les auteurs (médecin et psychologue) préviennent que parler de la mort est à portée de tous : dès 6 ans, la mort est psychologiquement abordable (Fasse, 2023 ; Auriac-Slusarczyk & Vacher, 2010) et distincte du sommeil (Labrell, 2023) et c'est l'adulte qui obstrue souvent la possibilité d'en

---

<sup>1</sup> Cf. « Que nous est-il permis d'espérer et comment nous est-il possible de l'apprivoiser, lorsqu'elle surgit concrètement dans nos vies ? Nous vivons dans une société où la réalité de la mort est désymbolisée et niée, pour ne pas dire dénuée de sens face aux mœurs et aux politiques actuelles, centrées autour du désir de repousser toujours plus loin les limites de la finitude humaine. » (4<sup>ème</sup> de couverture, Guitté-Verret et Malinowski-Charles, 2023).

<sup>2</sup> L'équipe engagée via le programme de recherche SlaMOR développé au laboratoire ACTé, Activité Connaissance Transmission Education, est coportée par trois laboratoires, ACTé, Préfics, 2LPN engageant trois Maisons des Sciences de l'Homme, auvergnate, bretonne et lorraine. Le projet financé par le réseau national des MSH (RnMSHS) et le programme *Crises Sanitaires et Environnementales*, HS3pe-Crises (<https://www.hs3pe-crises.fr/>) repose sur une enquête principale conduite avec le partenariat médical local auvergnat : le CLCC et le CRCSLA. L'enquête s'étend à des entretiens spécifiques pour éclairer l'usage des directives anticipées par les soignants conduits par le laboratoire 2LPN de l'université de Lorraine.

parler avec l'enfant, dialogue souvent étudié face aux deuils, alors que l'enfant s'interroge sur ce sujet (Romano, 2020)

Conjoncturellement, l'ordinaire du trépas (Larcher, 2005) aura résonné des vécus et ressentis des soignants durant la rude épreuve pandémique mondiale (Auriac-Slusarczyk, 2022) et fait écho à la réflexion de la convention citoyenne sur la fin de vie dont la genèse échappe au seul secteur du soin (Auriac-Slusarczyk, ici-même). Les soignants, impactés, touchés par les épisodes répétés de morts se sont heurtés à l'abord de deuil(s) compliqués diffracté(s) la massivité et la rapidité du mourir. L'effraction du réel dans des pratiques rodées a sournoisement transformé peu ou prou le métier<sup>3</sup>. L'enquête SlaMOR [Soigner la mort] est arrivée dans ce contexte turbulent. Le lecteur doit considérer que l'enquête a risqué le dialogue sur le mourir, imprévu, prolongeant un fond de souci pour le mortuaire, pas le morbide. L'enquête s'est résolument tournée hors des sentiers battus des problématiques étudiées du deuil (Patriarca, 2022 ; Laflamme, 2020) ou du funéraire (Clavandier et al., 2021). Souhaitant développer des capacités prudentielles (Delannoi, 1995) des soignants quant à l'évolution de leurs pratiques, dans un contexte sociétal où le souhait de certains citoyens était de farouchement décider pour eux-mêmes une mort avancée (Auriac-Slusarczyk & Lassalas, 2020), au-delà des pratiques peuplées et de la jurisprudence limitante en place en 2022. Forte de l'évidence d'un clivage entre l'encadrement palliatif destiné à se prémunir du trauma humain dévastateur si on laissait l'humain décider de s'annoncer à lui-même et ses proches les conditions de sa propre mort (Peyrat-Apicella & Sinanian, 2021 ; Peyrat-Apicella & Gautier, 2020) qui explique l'abord globalement compassionnel de la fin de vie du secteur palliatif (Kellehear, 2013), l'enquête a choisi de faire fi au débat improductif (Fantoni & Saison, 2021<sup>4</sup>) voire par trop médiatique cristallisant les avis à partir de la question insoluble des directives anticipées (voir Fournier, 2024). Il fallait enquêter au cœur des lieux où survient le trépas, sans qu'il surgisse : notamment l'hôpital ou les secteurs préalablement et obligatoirement concernés. La cheffe de file du programme a résolument souhaité affronter le paradoxe du devoir mourir à en termes de spécificité humaine (Scappatti, 2023 ; Horviller, 2022). S'entravant des obstacles législatifs français conjoncturels, il était temps de vouloir réconcilier les soignants avec les patients. Au lieu de l'expression *la fin de vie, c'est la mort, le trépas, l'inéluctable, le partir* qui a guidé l'enquête<sup>5</sup> (Auriac-Slusarczyk, et al., 2025). Alors pourquoi *a priori* idéale ?

## 1. Théorie

### 1.1. Enquête idéologique sur le mourir ouverte par-delà la notion de deuil

La typologie des deuils, académique est approchée par maints spécialistes (Bacqué, 2020 ; Laflamme, 2020). Ce secteur distingue, sans les opposer, les deuils ordinaires, traumatiques (Tordjman, 2019) et/ou compliqués (Fasse, 2023) discutés quant à leur aspect pathologique (Maciejewski & Prigerson, 2017). Sans porter atteinte à ces spécialistes ou à la catégorisation théorique minimale discutable, on reprend ce que Vinciane Despret suggère, différemment, qu'on peut s'intéresser au deuil autrement que par l'intermédiaire de « *théories psychologiques [qui] enjoignent à l'oubli* » sous une « *forme autoritaire* » (Despret, 2023) : les morts agissent, encore et effectivement après leur trépas. Ces derniers transforment l'image puissante des *traumatismes, inconforts et rituels sociaux* vécus/subis par les vivants, ces derniers errant un moment, esseulés, perdus, déroutés, mais hautement concernés (Auriac-Slusarczyk et al., 2023 ; Auriac-Slusarczyk, 2022). Mais pas uniquement. Les morts œuvrent, poursuivent, vivent chez les vivants : il y a quelque chose de vivace dans la mort que les représentations, verbalisées, émotionnelles retranscrivent. Cela revêt l'obligation d'examiner de près ce que le trépas déclenche quasi idéologiquement, mais sans conscience, en évitant les préjugés comme l'euphémisme sans prédéfinir ni la *mort*, ni le *mortel* pour en parler. Cela étant, tout interview manipule, et

---

<sup>3</sup> Nous remercions nos partenaires locaux clermontois pour avoir parié avec nous sur le bien-fondé d'un contraste potentielle de pratiques et de verbalisations entre la neurologie dégénérative, représentée par l'engagement du Dr Nathalie Guy dans le suivi de patients atteints de SLA, et l'oncologie pratiquée au sein du centre Jean Perrin par l'intermédiaire de la directrice, Frédérique Penault-Llorca, sans lesquelles aucune enquête n'aurait démarré.

<sup>4</sup> Cf. L'équipe de recherche du projet Ac- SOI-VIE (Accompagnement de la fin de vie : regards croisés des patients et des soignants) a partagé de nouvelles réflexions sur la thématique de l'accompagnement de la fin de vie et de son appropriation par les professionnels de santé.

<sup>5</sup> Nous remercions pour leur contribution Hélène Maire, Antonietta Specogna, Yasmina Kebir et Valérie Saint-Dizier de Almeida pour le laboratoire 2LPN et Frédéric Pugnère-Saavedra, Nathalie Garric et Abdelhadi Bellachhab pour le laboratoire Préfics.

nous tenons déjà pour acquis qu'une question comme « la *belle mort* » (Auriac-Slusarczyk, et al., 2025) est production de représentations singulières chez les soignants. De même, les ressentis des soignants, par fonctions interposées, infirmiers, médecins, aides-soignants indiquent l'accordement aux situations vécues mais aussi à l'idéologie professionnelle (Kébir, 2022). On sait, par ailleurs, que les situations particulièrement perturbantes, celle de mort vécue en pédiatrie à l'origine même du développement éthique palliatif (réf à retrouver) convoquent des réflexions sur l'amélioration professionnelle retenant l'émotion (Perifano et Laurend, 2021). Ainsi, par-delà la thématique du deuil, elle aussi assez confuse, cachée, refusée par l'occident, aborder thanatique reste plus efficace (Bacqué et Hanus, 2023<sup>6</sup>), et on sait que projeter la réflexion sur le mourir, à partir de doxa subversive (*belle* ou *bonne* mort) engage à des verbalisations prolixes, variées, situées selon les services concernés, au point de faire douter d'un saut générationnel entre des propos visualisées « plutôt dans la bouche des mamies de 90 ans », selon un oncologue et des soignants modernes tel que le rapporte un neurologue : « je sais pas s'il y a une belle façon, de bonnes façons de mourir : la mort reste la mort [...] le passage lui-même de la mort, on sait pas ce qui est vécu à ce moment-là hein ? » (Bellachhab et al., 2024/25). L'étude des verbalisations d'acteurs dépassent en ce sens la détermination de l'effet de la parole, qui ne peut, en l'occurrence se résumer ou se résoudre dans un référentiel, fut-il dédié à une spécialisation, l'oncologie, pour exemple (Hergaud et al., 2022)

## 1.2. Enquête sur les métiers des soignants par la verbalisation

Enquêter dans les métiers de l'humain impose des méthodes en complexité (Albero & Thievenaz, 2022) resserrés sur un objectif central : pour nous la focale de la médecine et sa transformation. L'inter- et la pluri- disciplinarité ont présidé aux choix d'une approche de théorie ancrée pour dépasser la stérilité disciplinaire (Guillemette, 2006 ; Garreau & Bandeira-De-Mello, 2020). L'enracinement sur le terrain visait l'étude des relations humaines, la description (Delgoulet, 2024) pour une étude de la dialogie en train de se faire (Laurens, 2011 ; Trognon, 2003). Seule une enquête portant sur l'intériorité (Cifali, 2022) pouvait tenter de démêler l'écheveau des pratiques, et le langage a servi de données : l'étude du discours dégage toujours ce qui fait le sensible (Garric et al., 2022a), et chaque laboratoire, chercheur s'est contraint à entrer par les mots ce que la neurologie a déjà consacré de manière productive (Le Forestier, 2014 ; 2022<sup>7</sup>). En matière de soin, celui des employés, dont ceux des secteurs hospitaliers, revient à projeter, vérifier pu certains, s'il peut y avoir stabilisation ou déstabilisation de l'engagement professionnel (Robert et Vandenberg, 2024) vers une marge de progressivité professionnelle des soignants (Broussal & Saint-Jean): or, les secteurs neurologique, oncologique et palliatif n'accordent pas le même poids à un engagement favorisant la continuité ou la recherche d'alternative dès lors, pour exemple, que la notion de verbaliser la « souffrance » intervient : les équilibres entre fonctions occupées et objectifs du service différent (Lerond-Caussin et al., 2024).

Vérifier de manière managériale si les ressources hospitalières en matière de changement des pratiques existent achoppent sur des savoirs disparates sur le mourir démontre le piétinement d'au moins trente années : un colloque international/pluridisciplinaire récent<sup>8</sup> relaie une manifestation<sup>9</sup> qui indiquait trois décennies déjà que « l'écrasante majorité », mourait déjà « dans un lit à l'hôpital », « loin de sa famille » et que « les pratiques qui émergent et les paroles qui se disent » objectivent refoulement, tabou, déliaison sociétale nécessitant des travaux de recherche (Montandon-Binet & Montandon, 1993, avant-propos, p.7). Or, on sait que la société savante en éthique saisit le citoyen en otage sur la question du la « soin » à la mort, au seul regard de titres mêlant alors éthique et polémiques (Hirsch, 2024 ; Fournier, 2024). Que la polémique subsiste paraît évidente

---

<sup>6</sup> Bacqué et Hanus indiquent : « S'il est un thème d'actualité, le deuil est aussi le plus caché, le plus refusé par les sociétés occidentales. Jadis, il donnait lieu à de nombreuses manifestations, et la mort était vécue comme une fatalité. Un pâle retour de la réflexion sur la mort et le deuil se dessine cependant aujourd'hui. Aux États-Unis, un champ entier de la psychiatrie est consacré à ses conséquences, tandis que la thanatologie – étude de la mort et du mourir – a une place bien définie dans la plupart des pays développés. », 2023, page 11.

<sup>7</sup> Nous remercions le Dr Nathalie Guy qui a tôt pointé cette référence entre neurologie et linguistique.

<sup>8</sup> titré *La mort, et si on s'éduquait ?* en 2023, <https://diflamor.sciencesconf.org>, organisé par l'Université Clermont-Auvergne, désormais Clermont Auvergne Université, avec le financement et le soutien des Maisons des Sciences de l'Homme et tente le rapprochement soignants-citoyens-chercheurs en sciences humaines et sociales.

<sup>9</sup> titré *Savoir mourir*, le colloque en question était organisé par « le département Santé & Société de l'université Paris-Val-de-Marne et par l'équipe de recherches sur les traités de savoir-vivre en Europe du CRLMC de l'Université Blaise Pascal, tenu les 21-22-23 mai 1992 »

dans un pays où la législation n'admet pas le thanatisme, ce qui conduit à ce que le terme de soin capture les esprits.

La langue portant en elle l'altérité (Lebrun & Malinconi, 2015), l'étude des paroles révélant le rapport de places (Kerbrat-Orrechioni, 1984, 1988) où rôles et pouvoirs accomplissent à chaque fois une relation, contextualisée, datée, il s'agit aujourd'hui, de poursuivre l'effort d'une réconciliation avec la mort (Mao, 2023), en parler, apprivoiser l'émergence de représentations utiles : « *Le simple fait de parler de la mort, de l'après, permet de mettre en place dans l'esprit des représentations, ce qui est moins angoissant que de n'en avoir aucune* » (Dudoit, in Patriarca, 2022, p.23). L'une des représentations utiles à interroger est alors celle qui associe la mort à une forme d'idéal, la *belle mort*, dont certains ont pu dénicher que cet idéal pouvait se décrire comme une extinction, sereine, « *quand les gens, ils sont sereins, qu'ils sont confortables, qui s'éteignent tout doucement* » (Bellachhab et al., 2024/25), comme une super nova, alors (voir l'introduction du livre).

### 1.3. Le registre émotionnel en question en secteurs ciblés de *soin*

L'alliance médecine-SHS (Lefève *et al.*, 2020) permet d'étudier les discours situés à l'hôpital (Blasco, 2022 ; Delsart & Auriac-Slusarczyk, 2022). Dans ce cadre, certains constatent la production d'émotions négatives qui ressortent des discours de soignants abordant le mourir (Kebir, 2022 ; Kebir & Saint-Dizier de Almeida, 2024) nécessitant pour les étudiants en médecine de se méfier de cette négativité (Foley et Saraga, 2021) ou bien empêchant la verbalisation de type spirituel (Foley, 2006). Une dimension d'éthique professionnelle configure les ressentis posés sur le mourir (Borgeaud, 2008). Le tabou entrave et parfois les mots s'évitent même (Erard, 2021) dans la relation en consultation clinique (Lebas-Fraczak, 2020). On sait que le secteur palliatif entretient un rapport spirituel sacré à la vie (Foley, 2006) entravant sa verbalisation. Il ne s'agit pas d'émotivité face à la mort, mais bien d'une armature forgée au fil des expériences qui se transmue en véritable trait d'affectivité : on pense souvent protecteur le fait associé des effets positifs en termes de refus de démission affectivité professionnelle stable (Robert et Vandenberg, 2024) : en ce sens, les soins palliatifs restent très attachés à leur spécialisation professionnelle, qui peut expliquer la distorsion de leurs discours et représentation sur la souffrance (cf. distord leur discours, cf. Lerond-Caussin *et al.*, 2025, *op.cit*) mais aussi la protection de leur spécialité retrouvée clairement dans le manifeste des 184 citoyens de la convention citoyenne sur la fin de vie (Auriac-Slusarczyk, *ici-même*). L'oncologie et la neurologie, notamment dégénérative (Le Forestier, 2014, 2022) disposent de représentations idéologiquement moins consensuelles. L'oncologie reste encore assez dépendante des caractéristiques de la phase de deuil (Herhaud *et al.*, 2022, voir plus haut), et la dérive potentielle d'un souci légitime des aidants (Garric *et al.*, 2022a), survivants suite au trépas d'autrui, ne doit pas oblitérer l'effectivité des ressentis des équipes : positifs ou négatifs, voire neutres. Si les émotions positives et négatives font l'objet d'études classiques mesurant ou une polarité qui sert de repère, les émotions plus neutres, voire l'impassibilité reste moins fréquente et pourtant présente dans les discours (Piolat et Bannour, 2009). L'étude des émotions à partir du langage est outillée (Tropes<sup>10</sup>, issu des travaux en psychologie, voir Ghiglione, *et al.*, 1995 ; Ghiglione et Balccnhet, 1991 ; ÉmoTAIX, voir Piolat, 1999 ; Piolat et Bannour, 2009) et augure de mesures permettant la comparaison. L'un (dictionnaire émotionnel d'ÉmoTAIX) et l'autre (Scénarii extraits automatiquement de Tropes) engagent à pouvoir étudier ce que les discours renferment quant à la confrontation à la mort en termes d'impassibilité (synonymes : calme, fermé, figé, flegmatique, froid, glacé, glacial, immobile, immuable, impénétrable, imperturbable, indifférent, inébranlable, inexpressif, patient, placide, résigné, stoïque) et de sang-froid représentant la « maîtrise de soi » (synonymes : aplomb, assurance, calme, flegme, impassibilité, imperturbabilité, maîtrise, paix, placidité, sérénité). Il peut être rappelé que pour sang-froid « au sens littéral, il y a bien l'évocation et l'épreuve sensorielle d'une réalité physiologique, celle d'un corps d'où la vie s'est retirée. Au sens figuré, il y a une claire allusion à la maîtrise de l'émotion qu'exigent le suivi et le traitement (découverte, analyse, enquête) d'affaires troublant le cours paisible des choses, rompant avec la norme quelle qu'elle soit. » (Travers de Faultier, 2017). De la médecine légale à la criminologie, la notion de sang-froid reste somme toute ambivalente.

Pour conclure ce qui nous paraît mettre l'accent sur une forme d'idéal poursuivi par l'enquête SlaMOR, citons : « *si la réalité physique de la mort détruit l'homme, l'idée de la mort peut le sauver* » écrit un psychanalyste accompagnant son épouse en phase terminale d'un cancer (Yalom, in Guitté-Verret et Malinowski-Charles,

---

<sup>10</sup> Voir François Jarraud, 2022 pour une présentation récente et vulgarisée qui exploite ce logiciel comme service auprès des éducateurs. Regards croisés sur un logiciel pluridisciplinaire : tropes. <https://cafepedagogique.net/2022/03/25/regards-croises-sur-un-logiciel-pluridisciplinaire-tropes/>, 25 mars 2022

2023, p. 12). Parce que les disparus sont confiés aux thanatopracteurs (Verbugt & Caron, 2019), même les espaces *mortuaires* faits pour voir en vrai le mort conduisent à *peut-être* éviter ce qui rassurerait. Fin ou finitude (Cherblanc et Caputo, 2024) ne sont pas équivalents. Or, l'idée d'une forme de sérénité du repos *humain* impose « *cette perspective [où] l'être humain ne peut donner de sens à son existence que dans la mesure où il prend conscience de la mort et de la finitude* » (Guitté-Verret et Malinowski-Charles, 2023, p.12). Se peut-il que la prise de conscience soit unifiée : mort et finitude, de concert ?

## 2.Méthodologie : enquête, données, traitement

### 2.1.Structuration de l'enquête

Deux terrains principaux, représentés par nos partenaires, furent initialement engagés pour étudier une temporalité contrastée prédéfinie *a priori* : l'oncologie où le décès jamais annoncé au départ reste en suspens sans certitude, et la neurologie dégénérative représentée par la sclérose latérale amyotrophique (SLA) où le trépas certain face dû à l'absence actuelle de traitements reste suspendue au seul délai incertain. L'écart entre ces deux secteurs augurait de vérifier comment le métier s'accommodait de la technicité médicale croissante (Jean-Dit-Pannel & Thomas, 2019). L'introduction du secteur palliatif admettait, par contraste, une forme d'acharnement au vivant et une culture compassionnelle érigée depuis les années 80 dans les services palliatifs (Kellehar, 2013) restant de plus insatisfaits (Hirsch, 2019), laissant planer l'insatisfaction des soignants sur la notion, pourtant législativement admise, d'arrêt possible de traitements (Basset, 2016). Les discours correspondant à plusieurs fonctions de soignants (*infirmiers, aides-soignants, cadre de santé, psychologues, médecins*) furent sollicités, eu égard, notamment à l'écart de vue distanciant, pour exemple infirmiers et médecins lors des réunions éthiques statuant sur l'ajustement des traitements, en fin de vie via l'interprétation délicate ou impossible des directives anticipées (Sagot & Bonin, 2019).

### 2.2.Hypothèse générale

Les discours ayant déjà fait l'objet d'une première publication (Auriac-Slusarczyk, Smirdec et Vincent, 2025 ; Lerond-Caussin et d-Costes, 2025; Bellachhab et *al.*, 2025, Leron-Caussin et *al.*, 2025) exprimant et illustrant les orientations thématiques des propos contrastés entre services et fonctions, notre hypothèse générale pose en outre que la singularité des propos recueillis compose des extraits de discours particuliers. Nous avons fait l'hypothèse que certains traits saillants de la littérature concernant l'oscillation entre aide à mourir et fin du vivant, l'optique législative composant via la notion de sédation sommeil profond et repos du mort, la spécificité spirituelle des soins palliatifs spécialisés (cf. notre cadre théorique ci-dessus) devaient se retrouver imprimés dans nos données discursives.

### 2.3.Hypothèses spécifiques concernant les ressentis émotionnels

Le contraste entre secteurs-services (oncologie, neurologie, soins palliatifs) oriente nos hypothèses : a) l'usage du logiciel TROPES cible la répartition des émotions positives, négatives, non-spécifiées (cf. Auriac-Slusarczyk et Delsart, 2022), b) l'extraction d'épisodes interlocutoires (cf. Delsart & Auriac-Slusarczyk, 2020) en mettant l'accent sur la spécificité de l'oncologie.

*HYP1* : Un contraste neurologie-oncologie engageant un processus vital (certain *versus* incertain) différencie significativement les émotions lexicales typiques (positives, négatives, non-spécifiées) verbalisées.

*HYP2* : Une gradation émotionnelle décrit un rapport émotionnel à la mort *graduellement positif à négatif* entre respectivement la neurologie, l'oncologie puis les soins palliatifs dont le rapport sacré spirituel protégé à la vie diffère de l'oncologie

### 2.4.Données d'appuis : double champ

Nous présentons deux types de données, qui n'épuisent évidemment pas les acquis de l'enquête, qui trouvent par ailleurs, comme signalé (cf. Auriacs-Slusarczyk, Smirdec et Vincent, 2025), des extensions publiées (Abdelhadi, et al., 2024, Garric et al., ici même, Saint-Dizier de Almeida & Kébir, ici-même). En premier lieu, 37 entretiens retranscrits composent la partie centrale de l'enquête SlaMOR visant à étudier les perceptions et ressentis face au trépas de plusieurs catégories de soignants (Tab. 1, ci-dessous), selon des entretiens conduits

par deux enquêteurs. Les sujets interviewés sont médecins, infirmiers, aides-soignants. 37 entretiens d'une heure et demi en moyenne servent de données. Le lecteur trouvera la grille d'entretien dans l'ouvrage principal (Auriac-Slusarczyk, Smirdec et Vincent, 2025).

| Catégories Interviewers/Interviewés | Total Interviewés | Interviewé par homme sociologue | Interviewé femme psychologue sociale | par Interviewé en service neurologie | Interviewé en service oncologie | Intervi wé en secteur/ service palliatif | Interviewé Homme | Interviewé Femme |    |
|-------------------------------------|-------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|--|------------------|------------------|----|
| Médecins                            | 12                | 7                               |                                      | 5                                    | 4                               | 5  | 3                | 2                | 10 |
| Cadres santé                        | 3                 | 2                               |                                      | 1                                    | 0                               | 1  | 2                | 1                | 2  |
| Aides-soignants                     | 8                 | 2                               |                                      | 6                                    | 0                               | 3  | 4+1 mixte        | 1                | 7  |
| Infirmières                         | 14                | 9                               |                                      | 5                                    | 3                               | 6  | 4+1 USPM         | 5                | 9  |
| Total                               | 37                | 20                              |                                      | 17                                   | 7                               | 15                                       | 13+2             | 9                | 28 |

Tableau.1 - Répartition des entretiens en fonction du genre des interviewers/interviewés, des catégories professionnelles des interviewers/interviewés et des services d'appartenance des interviewés.

En second temps, l'ensemble de ces entretiens a donné lieu à une étude des valences émotionnelles des discours. On a fait l'hypothèse progressive d'une effective gradation émotionnelle dans les discours des soignants sur le mourir, où l'oncologie peut être comparée à la neurologie et aux soins palliatifs. Contrairement à des échelles déclaratives (ex : Thompson, 2007 ; Vandenberg, 2018) qui font rapporter aux interviewés leur niveau d'affectivité positive (« inspiré ») ou négative (« inquiet ») qui en ce sens renforce la congruence des émotions citées avec la fonction professionnelle, l'extraction du lexique émotionnel récupère tous les épisodes interlocutoires consignants une valence émotionnelle, une nature (propres, spécifiques) (Tab.2, ci-dessous). Notre fouille centrée sur le lexique émotionnel descend en généralité, quitte à prendre le risque de moins de significativité. L'outil de fouille tropes ÉmotAIX n'est pas destiné à des favorisés des mesures (validité, tendances statistiques, hypothèses) mais des orientations : nous avons toutefois pratiqué les statistiques descriptives et inférentielles classiques) pour recueillir des impressions fiables, dans la mesure où il s'agit dans un premier temps de taux chiffrés.

| Corpus/emplois émotionnels | Total lexique émotionnel | Emploi non spécifique figurés | Emploi non spécifique propres | Emploi à valence négative Totalité | Emploi à valence positive Totalité | Mention de Sang froid | Surprise | Impassibilité |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|----------|---------------|
| 1. 03-07 ONCO IDE          | 581                      | 101                           | 42                            | 222                                | 256                                | 28                    | 0        | 0             |
| 2. 03-18 SP CADR           | 855                      | 163                           | 47                            | 344                                | 320                                | 25                    | 8        | 20            |
| 3. 03-23 ONCO MED          | 274                      | 22                            | 19                            | 101                                | 128                                | 20                    | 4        | 0             |
| 4. 03-24 ONCO IDE          | 687                      | 92                            | 56                            | 218                                | 308                                | 55                    | 12       | 0             |
| 5. 03-28 ONCO MED          | 428                      | 41                            | 22                            | 171                                | 190                                | 27                    | 4        | 0             |
| 6. 03-30 SP IDE            | 465                      | 81                            | 27                            | 154                                | 199                                | 23                    | 4        | 0             |
| 7. 04-04 ONCO MED          | 458                      | 38                            | 41                            | 172                                | 201                                | 20                    | 6        | 0             |
| 8. 04-07 ONCO IDE          | 611                      | 51                            | 33                            | 258                                | 261                                | 33                    | 6        | 0             |
| 9. 04-07 SP MED            | 439                      | 51                            | 13                            | 170                                | 195                                | 21                    | 9        | 0             |
| 10. 04-11 SP IDE           | 935                      | 130                           | 91                            | 349                                | 340                                | 28                    | 23       | 0             |
| 11. 04-12 NEURO MED        | 518                      | 36                            | 31                            | 230                                | 218                                | 23                    | 0        | 0             |
| 12. 04-22 ONCO AS          | 399                      | 75                            | 32                            | 93                                 | 194                                | 25                    | 5        | 0             |
| 13. 04-25 ONCO IDE         | 456                      | 44                            | 48                            | 151                                | 198                                | 32                    | 13       | 0             |
| 14. 04-25 SP AS            | 454                      | 34                            | 51                            | 195                                | 171                                | 24                    | 0        | 0             |
| 15. 04-27 NEURO MED        | 799                      | 93                            | 49                            | 301                                | 333                                | 34                    | 18       | 5             |
| 16. 05-02 SP CADR          | 241                      | 29                            | 20                            | 88                                 | 94                                 | 10                    | 9        | 0             |
| 17. 05-04 SP IDE           | 421                      | 44                            | 36                            | 142                                | 193                                | 0                     | 3        | 3             |
| 18. 05-05 NEURO IDE        | 456                      | 63                            | 39                            | 165                                | 180                                | 22                    | 7        | 0             |
| 19. 05-25 NEURO IDE        | 242                      | 15                            | 26                            | 87                                 | 112                                | 19                    | 0        | 0             |
| 20. 05-30 ONCO IDE         | 409                      | 37                            | 37                            | 135                                | 196                                | 41                    | 4        | 0             |
| 21. 06-02 ONCO AS          | 886                      | 113                           | 59                            | 403                                | 284                                | 46                    | 26       | 0             |
| 22. 06-09 SP MED CB        | 449                      | 48                            | 34                            | 160                                | 203                                | 15                    | 4        | 0             |
| 23. 06-09 SP MED KL        | 347                      | 36                            | 15                            | 150                                | 142                                | 13                    | 4        | 0             |
| 24. 06-10 SP IDE           | 782                      | 77                            | 50                            | 336                                | 312                                | 22                    | 7        | 0             |
| 25. 07-07 ONCO CADR        | 507                      | 51                            | 33                            | 176                                | 239                                | 22                    | 7        | 0             |
| 26. 07-07 ONCO IDE         | 256                      | 26                            | 18                            | 65                                 | 144                                | 23                    | 3        | 0             |
| 27. 07-20 ONCO AS          | 645                      | 68                            | 47                            | 288                                | 219                                | 13                    | 14       | 9             |
| 28. 07-21 SP IDE           | 566                      | 89                            | 36                            | 232                                | 201                                | 8                     | 7        | 0             |
| 29. 08-08 SP MED           | 635                      | 77                            | 73                            | 246                                | 231                                | 25                    | 7        | 0             |

|                            |     |    |    |     |     |    |   |   |
|----------------------------|-----|----|----|-----|-----|----|---|---|
| 30. 08-10 ONCO MED         | 438 | 45 | 20 | 199 | 166 | 13 | 8 | 0 |
| 31. 08-17 ONCO/SP/NEURO AS | 216 | 21 | 13 | 94  | 80  | 6  | 8 | 0 |
| 32. 008-18 SP AS           | 274 | 35 | 38 | 100 | 101 | 17 | 0 | 0 |
| 33. 08-19 SP AS            | 306 | 62 | 21 | 115 | 105 | 7  | 0 | 0 |
| 34. 10-06 SP AS            | 476 | 40 | 30 | 252 | 150 | 25 | 0 | 0 |
| 35. 10-07 NEURO IDE        | 206 | 25 | 14 | 77  | 87  | 11 | 0 | 0 |
| 36. 11-04 NEURO MED        | 471 | 41 | 48 | 177 | 201 | 16 | 4 | 0 |
| 37. 11-16 NEURO MED        | 426 | 35 | 16 | 169 | 204 | 36 | 0 | 0 |

Tableau 2 - Répartition générale détaillée des items émotionnels lexicaux (valence, spécificité, nature, type), selon les services et les fonctions professionnelles. Légende. Les types d'émotions (figurées et propres) sont détaillées, pour information, en mode grisé.

### 3. Étude des discours produits

En concordance avec notre hypothèse générale, nous illustrerons, avec exemplaires illustratifs clefs à l'appui, ce que révèle l'enquête, sans besoin d'une fouille ordonnée, la simple lecture du corpus de 670 000 mots produits dans les interviews (Delsart et Corman, 2025 ; Lerond-Caussin et Julier-Costes, 2025) qui décrivent l'abord de la mort dans ces coulisses du discours cumulent nombre d'anecdotes emblématiques. Nous exploiterons trois traits, qui non représentatifs de l'ensemble des soignants, visent à montrer cependant le caractère idéal de l'enquête menée. On peut, au fil des échanges glanés révéler, les jeux semi-conscients, conscients ou inconscients sur les mots, où la mort et le repos s'échangent leurs représentations (extrait 1), tant mort et sommeil alimentent des représentations esthétisant la mort (extrait 2 et 3) où la crudité du processus de sédation choisie comme solution législative française reste paradoxalement sous-jacente à toute *belle* mort (extrait 4) et protocolisée en soins palliatifs. Enfin, quand un médecin neurologue conte son anecdote (extrait 7), c'est encore cette impossible déliaison qui capture le citoyen et le soignant en ressentis, souvenirs et certitude sur ce qu'il fallait, faudrait ou faudra faire en matière de mourir : or, c'est bizarre. Le goût reste amer.

#### 3.1. Dénommer des lieux : glissement du *mortuaire* au *reposer*

Un enchaînement interlocutoire déploie un jeu de dialogue (cf. Trognon, 2003) tel qu'il a fait l'objet de notre attention (Extrait 1).

11. Interviewer sociologue : - D'accord et est-ce que vous savez comment s'organise le départ du corps ou est ce qu'il va qu'il prend en charge, *et cetera* ?
  12. *Agent hospitalier oncologie* : - Honnêtement, ça chez nous [...] on a 4 places à la... à la morgue qu'on appelle pas la morgue, qu'on appelle le dépositaire. C'est très joli comme terme [...]
  13. Interviewer sociologue : - Et quand *vous dites* "c'est très joli", c'est c'est ironique....?
  14. *Agent hospitalier oncologie* : - Oui, je sais pas, dépositaire c'est.. ouais je sais pas, je trouve ça, je trouve ça *ville* comme mot, mais bon enfin ça veut peut être bien dire juste ce que ça veut dire, je sais pas, peut-être - que morgue c'est peut être comme tout un tas de terminologies ça fait peut être peur... morgue.. enfin bon donc en tout cas
  15. *Agent hospitalier oncologie* : - Avant ça s'appelait plutôt chambre mortuaire, mais je crois que maintenant c'est dépositaire qu'on dit chez nous. *Enfin bon* pour le coup, oui chambre mortuaire c'est mieux. C'est *moins vilain* que dépositaire *je trouve*.
  16. Interviewer sociologue : - Ok, mais vous connaissez les gens qui s'en occupent ?
  17. *Agent hospitalier oncologie* : - Non
  18. Interviewer sociologue - Et vous êtes déjà *descendu* dans ces repositoires ou...?
- Extrait 1.- enquête SlaMOR

C'est l'interviewer qui condense, au final, les reprises de la dénomination quand l'état du corps rappelle la mort : « morgue », « chambre mortuaire », « dépositaire » et finalement : « reposer ». Bien connu des psychologues sociaux, le sens s'échafaude collectivement, et la construction interlocutoire de ces dénominations, explicitement ressenties, en termes de terminologies dérangeantes (« ça fait peut-être peur ») à dépasser (« enfin bon donc en tout cas ») construit cette figure du « repos ». Chacun reconnaîtra derrière ce jeu de langage, la réapparition du sommeil, éternel, comme figure de (ré)conciliation.

#### 3.2. Mort classe ou protocolisée : par-delà ou grâce à l'esthétisation suggérée

Corroborant l'une des études à partir de ces mêmes données sur l'emploi du terme souffrance (cf. Lerond-Caussin et al., 2025), mais aussi sur l'effet d'une question verbalisant l'esthétique de la « belle » mort (cf.

Delsart et Corman, 2025), la représentation distancée, idéalisée de la mort ressort sous l'expression d'une « mort classe », évoquée par un cadre santé en oncologie (extrait 2), sans l'associer à une sérénité : mourir sans violence (cf. Courtas, 1993). Ce n'est pas la doxa hospitalière à l'emploi du terme « mort » qui est relayée, ni une mort décidée ou médicale (cf. Abdelhadi, et *al.*, 2025). Ce qui est classe, c'est ceci : s'endormir, naturellement. L'hospitalier va chercher sa représentation dans sa propre idéalisation, humaine, dégagée du souci sanitaire. Or, cette idéalisation est à la fois combattue par certains soignants (extrait 3 « pas sympa la mort » « à l'hôpital »), saisie d'ambivalence en se déprenant de toute moralité (« belle » oui, « bonne », non ; extrait 4 : « ça dépend de quel point de vue ») ou encore ravalée dans une mort réaliste, très protocolisée, médicalisée car vécue et rapportée par les acteurs de soins palliatifs (extrait 5).

**Cadre santé oncologie** : - [...]5h du matin, vous réveillez-vous êtes fatigué, vous dites à votre femme que vous êtes fatigué. Et puis ben vous endormez dans votre lit enfin... C'est pas mal. Je vous trouve que c'est classe moi...(rire)

Interviewer psychologue sociale : - tranquille

*Cadre santé oncologie* : - Bah c'est... non, je trouve que c'est classe

Interviewer psychologue sociale : - Ouais.

Extrait 2.- enquête SlaMOR

*Infirmier d'État. Neurologie.* - Une belle mort à l'hôpital, je sais pas. Euh...une belle mort à l'hôpital... Non, je dirais pas qu'elle est belle dans tous les cas, la mort à l'hôpital [...] à l'hôpital ? Pas très sympa quand même.

Extrait 3.- enquête SlaMOR

Interviewer psychologue sociale : - [...] on parle souvent de la belle mort, de la bonne mort, qu'est-ce que t'en penses ? Qu'est-ce que ça t'évoque ?

*Cadre de santé oncologie* : - Ça dépend de quel point de vue (sourire). Mon père est décédé il y a 4 ans, il est mort chez lui, il est, il a dit à ma mère... Louise, je suis fatigué. Bah repose toi mon chéri...Il s'est allongé, il est décédé. Pour moi, c'est une belle mort. Pour ma mère, c'était atroce parce que c'était très très subi, mais mais, mais après, quand on en discutait avec maman... Elle en convient que pour son mari, mon père, c'était une belle mort, parce que ben il a quatre-vingts ans. Certes, il était coronarien, opéré multiple de multitude fois, mais... [...] Euh...du coup. Il y a une belle mort. La bonne mort ? pfff... J'aime pas le mot bonne déjà, j'aime pas le mot, non j'aime, j'aime pas le mot, j'aime pas le mot bonne, donc belle mort et je je pense qu'il y a il en existe oui.

Extrait 4.- enquête SlaMOR

Interviewer sociologue : - Donc nous ouais donc le médicament ne fait qu'apaiser les douleurs et l'active, pas le processus.

*Aide-soignante soins palliatifs* : - Non, alors non, nous pour nous, on fait vraiment les choses, alors c'est l'hypnovel c'est à visée anxiolyse. Si vraiment la personne est est angoissée et donc on a des des protocoles. Et puis si vraiment c'est pour une sédation il y a une concertation pluridisciplinaire entre tout le monde et on voit le docteur nous dit voilà, je veux que la personne ça passe « moins 3 » donc ça veut dire qu'elle dort mais qu'elle est réveillable, passe « point 5 » c'est pas bon faut pas que la personne se réveille parce que c'est trop inconfortable, faut qu'elle dort tout le temps, mais voilà, c'est pas des doses mortelles.

Extrait 5.- enquête SlaMOR

La divergence des vécus soignants reste évidente si l'on compare ces extraits descriptifs de la représentation en train de se faire (cf. Delgoulet, 2024) en discours. Sans pouvoir l'associer à un secteur particulier, sauf pour les soins palliatifs, l'ambivalence entre la normalité du sommeil et le repos éternel ne cesse de refaire surface. Infantile (cf. Labrelle, 2023) ? De fait la belle mort est parfois totalement déniée (extrait 6 : « y a pas de belle mort », « je vois pas »). Dans ce déni porté par ce personnel aide-soignant, le refus d'esthétisation dépasse le clivage vie-mort, mais aussi refuse tout embellissement (« beau cercueil, bel enterrement, belles fleurs »), et au travers de ce reniement du rituel social du deuil pourtant humainement nécessaire (cf. Bacqué, 2020 ; Laflamme, 2020 ; Tordjman, 2019 ; Fasse, 2023) la représentation, scandée, répétée (« il y a pas ») comme une mantra démontre l'acharnement qui pourrait en ce sens se rapprocher de la pathologisation possible du deuil (cf. Maciejewski & Prigerson. 201 : la mort n'est pas bien vécue.

*Aide-soignante hospitalière* : Y a pas de *belle* mort, il y a pas de *bonne* mort, c'est juste un par avance. C'est aussi donc ça, c'est... y a pas de belle mort. Il y a pas de belle vie ou de mauvaise vie, [...] Y a pas de belle vie. Il y a la vie et y a la mort, c'est tout, mais y a pas de bon et de mauvaise vie, comme il y a pas de bonne et une mauvaise mort. Non, non, non, je vois pas. Ce mot n'a rien à faire dans dans notre dictionnaire. Y a pas de belle vie. [...] chacun a une histoire de vie, avec des moments positifs, des moments négatifs, des tragédies, des bonnes choses. [...] y a tout un cycle, mais y a pas de belle mort ni de mauvaise mort. Sur quoi on peut se baser ? Y a de définition d'une belle mort, c'est quoi une belle mort ? un beau cercueil, des belles fleurs, un bel enterrement ? non, je vois pas, il y

a la mort qui arrive, qui est inéluctable, [...] y a pas... [...] peut être que pour eux, ça les rassure... de savoir qu'il y a peut-être une belle mort, tu vois ? [...] Il y a la mort, si nous, en tant que soignants, on a fait notre travail comme il faut, que la personne n'a pas souffert, qu'on a pu répondre à ses demandes, qu'on a pu l'entourer, et ben voilà, on a bien travaillé, mais c'est pas pour ça qu'on lui a donné une belle mort ou une mauvaise mort, après je...

Extrait 6.- enquête SlaMOR

Ainsi, la provocation d'une libération de la parole à partir de la notion de *belle mort* (Auriac et al., 2025 ; Lerond-Caussin et Julier-Costes, 2025) force à des modalités, des modalisations bien différenciées, qui prouvent que passer de la mort au mourir (le trépas) se déploie ce que certains nomme comme représentation cinématique, brossant un tableau d'expressions : *fin de vie, mort, belle mort, bonne mort, chambre mortuaire, la mort de x* (cf. Bellachab et al., 2025). S'interroger sur le mourir oblige à passer par toutes les couleurs (voir l'introduction du livre). L'enquête SlaMOR reste idéale pour dénicher ces variations, alors que la mort, elle, ne peut jouter facilement avec cet idéal (cf. Bellachab, et al., 2025).

### 3.3.Histoire de mort : bizarre quand même

Si l'on vit avec nos morts (cf. Horvilleur, 2021) le souvenir des patients rencontrés, suivis, construit la mémoire du soignant, pris en étau entre sa propre filiation familiale (fils de, père de) et sa posture sanitaire : l'effroi (« ça » freudien qui émerge des propos, extrait 7) emblématise l'innommable des praticiens palliatifs qui réfèrent la finitude aux principes psychanalytiques de subjectivation et symbolisation (cf. Peyrat-Apicella et Gautier, 2020). Le souvenir de la SLA qui emporte l'enfant d'un confrère, double professionnel de soi qui dénie, « attache » (« ça attachait du coup ») à l'impossible sanitaire (« on ne faisait rien »).

*Médecin neurologue* : - [...] je me disais, avec cette histoire-là, elle est vraiment difficile, elle va me marquer, je m'en souviendrai. [...] histoire très singulière [...] le père est médecin et qu'il était *complètement* dans le déni, l'histoire s'est *dénouée* après, c'est ça qui est quand même assez incroyable, c'est que je... sentais bien que le père, il s'attachait à l'idée [...] Et puis ça attachait du coup à l'idée que sa fille dépérissait et qu'on la laissait... qu'on ne faisait rien... enfin. Donc c'était très spécial les relations avec le papa, et au final, ça s'est fini de façon assez bizarre [...] Donc j'avais le trio, les parents et la fillette. Et les résultats de la génétique sont tombés après le décès de la fillette. Et donc, c'était une mutation causale de SLA, qui s'appelle, c'est rare hein ? Fuss P525L Et les parents n'étaient pas porteurs de la mutation. Donc c'était une néo mutation, causale de la maladie chez la fillette.

Extrait 7.- enquête SlaMOR

Le neurologue renoue avec le sang-froid sanitaire (« après le décès ») malgré l'adhérence ressentie (« ça » « attachait ») où l'alter-égo, père, scotche l'impensable en mémoire, enkyste le souvenir de façon « bizarre ». La mort reste un paradoxe sanitaire, à refreiner en tant que soignant, malgré la certitude finale.

## 4.La valence des ressentis par services et fonctions comparés

Sur les 18144 items émotionnels présents dans les discours d'interviews et repérés grâce au dictionnaire ÉmoTAIX associé à Tropes, les résultats montrent une lexicalisation émotionnelle (Fig. 1., Tab. 3) inversant la tendance normale acquises un grand public indifférencié (cf. scores grand public, Piolat et Bannour, 2009) au profit des émotions neutres (SlaMOR19,75%/norme : 7,15%) et positives (SlaMOR : 41,52%/norme : 26,56%), et au détriment des émotions négatives (SlaMOR : 38,43%/ norme : 62%).

|                               | Émotions non spécifiées | Émotions négatives | Émotions positives | Éléments de surprise | Éléments d'impassibilité | Lexique Total |
|-------------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|----------------------|--------------------------|---------------|
| Corpus SlaMOR                 | 19,5%                   | 39,43%             | 41,52%             | 1,32%                | 0,20%                    | 17714         |
| Références émoTAIX (radicaux) | 7,15%                   | 62%                | 26,56%             | 2,70%                | 1,4                      | 2014          |
| Références émoTAIX (termes)   | 6,83%                   | 62,50%             | 26,50%             | 2,92%                | 1,12%                    | 4921          |

Tableau 3- Taux type proportionnel en pourcentage relatif à chaque catégorie des termes émotionnels dans l'enquête SlaMOR comparée aux taux d'ÉmotAIX (radicaux/termes)

#### 4.1. Illustration des émotions positives

Nous sélectionnons des illustrations extraites des paroles de personnel infirmier en neurologie dégénérative au regard de leur position dans l'ensemble des acteurs (voir, ci-après). Les sourires et le rire émaillent ses prises de paroles chez l'un des personnels infirmiers en neurologie, y compris rapporté (« donc gros sourire et ça avait choqué assez... assez choqué l'équipe ») traduisant l'ambivalence où la mort est contrebalancée, et ceci avec une mention dans les *scenarii* de type sang-froid de ce personnel d'une forme de prudence lié à la détente. Ainsi la dimension de la sérénité émerge des paroles de sang-froid, de même que la déclaration d'un besoin général de curiosité pour pouvoir soigner la mort (« il faut avoir la curiosité », « il faut avoir une certaine sensibilité et surtout beaucoup d'écoute et de curiosité »). Le souhait, celui des patients est très évoqué sur plus de 50 occurrences témoignant la dimension de l'affection comme traits de bien-être (« qui aurait été souhaité », « qu'est-ce qu'il souhaite ? », « ça va dépendre de leurs souhaits » ; « si elles souhaitent pas le faire, on va le faire avec le médecin »).

Pour un deuxième acteur, personnel infirmier en neurologie, les sourires et rires, mentionnés, émaillent les propos : il sont fréquents, et accompagnent des gestes médicaux importants (« j'avais des doutes sur la prise en charge en oxygène quoi », « faut accepter de faire confiance aux collègues »), et alors la mort entre comme questionnement positif (« moi, bah, ça me pose question après la question de la mort », « pareil qui pose des questions aussi un petit peu dérangeantes ») associe la catégorie de lucidité comme émotion positive dégagée par Tropes du discours. C'est la notion de bon sens, déterminé par l'extraction qui illustre la positivité. Le troisième personnel infirmier active lui aussi des sourires, mentionnés accompagnant par exemple le propos suivant : « je pense que je suis peut-être moins exigeant avec la vie ») et la lucidité face aux situations pointe encore comme catégorie (« je lui ai posé la question de sa sensibilité face au mourir »).

Au total, sans pouvoir entrer dans les détails, la positivité émotionnelle face à l'abord du trépas renvoie à un réalisme de situation(s), tout particulièrement en neurologie, où les dés sont jetés, qui contrevient à l'habituel narration négative liée aux circonstances humaines, conformément à la lexicalisation standard augmentant le taux d'émotions négatives. Le fait, imposé, de la mort à prendre nécessairement en charge, imprime aux situations une manière de ne pas l'alourdir, outre raison, semble-t-il.

Mais, sans doute, est-ce le taux mineur d'impassibilité (calculé proportionnellement aux autres taux d'émotions) dans les discours des soignants qui est à remarquer. Si bien que la proportion même de verbalisations émotionnelles est spécifique au corpus verbal de l'enquête SlaMOR.

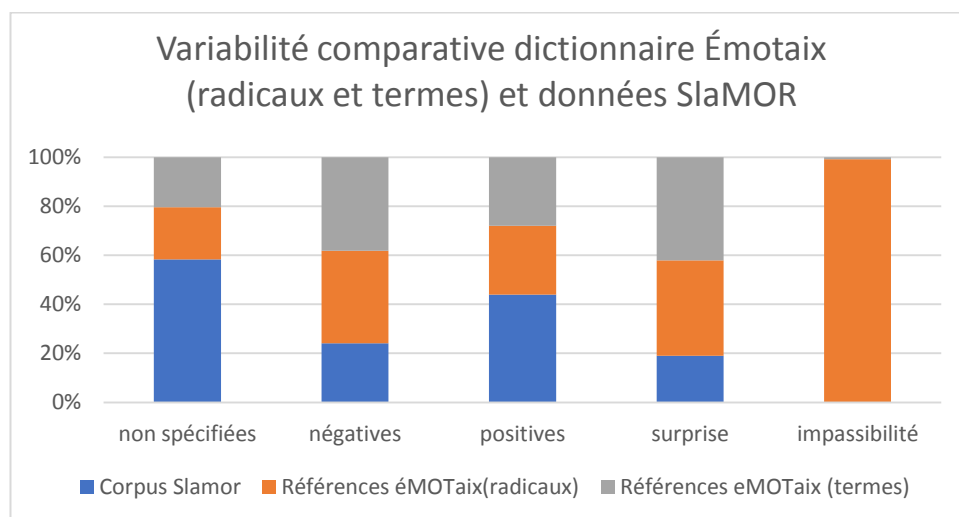


Figure 1 – Proportion comparées des types d'émotions des données en santé SlaMOR (termes) des données grand public ÉmoTAIX (termes et radicaux)

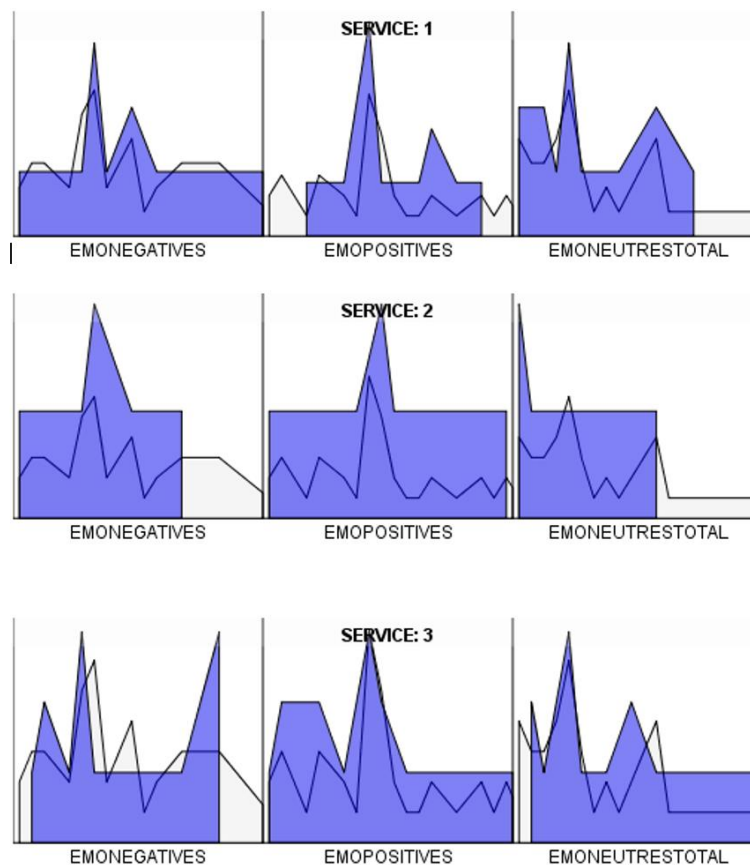
Par ailleurs, l'extraction des scénarii de *sang-froid* admet 828 occurrences ce qui est à étudier en regard du taux d'occurrences de l'impassibilité faible (cf. ci-dessus) qui proche de l'équilibre du dictionnaire référent ÉmoTAIX, reste à questionner et demande à relever les extraits verbaux concernés (voir plus bas). Ce trait est corroboré par le taux élevé d'émotions non spécifiées, caractéristiques des soignants.

Rapportée à chacun des services, la répartition comparée conduit à ne relever aucune différence significative entre services<sup>11</sup> quant à la proportion respective de lexique total comme à la polarité répartissant le taux des émotions non spécifiées, c'est à dire neutres (figurées ou propres), négatives ou positives (Tab.3).

| Émotions                            | Non spécifiées | Négatives | Positives | Lexique Total |
|-------------------------------------|----------------|-----------|-----------|---------------|
| Taux moyen service oncologie        | 93             | 36        | 189       | 512           |
| Taux moyen service neurologie       | 76             | 32        | 172       | 445           |
| Taux moyen service palliatif        | 107            | 39        | 208       | 528           |
| <i>Références ÉMOTAix(radicaux)</i> | 144            | 1251      | 535       | 2014          |
| <i>Références ÉMOTAix (termes)</i>  | 336            | 3078      | 1308      | 4921          |

Tableau 4 – répartition des taux bruts moyens d'émotions types selon les services. Rappel informatif des taux d'ÉmotAIX.

Les tests de Levene d'égalité des variances entre chacun des services, comparés, corrobore l'absence de différence entre les services, considérés deux à deux (oncologie vs neurologie,  $F=.007$ , n.s. ; oncologie soins palliatifs,  $F= 1.124$ , n.s. ; neurologie vs soins palliatifs,  $F=.825$ , n.s.), malgré des différences apparentes sur le profil les taux d'émotions négatives, positives et neutres des répondants à l'interview (Fig.2).



<sup>11</sup> Cf. Tests de Kruskal-Wallis pour échantillons indépendants qui retiennent tous l'hypothèse nulle admettant une distribution identique sur les catégories de services : oncologie, neurologie, palliatif. Les t-test entre chacun des services, comparés, corrobore l'absence de différence entre les services, considérés deux à deux.

Figure 2 – Variance comparée du taux de productions d'émotions négatives, positives et neutres (total des émotions figurées et propres) pour chaque services Légende : - 1. Oncologie, 2. neurologie 3. Soins palliatifs. La courbe moyenne de l'ensemble des services est tracée.

Toutefois, si l'on dénombre les acteurs (oncologie, neurologie, soins palliatifs) qui dépassent dans leurs propos la moyenne calculée du taux d'émotions non spécifiées sur l'ensemble des services, ils sont respectivement 14 sur 37, soit moins de la moitié des interviewés : 5 en oncologie sur 14, 2 en neurologie sur 7, et 7 en soins palliatifs sur 16 placent la neurologie comme le service le moins impacté par une forme de neutralité émotionnelle dans ses propos. A noter que c'est l'oncologie qui se rapproche le plus de cette moyenne de tous les soignants (92 items).

Concernant la positivité émotionnelle des discours, 12 acteurs soit un tiers seulement des interviewés (3 en oncologie sur 14, 3 en neurologie sur 7 et 6 en soins palliatifs sur 16) dépassent la moyenne calculée sur l'ensemble des services, ce qui place l'oncologie comme moins représentative d'une emphase émotionnelle positive concernant la mort. Comparée ainsi à partir d'une moyenne de lexicalisation des soignants tous services confondus, on cible, en oncologie deux médecins et un personnel infirmier, en neurologie trois acteurs issu exclusivement du personnel infirmier concerné, et en soins palliatifs quatre personnels aide-soignant, un cadre et un médecin.

Une régression multiple<sup>12</sup> admet une différence significative du taux (de zéro à 55) de production d'évènement émotionnel de type scenario de « sang-froid » ( $m= 23$ , écart-type= 11 ;  $t = -2.41$ ,  $p=.02$ ), ce, selon le service, le service de neurologie étant le parent pauvre, tandis que, par ailleurs, 18 acteurs sur les 37 admettent des taux équivalents, soit quasi trois scénarii par interview en moyenne. Confirmant le taux proportionnel général, l'impassibilité n'est pas marquée, plutôt absente du corpus SlaMOR. Une différence significative même si tendancielle seulement est trouvée, pour la présence d'impassibilité ( $t=1.99$ ,  $p=.055$ ), ce en dépendance de la fonction occupée (cadre, médecin, infirmier ou aide-soignant), le taux d'impassibilité prédisant tendanciellement en ce cas la fonction cadre de l'interlocuteur ( $F=3.74$ ,  $p.061$ ).

#### 4.2. Illustration des *scenarii* contenant des expressions de sang-froid

##### 4.2.1. Un cadre en soins palliatifs : impassibilité la plus élevée

Si l'impassibilité n'est surtout nullement représentée dans les discours de l'enquête SlaMOR (33 acteurs sur 37), de fait, c'est le cadre du secteur palliatif qui admet un taux d'impassibilité très important. Ce cadre, interviewé par le sociologue, produit 25 épisodes de sang-froid et 20 traits d'impassibilité, Dont 13 interprétés comme traces de calme et 12 de courage. On l'a considéré à cet égard comme cas typique, intéressant, illustrant l'ambivalence même du sang-froid. Dans ce registre, les émotions sont du registre propre, non figurées : exemple : « on n'arrive pas à calmer cette souffrance », seule mention à valence négative.

Verbalisant l'évocation du calme le sang-froid s'illustre par des termes, réitérés, avec les expressions « pas de soucis », « pas de problème », déclinant explicitement la sérénité (« pour que ce soit le plus serein possible », « qu'on aurait pas dit qu'on aurait pu accompagner la mort de M. dans cette sérénité », « pour qu'elles, c'est plus serein, parce que quand t'as toutes ces démarches »)

Verbalisant le courage, il s'agit de repérer ce qui est explicité comme « confortable » pour le patient (« mais qu'ils soient confortables par rapport aux symptômes », « mais c'est sûr que c'est plus confortable pour le patient pour le pardon, pour le soignant », « on les sent pas bien confortables, ils froncent les sourcils, ils ils bougent un peu »). Sur le versant propre, le courage, par 8 occurrences, s'active le terme de « confiance » mais qui en fait n'est que la déclinaison de la personne de « confiance », telle qu'instituée législativement et éthiquement, en lien avec les directives anticipées pensées (« qu'elle a donné sa personne de confiance, écrit ses directives anticipées mais fffou Ah bah c'est la voie royale parce que... »), et qui s'illustre alors sur le « lien de confiance » (« te mettre en confiance et et et de créer une ambiance parce que ... de cette ambiance-là va découler la suite » ; « Et parce que t'as besoin d'être en confiance pour pouvoir aborder tout ça »). « Tisser/créer un lien de confiance » intervient comme expression figée à trois reprises. En écho, les tracs d'impassibilité se concentre sur un épisode de l'interview, qui par 20 fois, de manière figurée en appelle au terme « anesthésie », puis « froideur » (« mais moi ce qui me marque c'est cette froideur, c'est ce qu'on

---

<sup>12</sup> L'ensemble des facteurs (lexique total, émotions neutres, émotions négatives, émotions positives, sang-froid surprise et impassibilité) est introduit dans l'analyse de régression conduite sous SPSS.

appelle la froideur des extrémités » ; « donc tes doigts sont froids, tes pieds sont froids, tes bras sont froids » ; « elles sont froides, c'est des néons, c'est des voilà donc là, on met une lampe de chevet »).

#### 4.2.2. Un certain type de sang-froid incarné : cas du médecin neurologue

Cinq et trois occurrences pour, respectivement, un médecin neurologue et un personnel infirmier en soins palliatifs, si elles illustrent ce trait particulièrement absent chez les soignants, sont différemment relayées par le taux d'épisodes de sang-froid saillant (voir Tab. 2, plus haut). Le personnel médecin neurologue produit un nombre important d'épisodes de sang-froid : 34, 11 traduisant le « calme », et 23 le « courage ». Sur ces occurrences, comparées à celles du cadre de soins palliatifs (cf. plus haut), c'est le courage qui domine l'expressivité émotionnelle. Le calme se décline de manière réaliste en projetant l'activation des soins palliatifs : cela ne pose « pas de problème », et précisé « personnel », car le calme renvoie à « je décomprime complètement », évoque le nécessaire « répit pour les familles » et le « séjour de répit » est pensé en lien avec « les soins palliatifs » comme espace possible (5 fois). Donc s'« il n'y a pas de souci », c'est que c'est « sur le patient que doit reposer la question ». La valence courageuse, dominante, renvoie comme précédemment à « la personne de confiance », mais invoque aussi explicitement « le courage » comme « la détermination », et la notion de confort n'est plus alors attribué comme précédemment seulement au patient (« mettre en place des soins de confort », « son niveau de confort ») mais comme nécessité pour soigner : « c'est confortable pour moi de pas évoquer ces questions », là où précédemment le cadre laisser échapper « le patient, pardon, le soignant » (cf. plus haut) associant presque ces positions. Le courage en neurologie dégénérative est aussi décliné comme forme « d'audace », mais alors c'est celle du patient (« ça demande du courage » (2 fois) ; « quand même avoir le courage » ; « elle marque, tant par le courage de cette fillette »). Les deux entités (patients-soignant) sont différenciées, représentant en discours chacune, la mention du courage.

#### 4.2.3. Une aide-soignante en oncologie : faible impassibilité

La tranquillité, au travers de l'expression répétée (4 fois) « y a pas de souci »/ « ça me pose pas de souci » illustre la tranquillité, mais est aussi évoqué le repos (« mes jours de repos » « 12 jours d'affilé sans repos », « sentir le patient « reposé » à l'inverse d'angoissé »). Ceci vaut pour le calme correspondant à 8 occurrences sur les 13. Pour le courage, c'est « l'aisance » du personnel qui est évoquée explicitement (3 fois, dont : « il faut avoir une aisance pour pouvoir le dire », « j'étais dans une très grande aisance »). Le sang-froid, plus haut partagé entre soignant et patient en neurologie dégénérative, est plus directement versé du côté des aptitudes du soignant.

### 4.3. De la neutralité émotionnelle chez les soignants

On comprend, au fil de l'étude, peut-être les raisons profondes du taux accru d'émotions non spécifiées. Penchant ni du côté négatif, ni du côté positif, les ressentis restent comme en suspens, pour moduler l'évènement émotionnel pour quasiment (voir Tab. 2) une émotion sur cinq. L'expressivité de l'interjection « ah », emblématise cette ambivalence, produisant seulement un signalement émotionnel à l'auditoire (« ah je pense qu'il y a toujours bienveillance ») : cette forme peut être caractéristique de ce que révèle la neutralisation qui corrobore une indifférenciation significative entre services en termes d'acteurs inférieur à la moyenne cumulée d'émotions neutres (8 en oncologie sur 14 acteurs, 4 en neurologie sur 7 acteurs, 9 en soins palliatifs sur 16 acteurs). Il reste délicat d'illustrer les propos saillants qui se distribuent sur toutes les fonctions des acteurs représentatifs du taux supérieur à la moyenne. De fait le taux de production émotionnelle est significativement inter-corrélé ( $r=0.735$ ,  $r=0.764$ ,  $r=0.835$ ,  $p<0.001$ ) entre chacune des valences, neutres, négatives et positives.

Nous en présentons quelques-uns, subjectivement sélectionnés, sans pouvoir atteindre quelconque représentativité : nous sélectionnons des acteurs de même fonction, médecins, et de même service, l'oncologie. Nous contrastons des acteurs usant très peu de ce lexique aux acteurs très au-dessus de la moyenne même des soignants.

#### 4.3.1. Un acteur peu prolix

Un médecin oncologue, distribue ces traits émotions, neutres entre des traits déclarés d'« attention » aux patients (Extrait 8., médecin oncologue, 41 émotions neutres), de vigilance aux « réactions », « ressentis » du patient et nomme ses sentiments, notamment un sentiment d'amertume (Extrait 9, médecin oncologue, 79 émotions neutres). La neutralité passe ainsi par une dénomination réaliste de ce qui se passe, se vit psychologiquement.

Interviewer - Et est-ce que...justement, j'entends qu'il y a du dit, on surveille les la douleur. On surveille donc l'anxiété, et cetera. C'est des choses que vous faites de manière générale, ou il y a vraiment de manière plus précise à ce moment-là ? Une fois que vous savez que la patiente passe en palliatif

*Médecin oncologue* - nous on le fait de manière générale, mais avec... un petit peu plus d'*attention* aux besoins du patient qui se trouve... Voilà dans dans cette situation, mais c'est vrai, on pouvait faire plus. Mais par manque de temps physique, on n'arrive pas à être très présente. Voilà comme dans le service adapté de soins palliatifs, mais on essaie de...

Extrait 8.- enquête SlaMOR

---

Interviewer - Et est ce que c'est ça t'es déjà arrivé de partir du service en sachant qu'un patient va aller mourir et que tu le reverrais pas, par exemple en vacances ou un week-end ou un.. ?

*Médecin oncologue* : - Oui, oui, oui

Interviewer - Comment...? Comment vas tu t'as pensé à ça à ça ?

*Médecin oncologue* - J'ai un *sentiment*, un *sentiment* d'amertume, si tu veux. Mais je sais, c'est comme ça, la vie continue. Mais oui, je sens parfois une amertume, je dis oui. C'est la dernière fois quand je l'ai eu, ce je l'ai vu, c'est...C'est quelqu'un qui sera seulement dans mes souvenirs, mais...

Interviewer - Le fait de pas assister finalement, enfin de pas être présente à ce moment-là, laisse un un sentiment d'amertume...?

*Médecin oncologue* - Oui, je je sens parfois un sentiment d'amertume, mais plutôt pour pour le patient et pour ses proches, parce que...de...pour mon métier je pense que. j'ai, c'est une question psychologique aussi, je me suis formée pour résister de ne... garder trop...De tous les situations dramatiques que j'ai en charge, voilà. De qui pourrait m'en faire vraiment mal et de m'empêcher de faire mon métier comme il faut par la suite, c'est pour résister....

Extrait 9.- enquête SlaMOR

#### 4.3.2.Un acteur plus prolix

Un médecin oncologue dénote les faits sans les connoter. Il déclare, pour exemple, les « changements » (« je vais changer »), dit les « marques » de respect aux patients, mais aussi ce qui « marquant » pour lui dans le soin, indique les « symptômes » possibles, dépeint ce qu'il nomme des « attitudes » soignantes, pointe le fait d'« émotions », et parle de « ressenti » de l'équipe ou de lui-même de manière générique (Extrait 10 et 11).

*Médecin oncologue* - Et... Alors moi j'essaie de le faire, ouais. Parce qu'après, c'est vrai que je trouve que quand on a des. Les patients après, ils tombent vraiment de très haut parfois et je pense que c'est pas leur rendre service. Que de leur avoir dit oui, bah on va peut-être vous guérir alors qu'on sait pertinemment qu'on ne les guérira pas. [...] Et c'est la même chose pour les familles. Moi, je j'essaie de pousser mes patients à les informer de ce qu'ils ont parce que ce que j'ai observé aussi, c'est que les familles qui n'étaient pas au courant de la maladie du proche quand on leur annonce bah en fait là on arrive à la fin et bah eux ils tombent des nues en fait ils...ils je pense qu'ils se culpabilisent probablement un peu de pas avoir été là pour l'aider dans tout ce qu'il a traversé. Et ouais, après il y a des des remords, des *ressentis*, des ouais, je pense que ça va surtout... je pense, ça va surtout et aussi en fait, on peut parler de la mort avant qu'elle ne soit vraiment là. Des patients qui, qui posent ouvertement la question, j'en ai une la semaine dernière qui me demande, mais...comment ça va se passer ? comment je vais finir ? Qu'est ce qui va m'arriver ? Et je pense qu'il faut pas que ce soit un tabou et qu'on arrive à... À aborder les sujets.

Extrait 10.- enquête SlaMOR

---

*Médecin oncologue* - Ah bah je. Moi je pense que j'ai certains de mes enfin, j'ai les collègues qui nous...Ouais, qui ne peuvent pas. C'est parce que je pense qu'on a pas tous la même...Je sais pas comment dire, on fait quand même un métier au début, quand on est médecin, on est là pour soigner, pour guérir et du coup on peut se dire aussi que finalement, si notre patient arrive à décéder, c'est qu'on a pas fait notre boulot correctement. Et s'orienter vers des soins palliatifs, c'est...quand même accepter le fait qu'on n'est pas tout puissant. Et qu'on peut faire autre chose que... Enfin, c'est pas notre formation de base entre guillemets, si je peux. Et moi, j'ai certains de mes collègues qui, notamment j'ai un de mes collègues, je sais que si son patient est en soins palliatifs, il ne viendra pas le voir. Parce que je pense, mais c'est mon *ressenti* et le *ressenti* qu'on a quand on en discute entre collègues, qu'il qu'il n'est pas à l'aise avec les soins palliatifs et qui, qu'il ne sait pas comment se comporter, avec les familles, avec la souffrance de se sentir impuissant, en fait.

Extrait 11.- enquête SlaMOR

L'implication neutre dans la verbalisation émotionnelle est engluée dans le récit, sous forme de traces cependant relayées par des colorations négatives ou positives (ici « le remord » par exemple, comme valence négative, extrait 10). Les émotions alternativement négatives et positives émaillent le discours conformément à la lexicalisation possible d'anecdotes négatives (chez ce médecin : *tristesse, solitude, injustice, frustration*, pour en citer quelques-unes déclarées sur ce corpus) ou de vécus positifs (chez ce médecin : « *ça rebooste* », *délivrance, attachement, envie*, pour en citer quelques-unes déclarées sur ce corpus). On peut ainsi dire que la production émotionnelle soignante ne suit pas le même cheminement qu'en lexicalisation standard, car chaque acteur s'appuie davantage sur la neutralité pour déployer discursivement son expressivité positive versus négative. Disons, qu'indépendamment de l'intercorrélation des valences, la neutralité se pose comme une sorte de pivot de la réflexion sur le mourir. On pourrait dire, sans trop extrapoler selon nous, que l'engagement dialogal conduit à rester plus prudent quant au sujet et ne pas directement engager la représentation vers un clivage émotionnel. La distance, par neutralité, remplace la distance par impassibilité plus habituelle réhaussée, ce que la thématique du mourir ne permet pas. Au final, c'est tout le discours de soignants qui prouve en ce sens sa spécificité. Il est certain que cette étude n'est qu'une toute petite partie de ce qui peut être mis à jour sur le discours émotionnel des propos spécifiquement soignant, ce indépendamment des services, ce qui rend caduque notre propre hypothèse. Ce n'est pas une gradation de taux entre services qui peut, à partir de cette échelle de valence (négative versus positives) qui peut être atteinte, mais bien une compréhension du moteur émotionnel qui guiderait la production verbale, qui, différent pour tous devra à l'avenir être mieux décrit, avec probablement un affinage des catégories classiques (cf. Piolat et Bannour, 009). Preuve que la doxa hospitalière qui réhausse le discours sur la mort d'une positivité émotionnelle dans l'enquête SlaMOR devra faire peut-être l'objet d'hypothèse plus fine par service, avant toute avancée sur la transformation ou régulation des pratiques professionnelles, même si l'on doit noter que l'oncologie est le service qui se situe à la médiane des deux autres services (Tab. 4).

## 5. Discussion

S'endormir ou mourir. Tel est sans doute le trait tenace qui résiste aux représentations, malgré la différence établie tôt chez l'humain, dès avant l'âge dit de raison (cf. Labrell, 2023). Tant les représentations, en train de se faire que décrivent les dialogues (cf. Delglouet, 2024), expliquant les pratiques soignantes, mêlent sommeil et mort, que finalement, on se demande bien comment sortir de l'équation. De même, le ressenti des soignants hospitaliers restent associé à l'alitement : quel que soit le service (oncologie, neurologie dégénérative ou soins palliatifs), la mort n'est pas abordée quand on est debout, face à la mort, mais bien au lit, couché, en proche état du repos. Or, le reposoir n'est figuré que dans le transfert en espace mortuaire. Le trépas ne semble pas faire partie de ce repos, et la *belle* mort ne convainc pas consensuellement de sa faisabilité.

Les services ne sont par ailleurs, en termes de ressentis, ce, contrairement à notre hypothèse, indifférenciés quant à l'équilibre général de valence émotionnelle appliquée au discours sur la mort : or, une différence étrange paraît, quand on constate que les émotions non spécifiées, neutres dépassent le seuil de référence de la normalité (taux de lexicalisation standard), et que les soignants, quel que soit le service, admettent les mêmes moyennes. Les émotions sanitaires colorent le commentaire de la mort de positivité : tout se passe comme si l'anecdote liée aux émotions négatives était, inconsciemment, battue en brèche. Quand la mort s'évoque, une compensation positive semble s'effectuer. Si bien que la coloration émotionnelle dominante, comparativement au standard de lexicalisation possible, est marquée par la neutralité et le refus de se voir attrapé par des affects négatifs.

En revanche, l'impassibilité n'est pas de rigueur : six à huit fois moins d'occurrences d'impassibilité que dans la norme, la mort ne laisse pas de marbre, ce qui différencierait la fonction occupée : cadre, infirmier, aide-soignant. Ceux qui sont réellement au chevet (médecins, infirmiers ou aides-soignants) seraient ceux qui sont le plus en recul d'impassibilité. La mort les happe sans doute davantage que le cadre, qui par sa fonction, probablement théorise davantage. Cette hypothèse serait à tester, dans ses effets sur la prise en charge de la mort par des équipes (cf. le regard sur la souffrance ; Lerond-Caussin et al., 2024)

C'est alors le degré d'évocation de scénarii de sang-froid qui différencie les services. Calme et courage ne se décrivent pas de la même façon. Des fouilles seraient nécessaires pour mieux vérifier, au besoin, le croisement entre la fonction et les services quant aux taux entre épisodes de sang-froid et production (même faible) d'impassibilité. Mais, en creusant l'expressivité même de ce qui dénote le sang-froid, on achoppe sur des expressions figées : « pas de soucis », « pas de problème ». Sur le versant du courage, on l'a mis à jour, c'est probablement la partition (théorisé par les équipes), ou répartition (réaliste via le vécu expérimenté) du front possible à la mort entre soignant et patient qui pourrait délimiter les différences entre l'oncologie, la

neurologie dégénérative et les soins palliatifs. La neurologie sépare davantage les traits, les rôles, de soignant et patient : chacun sa protection, son confort, sa carapace pour endurer, ce qui rejoint des traits déjà mis en évidence (cf. Lerond-Caussin, et al., 2024) où à l'égard de la verbalisation de la souffrance, c'est l'équipe en neurologie qui paraît la plus soudée, faisant front à l'inéluctable incarné par la maladie au pronostic certain. Le patient n'en a que davantage d'existence. En soins palliatifs, terrain de la protocolisation de la mort, manière de ne surtout pas esthétiser la mort, mais de la mesurer pour une attention et des interventions progressives, scientifiques, assurées, et où le personnel cadre positive alors l'intervention (« pas de soucis », « pas de problème ») : le patient serait davantage écarté comme la littérature oser parfois le décrire, le pointer (Fournier, 2024), en ce que c'est alors la mort et non le confort du patient pourtant mis en avant qui guide les actes.

## Conclusion Ouverture

L'enquête SlaMOR [Soigner la mort] ouvre l'authenticité des paroles soignantes (cf. Le Forestier, 2014 ; 2023) au diapason d'autres enquêtes cibles (Vincent, 2023 ; Fournier, 2024) : la mort se vit différemment. On peut même se dire, et cet idéal, l'enquête SlaMOR si ce n'est l'atteint, l'aborde au moins, c'est qu'il faut sans doute se méfier d'expressions, figées ou trop relayées : pour exemple, confort et sédation profonde. Les soignants le savent, le citoyen a pris en horreur l'idée d'un patient dit « confortable ». L'aide à mourir en société(s) achoppe sur l'intransigeance des uns ou des autres sur le sacre de la vie : est-ce que la désacralisation de la mort (Granjas & Ito, 2023) serait une étape formatrice pour les soignants, qui gagnerait à mêler les divergences de vues entre soignants ? Longtemps décrite par Louis-Vincent Thomas, la « *grandeur et misère des soins palliatifs* » (cf. Montandon-Binet & Montandon, 1993) reste trente ans après un angle mort. La société soignante devrait peut-être davantage, au-delà de s'organiser et améliorer le management vu du haut, contribuer à se parler, en micro-sociétés savantes intégrées, plutôt que de faire l'affront à la société civile sur une problématique d'aide à mourir, tel que la politique les y enjoint. Pour lutter contre des expressions qui se vident de sens, revenir sur la finesse même des ressentis, des nuances, de la délicatesse qui sied la clinique sanitaire, penser la mort, couchée, le sommeil comme emblème, serait à revisiter par les soignants.

L'enquête SlaMOR basée fidèlement sur ce qui fait l'atmosphère hospitalière, réflexive et émotionnelle des soignants quand ils se penchent sur le *mourir*, résonne sur le fond de la liberté de vouloir mourir (Fournier, 2012, 2018), l'aspiration à être aidé à mourir (Des Aulniers & Lapointe, 2018) demeurées arrêtées quant à la (ré)conciliation entre citoyens et soignants par les législatifs, malgré les conditions effectives et réalistes de ressentis de soignants peu diffusés. Diffuser ces paroles présente un idéal. Et les paroles authentiques d'acteurs, positivant, plus que d'autres, la mort, cas des infirmiers en neurologie dégénérative pour exemple dans cette enquête, mériteraient que se diffuse leurs tournures précises, pour mieux comprendre ce qui se joue quand la neutralité, la positivité et l'absence d'impassibilité colorent les discours d'hospitaliers. A n'en pas douter, la confrontation même, à l'instar de la comparaison entre propos d'aidants et propos de soignants (cf. Ballachhab, et al., 2024/25), entre propos de soignants et propos d'enfants (cf. Romano, 2020) serait, elle-aussi, utile et indispensable. Bien d'autres corpus de paroles authentiques sont attendus, pour développer la micro-société des soignants et leurs pratiques, mais aussi aiguiser le regard sur la société dans son ensemble, mourir, décidément, appartenant à tout le monde (cf. Fournier, 2024, Vincent, 2023) : « parler de la mort avec un enfant, c'est le considérer dans toute sa dimension de sujet et le respecter dans son humanité » (Romano, 2020, : 117). On entend souvent, prononcé par les soignants eux-mêmes, piégés dans le face à face avec l'aidant en proie à l'accompagnement du mourir inéluctable dû à une maladie sans traitement, l'expression « bon courage, madame, monsieur » : au vu de notre étude, calme, courage et sang-froid représentent peut-être davantage des gages de conformisme une doxa hospitalière impuissante (cf. Ballachhab, et al., 2024/25). Et, au-delà de la mort, ce sont bien les circonstances vécues, maladies génétiques, pour exemple, qui font que l'enfant aborde aussi la question de la possibilité de mourir, avec la même angoisse que le neurologue, qui sait, la fin certaine. Recul de l'impassibilité, maîtrise des émotions en augmentant leur neutralité, configuration d'émotions positives fussent-elle idéalisées, imaginatives, et recul conséquent de l'anecdotique négatif, tel est le tableau qui ressort de cette étude qui ne prétend pas endosser la vérité mais une authenticité de propos de soignants, tous différents dans l'abord du mourir.

## Références

Albero, Brigitte ; Thievenaz, Joris, *Enquêter dans les métiers de l'humain. Traité de méthodologie de la recherche en sciences de l'éducation et de la formation*. Langres : Éditions Raisons et passions, 2ème édition, 2022.

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle; Lassalas, Christine, (2020), « Les directives anticipées dans la loi 2016. De l'intime à l'éthique soignante, comment dépasser les traumatismes ? », *Études sur la Mort*, 154(1), pp.89-103.

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Delsart Aline (2022), « Le lexique émotionnel en consultation médicale », in Blasco, Mylène (Eds.), *Parler à l'hôpital, Écouter ce qui est dit, décrypter ce qui se dit* Allemagne, Münster, Nodus Publikationen. pp. 143-157.

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Smirdec, Margot ; Vincent, Catherine, *Mourir. Les mots pour le dire*. Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, 2025, sous presse.

---

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Vacher, Laure. (2010), « Caractériser la progressivité de la pensée de 6 à 11 ans : entretiens sur la mort », *Diotime*, 46, <http://www.crdp-montpellier.fr/ressources/agora>.

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle (2022, dir.) « La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels ? » *Revue Education, Santé, Sociétés*, 8(2). <https://doi.org/10.17184/eac.9782813004666>

---

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle, (2022), « Réfléchir au mourir. Directives anticipées et pratiques psychologiques en CHU », *Cahiers de Neuropsychologie*, 8, pp.46-56.

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle, Smirdec Margot & Castellan, Michel (2023), « Des ateliers citoyens pour aborder le mourir en France. Le cas d'école des directives anticipées abordé sous l'angle de l'ET », *Revue Éducation, Santé, Société*, 7, pp. 29-50, doi : <https://doi.org/10.17184/eac.7721>

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle; Basco, Mylène (coord). *Les discours des soignants et des patients. Quelles contributions des sciences humaines et sociales ?*, *Revue Éducation, Santé, Société*, 9(2), 2019.

Bacqué, Marie-Frédérique (dir), *Morts traumatiques. Deuils traumatiques*, *Études sur la mort*, 154(2), 2020.

Bánk, Zsuzsa. *Mourir en été*. Paris, coll « Rivages », traduction française, 2022.

Basset, Pierre. (2016) « Aspects éthiques des situations de refus et arrêt de traitement », Thèse en Éthique. Université Paris Saclay (COMUE), Hal.tel-01270194.

Bellachhab, Abdelhadi ; Garric, Nathalie ; Pugnières-Saavedra, Frédéric (2025). « Repenser la mort par l'expérience d'accompagnement à la mort », in Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Smirdec, Margot ; Vincent, Catherine, *Mourir. Les mots pour le dire*. Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, sous presse.

Blasco, Mylène (éds.). *Parler à l'hôpital. Écouter ce qui est dit, décrypter ce qui se dit*, Allemagne, Münster, Nodus Publikationen, 2022.

Borgeaud, Philippe (2008), « La mort et l'émotion. Attitudes antiques », *Revue de l'histoire des Religions*, 225(2), pp.155-162.

Broussal, Dominique ; Saint Jean Michèle, *La professionnalisation des acteurs en santé. Recherche, Innovation, institution*, France, Toulouse : Cépaduès Editions, 2019.

Campaignolle-Catel, H. (2021). Le livre : réflexions/réfractions dans Glas de Derrida et Rhizome de Deleuze et Carpio, M-A. (2022). Des adieux sous le signe de la simplicité, *Sciences et Avenir*, 211, pp. 40-43.

Cherblanc, Jacques ; Fawer-Caputo, Christine, *Pédagogie de la finitude. Théories et pratiques*. France, Herman Ed, 2024.

Cifali, Mireille (2019). « Le sentiment au risque de l'émotion », in Cifali, Mireille ; Giust-Desprairies, Florence ; Périlleux, Thomas (dir.), *Accueil des affects et des émotions en formation et recherche. Approches cliniques*, L'Harmattan, Coll. « Clinique et changement social », pp. 105-124.

Cifali, Mireille (dir). *Éthique de l'intériorité dans les pratiques contemporaines de formation et de recherche*. Paris, L'Harmattan, 2022.

Cifali, Mireille. (2022). « Soyez ! », une optimisation du moi en actes et paroles », in Cifali, Mireille ; Pham Quang, Long ; Roiné Christophe, *Éthique de l'intériorité dans les pratiques contemporaines de la formation et de la recherche*, Paris, L'Harmattan.

Clavandier, Gaëlle; Berthod, Marc-Antoine ; Charrier, Philippe ; Julier-Costes, Martin ; Pagnamenta, Veronica (2021), "From one body to another. The handling of the deceased during the COVID-19 pandemic, a case study in France and Switzerland", *Human Remains and Violence*, 7(2), pp. 41-63.

Courtas, R. (1993). Quand « savoir mourir » c'est mourir au bon moment et sans violence, In C. Montandon-Binet et A. Montandon. *Savoir mourir* (pp. 267-276). Paris : L'Harmattan.

Delannoi, Gilles (1995), « La prudence dans l'histoire de la pensée », *Mots*, 44, pp.10-105.

Delgoulet, Catherine (2024), « Tenir à la description. La recherche en ergonomie en train de se faire », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 18(3) [en ligne]. <http://journals.openedition.org/rac/34028>.

Delsart, Aline ; Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle (2020). Étude pragmatique de la relation médecin/patient à partir de données orales authentiques, *Congrès Mondial de Linguistique Française*, Paris. [https://www.shs-conferences.org/articles/shsconf/abs/2020/06/shsconf\\_cmlf2020\\_01005/shsconf\\_cmlf2020\\_01005.html](https://www.shs-conferences.org/articles/shsconf/abs/2020/06/shsconf_cmlf2020_01005/shsconf_cmlf2020_01005.html)

Delsart, Aline ; Corman, Maya (2025). « Temporalité et inéluctable. Les mots à vifs », in Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Smirdec, Margot ; Vincent, Catherine, *Mourir. Les mots pour le dire*. Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, sous presse.

Delsart, Aline, *Effet de l'expertise communicationnelle de la parole des soignants sur la prise de parole des soignés*. Thèse en Sciences du Langage. Université Clermont Auvergne, 2021.

Des Aulniers Luce ; Lapointe Bernard. J, *Le choix de l'heure. (Le) ruser avec la mort ?* Montréal : Eds. Somme toute, 2018.

Despret, Vinciane, *Les morts à l'œuvre*. Paris, La Découverte, 2023.

Erard, Michael, (2021) « Concevoir une linguistique de la mort (note de recherche) », *Anthropologie et Sociétés*, 45(1-2), pp. 95-108. <https://www.erudit.org/fr/revues/as/2021-v45-n1-2-as06551/1083796ar/>.

Fantoni, Sophie ; Saison, Johanne, *De l'obstination déraisonnable aux soins palliatifs. Regard pluridisciplinaire pour une amélioration de l'accompagnement de fin de vie*. Actes et Séminaires. Bordeaux : LEH Éditions, 2021.

Fasse, Léonor (2023), « Qu'est-ce qu'« être en deuil » ? Le point de vue du psychologue », *The Conversation*. 22 février 2023 [en ligne] <https://theconversation.com/quest-ce-qu-etre-en-deuil-le-point-de-vue-du-psychologue-191000>

Foley, Rose-Anna ; Saraga, Michael (2021) « Soignants et étudiants face à la mort. Des émotions à écarter » *Anthropologie et Sociétés*, 45(1-2), pp. 277-296. <https://www.erudit.org/fr/revues/as/2021-v45-n1-2-as06551/1083805ar.pdf>

Foley, Rose-Anna (2006), « L'accompagnement spirituel : entre dispositif de prise en charge et absence de discours. Compte rendu d'une enquête ethnographique réalisée dans une institution de soins palliatifs », *InfoKara*, 21(3), pp.109-113.

Fourneret, Éric, *Choisir sa mort. Les débats de l'euthanasie*, Paris, Presses universitaires de France, 2012.

Fourneret, Éric, *Sommes-nous libres de vouloir mourir ? Euthanasie, suicide assisté : les bonnes questions*. Paris : A. Michel, 2018.

Fournier, Véronique, *Le bazar bioéthique. Quand les histoires de vie bouleversent la morale publique*. Paris. R. Laffont, 2010.

Garreau, Lionel ; Bandeira-De-Mello, Rodrigo, (2010), « La théorie enracinée en pratique : vers un dépassement de la tension entre scientificité et créativité dans les recherches basées sur la théorie enracinée ? » *AIMS*, pp.1-19. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00580543>

Garric Nathalie ; Longhi Julien ; Pugnière-Saavedra Frédéric ; Rochaix Valérie, *Discours des terrains sensibles : recueil, analyse, intervention*, Besançon. Presses universitaires de Franche-Comté, 2022.

Garric, Nathalie ; Pugnière-Saavedra, Frédéric ; Ranou Pauline (2022, « Aider à vivre la maladie mortelle et (re)(sur)vivre après le décès », *Revue Éducation, Santé, Sociétés*, 8(2), pp. 89-111.

Garric, Nathalie ; Pugnières-Saavedra, Frédéric ; Bellachhab, Abdelhadi ; Pironom, Julie ; Delarue Axel, *Approches quantitatives et qualitatives pour aborder un corpus discursif de soignants sur le trépas*, Colloque Arch, Liège, 13-15 octobre, 2022.

Ghiglione, Rodolphe, Blancher, Alain, *Analyse de contenu et contenus d'analyses*, Paris, Dunod, 1991.

Ghiglione, Rodolphe, Kekenbosh, Christiane, Landré, Agnès, *L'analyse cognitivo-discursive*. Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 1995.

Granja, Christelle ; Ito, Kaori, (2023), J'aime désacraliser la mort, *Usbek & Rica*, 38, pp.40-43.

Guillemette, François (2006), « L'approche de la Grounded Theory pour innover ? », *Recherches qualitatives*, 26(1), pp. 32-50, <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>.

Guitté-Verret, Alexandra ; Malinowski-Charles, Sylviane (Dir.). *Apprivoiser la mort au XXI<sup>e</sup> siècle : enjeux philosophiques, perspectives scientifiques et sociales*. Québec : Presses de l'Université de Laval, 2023.

Hergaux, Pauline ; Baucheret, Chantal ; Préaubert-Sicaud, Christine ; Soulié, Ophélie ; Digue, Laurence ; Dubasque, Malis ; Haritchabalet, Isabelle ; Lombart Isabelle ; Kirakosyan, Voskan (2022), « Accompagner la fin de vie et le deuil en oncologie : une affaire d'équipe. Qu'attendre des référentiels ? », *Bulletin du Cancer*, 109(6), pp. 670-678.

Hirsch, Emmanuel (2019), « Soins palliatifs : 20 ans après le texte fondateur, un bilan insuffisant », *The Conversation*, [en ligne] <https://theconversation.com/soins-palliatifs-20-ans-apres-le-texte-fondateur-un-bilan-insuffisant-118517>

Hirsch, Emmanuel, *Soigner par la mort est-il encore un soin ?*, Paris, Éditions du Cerf, 2024.

Horvilleur, Delphine, *Vivre avec nos morts*. Paris. Grasset, 2021.

Jean-Dit-Pannel, Romuald ; Thomas, François (2019), « Machines de vie, machines de mort : la famille à l'épreuve des soins machinisés », *Perspectives Psy*, 58(3), pp. 207-213. <https://doi.org/10.1051/psy/2019583207>.

Kebir, Yasmina ; Saint-Dizier de Almeida, Valérie, (2025). « Enquête sur l'usage des directives anticipées en oncologie, neurologie, secteur palliatif », in Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Smirdec, Margot ; Vincent Catherine, Mourir. Les mots pour le dire, Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, sous presse.

Kebir, Yasmina, *La prise en charge par les médecins des émotions de patients atteints de maladies chroniques : apport d'analyses plurielles d'entretiens de suivi authentiques*, Thèse doctorale en Psychologie ergonomique, Nancy : Université de Lorraine, 15 décembre 2022.

Kellehear, Allan (2013), « Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility », *Q J Med*, 106, pp. 1071–1075.

Kerbrat-Orecchioni Catherine (1988), « La notion de "place" interactionnelle ou les taxèmes qu'est-ce que ça ? » In C. Gelas, J. Cosnier & C. Kerbrat-Orecchioni, *Echanges sur la conversation* (pp. 185-198), Lyon, Presses universitaires de Lyon.

Kerbrat-Orecchioni, Catherine, *Les négociations conversationnelles*, Verbum N°spécial, 223-243, 1984.

Labrell, Françoise (2023), « Le développement des propriétés biologiques de maladie et de mort sous l'angle des théories naïves biologiques et de l'éducation », *Enfances*, 1, pp. 95-112.

Laflamme, Diane (dir.), *Trajectoire du mourir et du deuil*, Frontières, 32, 2020.

Larcher, Hubert (2005), « Le trépas », *Études sur la mort*, 128(2), pp. 19-31.

Laurens, Stéphane (2011), « La division du sujet par l'influence d'autrui, prémisse du rapport dialogique », *Bulletin de Psychologie*, 5(515), pp. 399-411.

Le forestier Nadine, *Les passeurs de mots. Une éthique philosophique du soin : à propos d'une enquête nationale au sein des Centres SLA de France*. Thèse en Éthique, 17 décembre 2014, Université Paris Sarclay, 2014.

Le Forestier, Nadine, *Dire les Maux*, Paris, Presses universitaires de la Sorbonne 2022.

Lebas-Fraczak, Lidia (2020), « Le défi de l'adhésion thérapeutique. Place, rôle et effets des silences », in Blasco, Mylène, *Parler à l'hôpital. Écouter ce qui est dit, décrypter ce qui se dit* (pp. 130-142), Allemagne, Münster, Nodus Publikationen.

Lebrun, Jean-Pierre; Malinconci, Nicole, *L'altérité est dans la langue*, Toulouse, érès Editions, 2015.

Lefève, Céline ; Thoreau, Françoise ; Zimmer, Alexis (2020), « Situer les humanités médicales », in Céline. Lefève, François. Thoreau & A. Zimmer Alexis, *Les humanités médicales. L'engagement des sciences humaines et sociales en médecine* (pp.3-18), Paris, Doin, 2020 [https://www.librairiemedicale.com/e-docs/00/04/D7/81/doc\\_attach\\_47235.pdf](https://www.librairiemedicale.com/e-docs/00/04/D7/81/doc_attach_47235.pdf)

Lerond-Caussin, Amélie et Julier-Costes, Martin (2025), « La relation soignante à l'épreuve du trépas », in Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Smirdec, Margot ; Vincent, Catherine, *Mourir. Les mots pour le dire*. Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, sous presse.

Lerond-Caussin, Amélie; Delsart, Aline et Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle (2025), « La nominalisation de la souffrance comme indicateur de genre professionnel », in Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Smirdec, Margot ; Vincent, Catherine, *Mourir. Les mots pour le dire*. Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, 2025, sous presse.

Maciejewski, Paul-K ; Prigerson, Holly.G. (2017), "Prolonged, but not complicated, grief is a mental disorder", *The British of Psychiatry*, 211, pp. 189-191.

Mao, Blaise (2023), « Mourir mieux : comment nous réconcilier avec la mort », *Usbek & Rica*, 38, pp. 22-81.

Montandon-Binet, Christiane ; Montandon, Alain, *Savoir mourir*, Paris, L'Harmattan, 1993.

Patriarca, Eliane (2022), « Des récits pour apprivoiser la mort », *Sciences et Avenir. La Mort. Ce que dit la Science*, 211, pp. 22-23.

Perifano, Alessia ; Laurend, Camille (2021), « Mort de l'enfant, émotions des soignants et dispositifs d'accompagnement », *Médecine Palliative*, 20(1), pp. 56-61.

Peyrat-Apicella, Delphine ; Sinanian, Alexandre, *Situations Extrêmes*, Paris, Éditions In Press, 2021.

Peyrat-Apicella, Delphine ; Gautier, Sigolène, *Psychologie et soins palliatifs*, Paris, Éditions In Press, 2020.

Piolat, Annie ; Banour, Rachid (2009), « EMOTAIX : un scénario de Tropes pour l'identification automatisée du lexique émotionnel et affectif », *L'année psychologique*, 109, pp. 655-698. [http://centrepsyche-amu.fr/wp-content/uploads/2014/01/Piolat\\_Bannour\\_2009\\_EMOTAIX.pdf](http://centrepsyche-amu.fr/wp-content/uploads/2014/01/Piolat_Bannour_2009_EMOTAIX.pdf)

Robert, Véronique ; Vandenberg, Christian (2024) « Engagement de continuité et santé mentale des employés : le rôle des traits d'affectivité », *Psychologie du Travail et des organisations*, 30(3), pp.137-153.

Romano, Héléne (2020), « Il était une fois la mort », *Dialogues Familles & Couples*, 228, pp. 101-119. <https://shs.cairn.info/revue-dialogue-2020-2-page-101?lang=fr>, 2020.

Sagot, Virginie ; Bonin, Juliette (2019) « Apprendre à délibérer en soins palliatifs aujourd'hui », *Revue Éducation, Santé, Sociétés*, 5(2), pp. 149-164.

Scappaticci, Elena (2023), « La mort est devenue un scandale, *Usbek & Rica*, 38. Entretien avec Delphine Horvilleur », 10 février 2023 [en ligne] <https://usbeketrica.com/fr/article/la-mort-est-devenue-un-scandale?>

Schepens, François (2021) « Travailler à signifier la mort », *JALMAV*, 144(1), pp. 13-23.

Tordjman, Sylvie (2019), « Du temps figé du trauma au temps de la mobilisation psychique », *Perspectives Psy*, 58(4), pp. 287-292. <https://doi.org/10.1051/ppspsy/201954287>.

Travers de Faultier, Sandra (2017), « Sang froid », *Les cahiers de la Justice*, 4(4), pp.773-776.

Trognon, Alain. (2003), « La logique interlocutoire. Un programme pour l'étude empirique des jeux de dialogue », *Questions de communication*, 4, pp. 411-425.

Verbugt, Jessica ; Caron, Rosa (2019), « Le soin aux disparus. Un voyage dans les coulisses des professionnels sur la scène de la mort », *Études sur la mort*, 151, pp. 85-102. <https://doi.org/10.3917/eslm.151.0085>.

Vernet, Agnès (2022) « Que se passe-t-il quand on meurt ? », *Sciences et avenir, La Mort. Ce que la science en dit*, pp. 17-21.

Vincent, Catherine, *La mort à vivre. Quatorze récits intimes*, Paris, Seuil, 2023.