

U.E. 5.06.S6 3.04.S6

MEMOIRE DE FIN **D'ETUDES**

Directrice Mémoire Mme BARRAYA Denise

Emotions et prise en charge de la fin de vie

CHAVANON FLORIAN — Promotion 2015 - 2018

Note aux lecteurs : « Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI Ste Marie, il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI »

Pour débiter mes remerciements, je vais commencer par remercier Mme BARRAYA Denise qui m'a guidé tout au long de cette 3ème année de formation dans l'avancée de ce travail de fin d'étude. Son aide précieuse m'a permis de progresser dans un domaine qui n'a jamais été l'un de mes points forts mais dans lequel cette année j'ai pris beaucoup de plaisir.

En second, j'aimerais remercier ma mère, BERT Elisabeth, IDE, qui m'a comme vous pouvez l'imaginer, donné l'envie de devenir infirmier. Je la remercie aussi pour l'ensemble des réponses apportées aux questions, qui ont été nombreuses, durant ces 3 années. Elle m'a permis d'avancer, de progresser, de comprendre plus facilement. Tout ce qu'elle avait déjà pu faire pour mon éducation, elle l'a une nouvelle fois mis en oeuvre pour ma formation.

Pour continuer dans cet espace dédié à la présentation des personnes importantes pour ce travail, je remercie Mr IZZO Stéphane, directeur général de club sportif et doté d'un parcours d'études impressionnant qui m'a dans ce travail, aidé dans la reformulation de certains passages mais aussi dans la correction des nombreuses fautes d'orthographe. Cette personne a aussi beaucoup compté pour moi dans mon éducation, m'ayant connu à l'âge de 15 ans, et ayant suivi mon parcours sportif et scolaire de près. Il a une grande place dans ma réussite au baccalauréat économique et social, vu l'aide qu'il a pu m'apporter dans ma préparation. De ce fait, je lui accorde aussi une part de réussite dans l'avancée de ma formation d'infirmier et dans, je l'espère, l'obtention de mon diplôme IDE.

Je remercie aussi les personnes de mon entourage proche, en commençant par ma famille mais aussi mes amis pour leur soutien inconditionnel.

Et pour finir, j'ai une pensée pour tous les professionnels de santé rencontrés qui m'ont accordé un peu de leur temps pour me donner de leur savoir.

UN GRAND MERCI A TOUS...

SOMMAIRE

I.	La situation de départ.....	page 6
II.	Mes motivations personnelles et professionnelles.....	page 8
III.	Questionnement.....	page 9
IV.	La question de départ.....	page 9
V.	Phase exploratoire.....	page 10
	A.Revue de littérature.....	page 10
	a. Définition de termes et organisation des soins palliatifs.....	page 10
	b. La souffrance au coeur du soin palliatif.....	page 13
	c. L'utilisation thérapeutique du soi.....	page 16
	d. Les émotions.....	page 17
	B. Résumé des entretiens.....	page 18
	C.Synthèse de l'exploration.....	page 21
VI.	Question centrale.....	page 22
VII.	Phase conceptuelle.....	page 22
	A. La mort.....	page 22
	a. Définition.....	page 22
	b. La crainte de la mort, toujours d'actualité.....	page 23
	c. La mort vu par la société.....	page 25
	B. La communication.....	page 27
	a. Définition.....	page 27
	b. Les attitudes de la communication.....	page 27
	c. La distance thérapeutique.....	page 30
	C.L'équipe soignante.....	page 33
	a. Définition.....	page 33
	b. La réalité du concept dans le service.....	page 33
	c. L'équipe comme soutien.....	page 35
	D. Conclusion de la phase conceptuelle.....	page 38
VIII.	La question de recherche.....	page 39
IX.	Le protocole d'enquête.....	page 39
	A. La méthode.....	page 39
	B. La grille d'entretien.....	page 40
X.	Conclusion.....	page 41
XI.	Abstract.....	page 43
XII.	Annexes.....	page 44

I.SITUATION DE DEPART

Le service, où j'ai rencontré cette situation, se situe dans un centre hospitalier, dans le service de pneumologie, dans lequel se trouvent deux secteurs d'hospitalisation avec une infirmière par secteur.

Lors de mon arrivée dans le service, alors que j'étais en observation et que je découvrais le service, une patiente Mme P, âgée de 91 ans, est arrivée dans le service pour une décompensation cardiaque sur infection urinaire et pneumopathie. Elle nous avait été adressée par une maison de retraite par les urgences pour hyperthermie et désaturation à 83% sous 3L d'oxygène, accompagnés d'un encombrement bronchique.

Elle était dans notre service de pneumologie car elle dé saturait si elle n'avait pas d'oxygène, de ce fait elle avait un masque à haute concentration réglé à 8L/min d'oxygène. Elle était dans un état de somnolence, ne répondait pas aux questions de l'ensemble des soignants et elle semblait algique avec des signes de crispations au niveau du visage, des gémissements à la mobilisation des membres inférieurs. La patiente était alitée, avait une sonde à demeure. Une escarre de stade 1 apparaissait aux points d'appuis malgré les différents soins de prévention mis en place. La patiente était perfusée et Mme P recevait l'ensemble de ses traitements et de son hydratation par voie parentérale. Elle était considérée comme une patiente en soins palliatifs et un avis grave avait été fait à la famille, qui était prévenue et qui nous avait demandé de ne pas réanimer en cas de décompensation. Pour ma part, je n'avais jamais vu la famille de la patiente pendant mes quelques jours passés dans le service en la présence de cette patiente. Je me suis d'ailleurs posé quelques questions en ce qui concerne la famille. Depuis l'annonce faite comme un avis grave, aucun membre de sa famille était passé. La patiente était stabilisée au niveau hémodynamique et l'oxygénation prescrite par le pneumologue, permettait de maintenir en vie Mme P. Au bout de plusieurs jours, la patiente s'était mise à avoir une Protéine C réactive à 270 mg/L, une hyper natrémie, une urée et une créatinine bien au dessus des normes traduisant une insuffisance rénale terminale et la pneumopathie. La patiente avait des signes visibles de douleur donc un patch de Durogésic avait été mis en place. De plus, le staff médical va introduire de l'hypnovel et de la morphine en SAP, pour soulager Mme P, sur une demande de l'infirmière responsable du secteur de cette patiente car nous voyions que cette patiente souffrait énormément. La sédation avait été prescrite et j'étais chargé de la mettre en place.

Ce moment de la prise en charge a été difficile pour moi car je me suis senti mal à l'aise ne sachant pas comment communiquer, ne sachant pas quoi faire pour le bien être de la patiente. Le relationnel je pense, dans des moments comme celui-ci, est important car tout le monde aimerait que, pour les derniers moments de la vie d'un patient, la prise en charge soit optimale. Je ne me suis pas senti à ma place et du coup lors des soins très peu de mots sortaient de ma bouche et un mécanisme de défense, s'est emparé de moi et j'ai donc réalisé mon soin de manière technique, sans prendre en compte le côté relationnel, qui pour moi, est le plus important dans une prise en charge. Le mécanisme de défense à ce moment était la fuite. En sortant de cette chambre, un mélange entre soulagement d'avoir terminé un soin trop lourd à porter à ce moment là pour moi, et la responsabilité de ne pas avoir réalisé mon soin de la manière la plus professionnelle qu'il soit, me préoccupait. Et après quelques temps, un sentiment de culpabilité est resté gravé à propos de cette situation.

Quelques heures après la mise en place de la SAP, la patiente décède. Au moment du décès de la patiente, je n'étais pas dans le service, j'ai appris cela le lendemain.

II. MES MOTIVATIONS PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES

J'ai choisi ce sujet car c'est un moment dans ma formation qui m'a marqué plus que beaucoup d'autres et dont je me rappellerai un bon moment et peut être même toute ma vie. J'ai même lié cette situation à mon stage et la première chose à laquelle je pense, quand je reparle de mon stage en pneumologie, c'est cette situation.

Ce qui me motive dans ce sujet, c'est d'arriver à mener une recherche me permettant de cibler ce qui m'a fait défaut, d'avoir des outils supplémentaires dans la prise en charge de soins palliatifs et de gérer les émotions qui peuvent nous envahir durant certaines prises en charge plus particulières que d'autres, notamment les soins palliatifs que l'on retrouve dans une grande partie des services. Entrer en contact avec d'autres professionnels choisis pour leur proximité avec le soin palliatif est une motivation pour moi, car celle-ci va me permettre de me situer et d'avoir des échanges qui m'aideront pour le futur, ainsi que l'ensemble des recherches et des lectures qui me seront enrichissantes, tant au niveau technique que relationnel.

Je me suis toujours fixé des objectifs dans ma vie pour réussir des choses que je ne maîtrise pas, notamment dans le domaine du sport, et j'ai cette envie de progresser dans ce qui va être mon quotidien. J'ai donc cette motivation personnelle de devenir un bon soignant lors d'une prise en charge de soins palliatifs.

Ce qui est aussi intéressant c'est le fait qu'une prise en charge adaptée à ce moment là au patient, est pour moi celle qui doit être quasiment la plus irréprochable pour le patient qui est en fin de vie, et pour la famille qui va avoir le deuil à gérer. Faire preuve d'une très bonne prise en charge peut permettre de la rendre moins douloureuse, et celle-ci peut aussi apporter une reconnaissance de la famille envers le soignant, tellement plus forte que dans d'autres prises en charge.

III. QUESTIONNEMENT

Après cette situation, je me suis posé énormément de questions, notamment celle qui me venait à l'idée en premier lieu lorsque j'ai échoué dans la prise en charge: vais-je réussir à prendre en charge de manière adaptée les soins palliatifs? Le doute m'avait alors envahi. Est-ce possible de contenir des émotions tout en maintenant le cap du prendre soin ? Dans ce cas là, la famille n'était pas présente mais avec la présence de la famille aurais-je pu être professionnel et ne pas passer la main? Qu'elle aurait été le ressenti de la famille ? Quelle était le ressenti de la patiente au moment du soin? Ma prise en charge a-t-elle pu la toucher et l'amener à souffrir d'autant plus qu'elle ne souffrait déjà? Est-ce que le fait de faire face à une personne qui allait décéder, a pu me déstabiliser ?

IV. QUESTION DE DEPART

Dans quelle mesure les émotions du soignant influent-elles sur la qualité de la prise en charge de la fin de vie ?

V. PHASE EXPLORATOIRE

A. Revue de littérature

a. Définition de termes et organisation du soin palliatif

Pour débiter la phase exploratoire, il me semble important de définir les termes majeurs contenus dans la question de départ.

Le premier terme que je vais définir c'est **le soin palliatif**. « *Ils cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.*

Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil, utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil, peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge ».

Cette définition provient de l'OMS sur le site:

<http://www.sfap.org/system/files/def-oms.pdf> <http://www.sfap.org/system/files/autres-def-sp.pdf>

Les émotions sont au coeur de mon sujet étant donné l'importance de celle-ci dans ma situation initiale. « *Elles se définissent par une réaction affective transitoire d'assez*

grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venant de l'environnement ». Cette définition provient du dictionnaire Larousse.

Avant d'apporter des réponses concernant la question de départ, il me paraissait important de rechercher les différents types de prises en charge de soins palliatifs et de les développer. Il n'est pas concevable de ne pas connaître ces prises en charge avant de pouvoir effectuer une prise en soins de fin de vie de bonne qualité.

« Elles s'effectuent en institution ou au lieu de vie (domicile, maison de retraite, long séjour). Une coordination s'opère entre les différents modes de prises en charge. En France, il existe trois types de structures de soins palliatifs pour accueillir les patients en institution :

- *Les Unités de Soins Palliatifs (USP) sont des structures d'hospitalisation d'environ 10 lits accueillant pour une durée limitée les patients en soins palliatifs. Les USP sont constituées de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elles réservent leur capacité d'admission aux situations les plus complexes et/ou les plus difficiles. Elles assurent ainsi une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.*

- *Les équipes mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) ont pour mission d'apporter une aide, un soutien, une écoute active, des conseils aux soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie dans d'autres services. La mission des EMSP concerne : la prise en charge globale du patient et de son entourage familial, la prise en charge de la douleur et des autres symptômes, l'accompagnement psychologique et psychosocial, le rapprochement, le retour et le maintien à domicile, la sensibilisation aux soins palliatifs et à la réflexion éthique.*

- *Les lits identifiés en soins palliatifs (officiellement appelés prise en charge identifiée de malades en soins palliatifs hors USP) sont des lits situés au sein d'un service d'hospitalisation. Ils permettent une ouverture et un lien entre le domicile et les établissements, par exemple dans le cadre d'un réseau de santé (soins palliatifs, oncologie). Ces lits permettent, par exemple, d'assurer un repli des patients du domicile. Dans la situation initiale, la patiente était hospitalisée de cette manière là, dans un service de pneumologie avec un lit identifié comme soin palliatif.*

Se faire soigner à domicile :

Le maintien au domicile d'un patient en soins palliatifs requiert :

- *La disponibilité d'une équipe de proximité composée de professionnels : médecin traitant, infirmier(e), kinésithérapeute, orthophoniste, auxiliaires de vie, etc.*

- *La capacité de l'entourage à assurer ce maintien*
- *La coordination des professionnels du domicile autour de la personne malade ainsi que l'expertise médicale (évaluation de la douleur ou des symptômes) par une équipe consultant en soins palliatifs*
- *L'expertise sociale et l'accompagnement psychologique si nécessaire*
- *La mise en lien avec les associations de bénévoles d'accompagnement*

Deux types de dispositifs permettent cette prise en charge :

- *Les services d'Hospitalisation à domicile dépendent d'une structure hospitalière. Ils permettent avec la participation des professionnels libéraux du patient de maintenir à domicile ceux qui le désirent.*
- *Les réseaux de soins palliatifs coordonnent l'ensemble des autres structures afin de maintenir le lien entre tous les professionnels qui ont pris en charge le patient. Le réseau participe activement au maintien à domicile des malades qui le désirent dans les meilleures conditions.*

Profil des intervenants en soins palliatifs :

Dans la démarche palliative, le patient se situe au centre d'un dispositif autour duquel de nombreux intervenants sont appelés à tenir un rôle en interrelation les uns avec les autres. Pluridisciplinarité et interdisciplinarité sont indispensables dans la prise en charge en soins palliatifs. On trouve des médecins, des infirmiers, des aides soignants, des kinésithérapeutes, des assistantes sociales, des psychologues, des auxiliaires de vie, des bénévoles, des ergothérapeutes, des orthophonistes...

L'action des bénévoles d'accompagnement :

Une des particularités du travail en soins palliatifs est l'importance des bénévoles. On compte de nombreuses associations en France, dont les deux tiers sont regroupées au sein de l'UNASP (Union Nationale des Associations pour le développement de Soins Palliatifs) ou de la fédération JALMALV (Jusqu'À La Mort Accompagner La Vie). Ce mouvement associatif sociétal a souvent été à l'origine de la prise de conscience des professionnels de la nécessité de mettre en place des soins palliatifs.

Ce qui fonde le bénévolat est avant tout une dimension relationnelle. Le bénévole est là, présent, disponible, pour écouter, parfois pour briser la solitude de celui ou celle qui fait face à la maladie et à la mort. Il ne remplace pas les soignants ni les proches de la personne malade. L'accompagnant est un témoin, un être humain qui exprime simplement sa solidarité avec un autre être humain, dans le respect des différences et du désir de celui qu'il accompagne ».

b. La souffrance au coeur du soin palliatif

Article de Nathalie Clément-Hryniewicz, « Face à la mort à venir et la dégradation physique et/ou psychique : souffrance des patients, des proches. Réflexion autour de la souffrance éprouvée par les patients atteints de cancer et leurs proches en soins palliatifs », *L'information psychiatrique* 2012/9 (Volume 88), p. 735-741. DOI 10.3917/inpsy.8809.0735

Dans la situation de départ les émotions, tristesse et colère, sont apparues lorsque qu'une image de la souffrance, d'une patiente en fin de vie était prise en charge. En effet celle-ci a différentes facettes ce qui en fait toute la difficulté de l'interpréter et de la prendre globalement en charge. La souffrance du patient nous paraît au centre de toutes les souffrances qui en découlent comme la souffrance de la famille et de l'équipe soignante. Dans cet article une image est représentée et nous amène à penser la souffrance de l'autre.

« *Comment en effet continuer à investir la vie et se réinvestir soi même quand on a perdu à ses yeux une partie de ses qualités, de sa séduction, de son attrait et que l'on éprouve répulsion, horreur, dégoût face à ce que l'on est devenu ?* ». Et il est vrai qu'en admettant que c'est le fond de leurs pensées, les patients ne peuvent que souffrir. Il n'est pas pensable qu'un patient désapprouvant son propre corps ne peut être non souffrant. « *Le corps devient un objet persécuteur, agresseur, dangereux, douloureux, source d'angoisses, de déplaisir mais aussi de menace. Il devient la représentation même du monstrueux, de l'anormalité, de la Mort là où le culte de la beauté prime, où le paraître prévaut sur l'être, où l'image a tant d'importance, où le corps différent, « hors-norme » dérange jetant un trouble dans l'esprit collectif à la mesure des fantasmes et des peurs qu'il génère* ». Cette façon d'aborder la souffrance du patient dans cet article nous recentre clairement et nous aide à visualiser ce que peut penser l'autre dans la position de faiblesse que provoque l'attribution d'un lit nommé soin palliatif. Comment adapter cette pratique dans la situation initiale, il faut le réfléchir, mais est-ce que cela aurait changé la réaction inconsciente nous en sommes pas sur.

Nathalie Clément-Hryniewicz dans son article nous parle de différentes souffrances dont la souffrance du deuil qui est développé :

« – *pour le patient : deuil de soi, deuil de ce qu'il a été, deuil de son intégrité, deuil de ses aptitudes physiques et psychiques, deuil de sa vie antérieure, deuil de son autonomie, deuil de son illusion d'immortalité, deuil de son idéal de santé...*;

– *pour les proches : deuil de ce que leurs proches ont été, deuil d'une partie d'eux-*

mêmes par lequel ils venaient à se réfléchir dans l'autre, deuil de ce qu'ils ont pu construire ensemble, de leur avenir commun, de leur projet ;

– enfin, du deuil à venir que rend compte la mort.

Des « réactions à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc. » auxquels ils se trouvent soumis et qui constituent une « perte sèche » douloureuse pour chacun tant ils perdent là une partie d'eux-mêmes, sans aucune compensation. La douleur apparaît alors comme une expression de la blessure narcissique que la perte des objets aimés inflige ».

Dans la situation la famille n'était pas présente il est vrai mais il paraît important d'en parler car la famille est très présente et impliquée dans le soin palliatif en général. La souffrance est vécue d'une manière différente par les familles:

« Bon nombre de familles évoquent, de fait, se sentir fautive d'être en bonne santé alors que l'autre est malade (« je n'ai pas à me plaindre, quand je pense à. . . »), de ne pas avoir su le protéger des affres de la maladie, de ne pouvoir le garder à domicile quand la maladie s'aggrave et ainsi d'être infidèle à la promesse qu'il lui avait faite, de ne pas pouvoir être présent lors des derniers instants ou encore d'effectuer certains gestes »

Article de Florence Meilland, « L'accompagnement en soins palliatifs ou la nécessité de penser la souffrance des soignants », Jusqu'à la mort accompagner la vie 2014/1 (N° 116), p. 47-55. Presses universitaires de Grenoble | « Jusqu'à la mort accompagner la vie »

Dans cet article de Florence Meilland, exploite une situation clinique démontrant la souffrance de soignants répercutant sur les patients ainsi que leurs familles. Le parallèle est rapidement fait avec la situation, étant donné que nous pouvons voir la réalisation d'un soin technique, sans prendre en compte la personne et en lui rajoutant la souffrance de soignant.

Précédemment nous avons identifié le mécanisme de défense qui était la fuite dans le récit de ma situation de départ. L'article les aborde et décrit l'intérêt de ceux-ci.

« Les mécanismes de défense sont inconscients et présents en chacun de nous. Ils défendent le fonctionnement psychique avant tout contre l'angoisse et tendent à rendre

la réalité moins menaçante ». La psychologue dit que les repérer est une étape importante pour « s'ouvrir à l'ambivalence et à l'altérité ».

Dans l'article le clivage est identifié, il se définit par la séparation des idées, des opinions. Il permet, selon Florence Meilland, « d'éviter une douleur dépressive, de se reconnaître comme mortel ». La non reconnaissance de la mort, ou bien la peur de la mort a-t-elle poussé l'inconscient à la fuite dans la prise en charge? Peut être bien. « Avec le clivage, le mauvais est projeté en l'autre ».

La psychologue utilise une contradiction comme la vie (Eros) et la mort (thanatos) et dit que ceux-la ne peuvent pas coexister à l'intérieur d'un même individu. C'est sûrement la raison qui a poussé à ne pas prendre en compte la mort arrivant chez la patiente car nous nous représentons la vie mais pas la mort. Et pourtant « c'est la rencontre de ces deux forces qui fonde l'élan vital, notre humanité. Nous sommes ainsi des individus bons et mauvais à la fois, pris dans nos contradictions »

Le second mouvement évoqué dans l'article est l'identification projective, selon Mme Ruzniewski c'est « comme une attitude où le soignant attribue au patient certains traits de ressemblance avec lui-même ainsi que ses propres sentiments et réactions face aux situations. Par cette fusion étroite, le soignant acquiert la conviction que lui seul sait ce qui convient au malade ». Le mouvement développé est discutable pour ma situation : en sortant de la chambre de la patiente les émotions de tristesse et de colère m'envahissaient, car j'avais le sentiment d'avoir effectué de mauvais soins pour cette patiente. Je pensais donc à la perception de mon soin par cette femme. N'ai-je pas effectué une identification projective de ce qui ne lui convenait pas à ce moment là, car au final je n'ai pas demandé à ma patiente si le soin l'avait touché de manière positive ou bien négative. Je ne sais donc pas l'influence que mon soin lui avait porté.

Les conséquences de ces deux mouvements défensifs sont « le déni de la patiente dans sa place de sujet et une impossibilité d'accéder à l'ambivalence, penser la souffrance et de la dépasser ».

En conclusion de cet article, les processus décrits participent à la construction de l'altérité et de soi en tant que sujet, mais dans le cas contraire ils peuvent amener à la pathologie. L'important dans ce type de situation est donc « de chercher les moyens pour les assouplir, de retrouver une juste distance à l'autre et de lui donner sa place de sujet désirant ».

« Cette relation met à l'épreuve à chaque rencontre le sens du soin, nos engagements professionnels et personnels. Elle questionne nos convictions, le sens de l'existence, le désir, les séparations... autant de sujets qui nous rappellent notre vulnérabilité, notre humanité. En tant que soignants nous devons interroger nos pratiques et nos mouve-

ments internes pour préserver la singularité. Chacun raconte sa mort avec ce qu'il est, avec son histoire. Nous sommes des accompagnants ».

En parlant d'accompagnant parlons à présent de l'utilisation thérapeutique du soi.

C.L'utilisation thérapeutique du soi

La relation d'aide (d'influence Rogérienne) vers l'utilisation thérapeutique de soi par Margot Phaneuf, infirmière, pour une présentation faite au collègue de Lanau-dière.

http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/2ePartie_.pdf

Définition de la relation d'aide : « *C'est un échange à la fois verbal et non verbal qui dépasse le superficiel et favorise le climat, qui permet d'apporter le soutien dont la personne a besoin au cours d'une épreuve (anxiété, douleur, peur, chagrin, deuil, inquiétude pour l'avenir ou approche de la mort). Par les habiletés qui lui sont propres, cette relation permet à l'infirmière de mieux comprendre la situation du patient, de l'aider à consentir au traitement, à mieux vivre sa difficulté et, selon le cas, à s'ouvrir au changement et à l'évolution professionnelle* ».

Il existe deux formes de relation d'aide la formelle et l'informelle. La formelle est celle qui est prévue au dossier, avec des objectifs prédéterminés, l'informelle est celle qui est instaurée au fil des soins, en fonction des besoins manifestés, c'est celle que nous pouvons vraiment aborder dans la situation et même en général dans la pratique des soins palliatifs. Le besoin manifesté par la patiente n'est pas identifié, du coup la relation d'aide informelle ne peut pas être présente.

Les habiletés préalables à la relation d'aide sont la présence, la concentration, l'écoute, la considération positive, l'attitude de non jugement, la non directivité.

Les habiletés majeures de la relation d'aide sont l'acceptation inconditionnelle, le respect chaleureux, l'empathie, l'authenticité, la congruence, la confrontation.

Les habiletés complémentaires de la relation d'aide sont la spécificité de la communication, l'immédiateté, la révélation de soi, l'humour, la communication de l'espoir.

A l'aide de la situation, nous pouvons voir qu'il n'y a pas eu le temps d'effectuer ces habiletés, étant donné la fuite. La notion de temporalité est importante dans le soin et elle permettra en premier de pouvoir être présent, concentré, à l'écoute...

D. Les émotions

Claudia Mazzocato, « Une autre manière d'accueillir la souffrance ? », *Revue internationale de soins palliatifs* 2013/2 (Vol. 28), p. 131-132.

DOI 10.3917/inka.132.0131. Médecine & Hygiène | « Revue internationale de soins palliatifs »

Dans la situation nous pouvons dire qu'il n'y a pas d'expression des émotions du soignant, on peut dire que le temps d'extérioriser l'émotion n'a pas été permise, compte tenu de la fuite. Dans l'article Claudia Mazzocato dit « *Plutôt que d'adopter des comportements d'évitement, de fuite, ces jeunes médecins disent privilégier l'expression de leurs émotions auprès des proches et des collègues : offrir un espace d'accueil à l'indicible, à l'inacceptable en le mettant en mots* ». Nous pouvons dire que cette phrase évoque l'importance de rentrer en contact verbale avec le patient, lors de la situation initiale, ce qui aurait peut être permis de transmettre les émotions de soignant à la personne soignée. Ces émotions semblent nécessaires pour le patient. Elles peuvent permettre la relation de confiance, et comme il est stipulé dans le texte d'offrir un espace d'accueil et permettre à ce patient de communiquer.

L'émotion de bien être est recherchée par tous. La joie peut être une raison de vivre, elle est inébranlablement importante pour chaque individu. « *Selon le Dalai-Lama, le désir d'être heureux et de ne pas souffrir ne connaît pas de frontières. Il est inscrit dans notre nature et, à ce titre, se passe de justification* ». Un soignant, ne voyant que des émotions négatives, peut, ne pas accepter la tristesse chez le patient le renvoyant vers des réactions inconscientes.

Un peu plus loin dans l'article, une mise en lien est rédigée entre l'appropriation de la souffrance du patient par le soignant. A tellement s'investir dans le soin nous pouvons avoir l'impression de ressentir leur souffrance et ceci risque de nous faire avoir une émotivité débordante. Cette appropriation est identifiée comme un risque, d'ailleurs elle apporte du négatif dans la situation initiale exposée.

« *Gremaud attire notre attention sur « le risque que nous courrons de nous approprier la souffrance de nos patients, de la faire nôtre, en voulant la supprimer coûte que coûte. L'auteur émet l'hypothèse qu'une des raisons de l'utilisation croissante de la sédation palliative serait la difficulté du soignant à différencier sa souffrance de celle du malade.* »

B. Résumé des entretiens

Avant de résumer les entretiens réalisés auprès des professionnels de santé, je vais développer ce qui a suscité mon intérêt de m'entretenir avec les personnes choisies.

Pour mon premier entretien, j'ai choisi une cadre avec une expérience impressionnante autant en terme de service parcouru, que par le nombre d'année où elle exerce ce métier. De plus, je l'ai choisi également pour son lien étroit avec le soin palliatif étant donné qu'elle est la fondatrice des réseaux de soins palliatifs dans le département et qu'elle travaille en coordination avec l'unité de soins palliatifs du CH d'Antibes.

Pour mon second entretien, j'ai choisi une infirmière libérale pour sa proximité avec les patients qu'elle prend en charge compte tenu du fait que les soins sont réalisés au domicile du patient mais aussi puisqu'en général, elle prend en soin le patient et l'accompagne jusqu'à sa fin de vie. De ce fait, je pense qu'elle est parfaitement placée pour parler de prise en charge de fin de vie et d'émotions.

L'ensemble des entretiens est intégralement retranscrit en annexe de ce travail de fin d'étude, ils ont été enregistrés afin de les retranscrire puis effacés.

La grille d'entretien qui m'a permis de les réaliser est aussi disponible dans l'annexe.

« Une prise en charge de soins palliatifs vous a déjà suscité des émotions particulières? »

Les soignantes ont évoqué qu'elle suscitait des émotions, et que celles-ci pouvaient être plus sombres, selon la situation pour l'infirmière libéral qui prenait l'exemple du soulagement de la douleur pouvant lui renvoyer un sentiment de Frustration et même de la tristesse si elle n'était pas maîtrisée. La cadre, quant à elle, évoquait l'injustice de certaines situations qui lui causait à elle aussi de la tristesse.

« Pensez-vous avoir fait ressentir à certains de vos patients des émotions? »

Les professionnelles de santé ont répondu pour l'ensemble de la même manière en disant qu'elles font tout le temps ressentir certaines émotions de manière volontaire ou pas, ce qui traduit l'implication sensible et plus particulière du soin palliatif et l'importance de le transmettre lors d'un soin. Cela peut permettre d'instaurer la relation de confiance induite par l'empathie.

« Avez-vous déjà identifié des mécanismes de défenses chez vous ou chez vos collègues? »

Pour cette question aussi l'unanimité a été requise, les infirmières ont des mécanismes de défense se présentant lorsque les choses leur paraissent contraire à leur valeur. Pour l'IDE libérale, le mécanisme identifié a été la fuite, après avoir expliqué sa situation. Pour la cadre, la réponse peut être différente et prendre du coup d'autres formes, comme par exemple, la colère en réponse à une situation ou une contradiction, même si parfois une situation de fuite, en demandant à une autre collègue d'intervenir à sa place, peut se produire.

« En cas d'émotions fortes discutez vous en avec vos collègues ou avec quelqu'un d'autre? »

Une nouvelle fois encore les infirmières ont été unanimes, elles discutent de leurs moments difficiles, intenses avec leurs collègues, ce qui met clairement en lumière un travail d'équipe en pointant nettement son intérêt. Les infirmières ont besoin d'extérioriser et de se reposer sur leurs collègues.

« Comment prendre soin d'un patient en soins palliatifs? »

La cadre de santé, en réponse à cette question, m'a développé les points clefs en terme de communication verbale, avec une attitude de bienveillance, une écoute, la reformulation, des propositions, instaurer la participation du patient. Tandis que l'IDE libérale a déclaré que le temps consacré est important, que la communication n'était pas ce qui prédominait en fonction des patients et qu'il fallait du coup être plus attentif, observant des détails permettant de transmettre un intérêt particulier au patient.

Leurs témoignages étaient cohérents et concordants sur le fait que l'intention avant d'aborder le soin et l'attention particulière des choses sont primordiales.

« Votre prise en charge peut-elle influencer sur la souffrance du patient ? »

Là encore, les réponses sont superposables, la prise en charge peut influencer la souffrance du patient.

« Comment vivez-vous le décès d'un patient? »

Pour la cadre ce qui va rentrer en jeu lors du décès du patient, ce sont les conditions de départ de celui-ci, de manière paisible, soulagé ou alors avec une souffrance importante.

Ensuite, le discours se corrèle aussi sur le fait que la création de certains liens avec le patient peuvent jouer et alourdir le départ, tout comme le rapport du temps de la prise en charge ; il est plus facile à vivre quand on prend en charge le patient une semaine, que si on l' a suivi sur une année, puisque dans ce cas l'affect est sensiblement différent.

« Les années d'expérience facilitent-elles l'acceptation de la mort? »

L'acceptation de la mort n'est pas applicable dans les réponses des 2 professionnelles, que se soit pour le soignant, pour la famille ou le patient. On n'est jamais prêt à cela, par contre il en ressort que l'expérience aide à la prise en charge de soins palliatifs et que le temps peut faire changer certains détails de notre pratique.

C. Synthèse de l'exploration

Cette partie est la mise en lien de la partie exploratoire qui précède, la conclusion d'apport intéressant de professionnel de santé à travers les entretiens réalisés, et de revues de littérature toutes très enrichissantes. Elle va permettre la mise en évidence de concept, important pour la formulation de la question centrale.

Nous avons vu à travers les recherches le concept de **communication** ressortir, celui-ci apparaît lorsque nous avons parlé d'émotions. Celles-ci sont évoqués par les soignants et par Claudia Mazzocato. En quelques phrases ce qui l'en ressort c'est l'importance de transmettre ses émotions aux patients ou à l'équipe et de mettre des mots sur ce qui paraît inabordable. La nécessité d'en discuter avec des personnes de l'équipe soignante. L'intérêt aussi de la relation d'aide évoqué par Margot Phaneuf.

En deuxième concept, la **souffrance** est revenu à plusieurs reprises. Et celle-ci touchant le patient, le soignant sous forme d'identification projective et la famille.

Pour le prendre soin du patient en soins palliatifs prendre le temps apparaît comme primordiale, Celui-ci est d'ailleurs évoqué comme spécifique et différent dans ce type de soins. Le rapport au temps est changeant. Ce qui me permet de noter l'importance de ce concept de **temporalité**.

La mort est une réalité dure à vivre pour tout être humain sur terre. Celle qui fait verser tant de larmes à la personne s'en approchant et à son entourage. Les recherches montrent la peur ou la non reconnaissance du concept de la **mort**. A nous soignant dans des cas où la prise en charge est difficile, à s'adapter et à se reposer sur **une équipe soignante** pour soulager notre souffrance, nos difficultés.

VI. QUESTION CENTRALE

Dans quelles mesures les représentations de la mort déstabilisent-elles l'équipe soignante et la communication avec le patient en fin de vie?

VII. LA PHASE CONCEPTUELLE

A. LA MORT

a. Définition

<http://www.cnrtl.fr/definition/mort>

Définition par le cnrtl de la mort: « *Cessation de la vie.*

La mort est pour tout organisme vivant, homme, animal ou végétal, un événement individuel qui peut être précisé ».

b. La crainte de la mort, toujours d'actualité

Livre Soins palliatifs, éthique et fin de vie, 2ème édition, Régis Aubry, Marie-Claude Daydé, édition Lamarre 2013, page 35

C'est naturel de redouter ce que l'on ignore, la somme de questions que nous pouvons nous poser, reste sans réponse. Personne n'est revenu de la mort d'où notre doute. De plus « *la vision de chacun d'entre nous a pu avoir de la mort d'un parent ou d'un proche peut générer une mémorisation de celle-ci comme une peur... Par des mécanismes psychiques inconscients se mettant en place pour lutter contre la peur, l'homme peut ainsi se trouver dans un déni de sa propre finitude.* » Alors comment faire disparaître cette crainte?

Face à face avec la mort... Cosette Odier, formatrice, service de l'aumônerie du CHUV, LA MORT: UNE INCONNUE A APPRIVOISER, édition Favre, Marc Antoine BORNET, Arnaud BAKARIC, Sophie MASMEJAN et Sophie KASSER, 2014

La vue pour nous, soignants et étudiants dans la profession de la santé, d'un patient mort, peut attirer toutes les peurs ; en particulier, lorsque nous ne nous sommes jamais retrouvés devant un corps inerte, sans vie. Ce moment peut rester graver en nous et nous perturber pour la suite de notre vie, « *se retrouver face à un bras, une jambe, tout un corps mort traité dans le formol n'est pas sans forcer notre représentation de la mort et surtout nous parler de notre finitude.* » Le fait de nous retrouver face à la mort nous amène à penser à notre propre mort, celle-ci pouvant induire des conduites inconscientes, nous bouleverser par une découverte de notre mortalité. Mais Cosette Odier évoque l'intérêt de s'y confronter, « *Il faut parler sur la mort, parler de sa mort. Je ne cesserai de le répéter autour de moi. Si l'on n'accomplit pas cette tâche, que toutes les civilisations avant la notre ont assumée avec un soin particulier, on risque fort de rater... la vie.* ». Cosette Odier cite aussi dans ce livre Bernard Crettaz sociologue va-laisan « *oser faire face à la mort, de celle de nos proches, la notre, serait une manière de ne pas passer à côté de sa vie.* » Cette phrase est très parlante pour nous, soignants, nous retrouvant dans des situations assez complexes lors de nos prises en charges de patients en fin de vie et nous motivant à réussir à faire face à la mort de nos patients.

« Je suis élève infirmière » sans nom, page 85 dans le livre LA MORT: UNE INCONNUE A APPRIVOISER, édition Favre, Marc Antoine BORNET, Arnaud BAKA-

RIC, Sophie MASMEJAN et Sophie KASSER, 2014

Un écrit peu ordinaire, dans le même livre, nous transporte dans le lit d'une patiente en soins palliatifs, à un âge très avancé, qui était une étudiante infirmière. Ces informations nous permettent d'imaginer l'intérêt de sa lettre étant donné qu'elle se retrouve soignante et soignée en soins palliatifs.

« Je suis élève infirmière et je vais mourir. J'écris cette lettre à vous tous, qui vous préparez à devenir infirmiers, dans l'espoir de vous faire partager ce que je ressens, afin qu'un jour vous soyez peut être mieux capables d'aider les mourants. Le personnel ne veut pas voir le malade mourant en tant que personne et donc ne peut pas communiquer avec moi. Je suis le symbole de votre peur, quelle qu'elle soit, de ce que pourtant nous savons que nous devons tous affronter un jour. Vous vous glissez dans ma chambre pour me porter les médicaments ou prendre ma tension et vous vous éclipses une fois votre tâche accomplie. Est-ce parce que je suis élève infirmière ou simplement est-ce en tant que qu'être humain que j'ai conscience de votre peur et qui sait que votre peur accroît la mienne? De quoi avez-vous peur ? C'est moi qui meurs ! J'ai conscience de votre malaise, mais je ne sais que dire ni que faire. Mais je vous prie de m'en croire, si vous vous souciez de moi, vous ne pouvez pas me faire de mal.... Ne vous sauvez pas. Patientez. Tout ce que j'ai besoin de savoir, c'est s'il y aura quelqu'un pour me tenir la main quand j'en aurais besoin. J'ai peur. Peut être vous êtes blasés de la mort, pour moi c'est nouveau..... Si seulement nous osions avouer où nous en sommes et admettre, vous comme moi, nos peurs est ce que vraiment cela vous ferait déchoir de votre précieuse compétence professionnelle? Est- il vraiment exclu que nous communiquions comme des personnes, de façon qu'à l'heure où se sera mon tour de mourir à l'hôpital j'aie auprès de moi des amis. »

J'ai choisi d'incorporer cette lettre très connue et très utilisée, car en lisant quelques phrases je trouve qu'elle m'a transporté, moi, étudiant dans le lit d'un patient de soins palliatifs. Cette proximité entre l'auteur de cette lettre et moi-même étudiant se traduit par une émotion forte à la lecture de ses mots. Elle permet une image simple, qui est celle de se mettre à la place de l'autre dans la prise en charge, mais qui dans cette lettre est encore plus frappant et insistant. Elle peut nous permettre de nous rappeler des questions simples, quand nous arrivons devant un patient « qu'est ce qu'il serait bien que je fasse », « qu'est ce que j'aimerais si j'étais à sa place », nous permettant de combattre nos craintes. Cette image créée tout au long de la lecture de sa lettre peut permettre à un grand nombre d'étudiants de se rappeler dans des prises en charge similaire les demandes de cette étudiante-patient en soins palliatifs ; celle-ci

peut permettre d'éviter des comportements de fuite, en signalant à nous les soignants que ce comportement est largement interprété par le patient et accentue la souffrance. De plus elle dit quelque chose d'important en signalant qu'elle aimerait partir.

c. La mort vue par la société

Livre Soins palliatifs, éthique et fin de vie, 2ème édition, Régis Aubry, Marie-Claude Daydé, édition Lamarre 2013, page 35

Maurice Halbwachs sociologue mort en 1945 dans un camps de concentration a écrit La statistique en sociologie, en 1944, p 11 « *un individu humain isolé, privé de tout rapport avec ses semblables et qui ne s'appuierait pas sur l'expérience sociale, ne saurait même pas qu'il doit mourir.* » Cette citation du sociologue nous laisse penser l'intérêt de la société dans nos représentations de la mort. Et il pointe le fait que sans celle-ci nous n'aurions pas la connaissance de ce concept.

« *l'industrialisation de nos pays d'Europe occidentale au XIXème siècle, puis le formidable essor d'une médecine technoscientifique au cours du XXème siècle ont contribué à faciliter, au sein de notre société, un certain degré de dénégation de la finitude de l'homme.* » Effectivement, le progrès est tel que les limites ne sont plus tellement posées. La fin de vie peut paraître incertaine au vue de l'avancée de la médecine. « *L'homme a ainsi caressé l'idée ou le fantasme que la technique et la médecine réunies allaient réussir à vaincre la finitude.* »

La mort est souvent utilisée par les médias « *La mort fait recette, favorise l'audimat, elle envahit les écrans de télévisions aux heures de grandes écoutes, mais nous sommes protégés de cette mort par l'écran. Elle s'immisce dans la vie des enfants lors des dessins animés, des jeux électroniques où l'on meurt très souvent, mais où l'on ressuscite aussitôt. Finalement il semble que nous ayons une approche conjuratoire de la mort : plus on parlerait, plus on la montrerait (celles des autres), moins elle viendrait à nous (à moi)* ». En agissant de cette manière les médias diffusent une idée de la mort chez l'autre, nous transmettant le fait que la mort est étrangère à notre propre personne, distillant la mort loin derrière un écran.

REPRÉSENTATION ACTUELLE DE LA MORT DANS NOS SOCIÉTÉS: LES DIFFÉRENTS MOYENS DE L'OCCULTER, Damien Le Guay , L'Esprit du temps « Études sur la mort » 2008/2 n° 134 | pages 115 à 123.

Le cinéma est aussi au coeur de cette représentation de la mort comme le développe Damien le Guay dans son étude sur la mort « *Des films comme L'Incompris de Comencini (1967) ou Cris et chuchotement de Bergman (1972), quand ils mettent en scène une authentique peine, une douleur d'un individu en train de mourir, un mourant et le quotidien d'une famille autour de lui, appartiennent, aujourd'hui, à un autre monde. Désormais, avant tout dans les « policiers » américains, les « méchants » sont tués sans affects, comme s'il s'agissait d'un jeu de cour de récréation. Tuer ne veut plus rien dire. Le « héros » « élimine » sans émotion, sans « état d'âme ». Les « méchants », eux, « disparaissent » dans une mise en scène esthétisante. On a compté 106 morts dans Rambo III (1988) et 81 dans Robocop II, 1990). Un recours excessif au "second degré", à la "parodie", à ces images qui ne sont pas vraisemblables, favorise une séparation de l'imaginaire d'avec la réalité. Les repères se brouillent, les distinctions s'estompent. Qu'y a-t-il d'authentique dans ces films qui occupent tant de place dans l'imaginaire contemporain ? Rien. Cette tyrannie du « second degrés » rend impossible toute compréhension de la mort, toute acclimatation, toute formation. Il y a détour sans retour possible vers nos expériences singulières. Plus la mort est irréaliste, moins elle est nôtre, moins elle nous apprend à vivre avec. Une nouvelle figure de la mort s'instaure: une mort aseptisée, esthétique (comme dans les films de Quentin Tarantino), dépourvue de souffrance. Celui qui tue ne souffre pas; celui qui est tué ne ressent nulle angoisse. Devant ces spectacles, le voyeur télévisuel n'éprouve rien. Le psychanalyste Serge Tisseron explique que les adolescents, le temps d'un film, à l'image de ces héros tout puissants, qui ne tiennent compte ni des autres ni des règles sociales, s'affranchissent de la loi et assouvissent un fantasme de toute puissance. L'adolescent "se débarrasse de tout ce qui le dérange à l'extérieur, à défaut de se débarrasser de ce qui le dérange à l'intérieur". Comment promouvoir un interdit et la mort est devenue un interdit, le suprême interdit contemporain ? Soit par la dissimulation, soit par l'excès. L'excès conduit à la banalisation, au trop-plein et donc à la disparition. La mort, ainsi, est devenue invisible pour être médiatiquement sur-visible. La vraie mort, celle de nos vies quotidiennes, a disparue au profit de la mort-parodie, la mort-spectacle, la mort-élimination, la mort-ludique, la mort-grand-guignolesque. En somme : l'excès médiatique dissimule. Ce trop plein est un vide, une manière de remplir le vide par un gigantesque rien, par un gonflement carnavalesque d'agitations et de bruits assourdissants. »*

B. Communication

a. Définition

<http://www.cnrtl.fr/definition/communication>

Définition du cnrtl de la communication : « *Action de communiquer quelque chose à quelqu'un; le résultat de cette action (cf. communiquer I). Avoir, demander, donner, ordonner, prendre, recevoir, refuser (la) communication d'une affaire, d'un avis, d'un document, d'un renseignement; salle de communication* ».

b. Les attitudes de communications

Communication soignant-soigné, 3ème édition Bréal par Antoine BIOY (psychologue), Françoise BOURGEOIS (cadre de santé), Isabelle NEGRE (praticien hospitalier, anesthésiste-réanimateur) page 34 à 93.

L'empathie —>

Définition de Carl Rogers: « *Il convient de comprendre le monde du patient comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de comme si, car si l'on perd le comme si, on tombe dans l'état d'identification. Ainsi se perçoit le cadre de référence interne de l'autre, les composantes émotionnelles et les significations qui s'y attachent. Cette appréhension de la notion d'empathie suppose que le soignant laisse de côté ce qu'il est, du moins pour un temps. Ce qui peut être réalisé par une personne suffisamment en confiance avec elle-même pour oser aller à la rencontre du monde interne de l'autre en sachant qu'à tout moment elle pourra recouvrer ses propres émotions et références de pensée.* »

Lorsque quelqu'un se sent perçu et compris, il établit intuitivement un contact plus étroit avec les expériences qu'il est entrain d'éprouver. C'est une attitude qui permet de trouver de nouvelles solutions à ses difficultés. L'empathie vise donc une action, une efficacité. Par son attitude empathique, le soignant crée un lien avec le patient, non pour élucider et interpréter son symptôme ou ses difficultés, mais pour l'aider à réparer son processus de développement et à combler son manque.

En résumé, on pourrait dire que, dans la relation de soin, l'empathie permet d'augmenter le degré d'estime de soi du patient, d'améliorer la qualité de la communication et

autorise enfin une verbalisation des émotions qui participe à la compréhension du patient et aux solutions à apporter à ses diverses difficultés.

La difficulté que le soignant peut rencontrer, c'est de manifester son empathie. Pour cela, dans cet ouvrage, une question que nous pouvons nous poser face à notre patient pour essayer de ressentir les éléments importants est « *Qu'est ce qui se passe actuellement chez la personne qui est en face de moi ?* ». L'empathie que nous manifestons doit prendre une forme en mettant des mots sur les émotions perçues par le soignant du patient. Dans le cas où celles-ci correspondent, le patient validera et la communication empathique fonctionnera. Dans le cas contraire, le patient invalidera les émotions et apportera de nouveaux éléments permettant au soignant d'avancer dans la compréhension de son patient.

Nous venons de mettre en lumière l'empathie dans notre recherche, nous allons à présent parler d'une autre attitude de la communication qui est la congruence.

La congruence —>

<http://www.cnrtl.fr/definition/congruence>

Définition du cnrtl: « *Fait d'être adapté, de coïncider.* »

Communication soignant-soigné, 3ème édition Bréal par Antoine BIOY (psychologue), Françoise BOURGEOIS (cadre de santé), Isabelle NEGRE (praticien hospitalier, anesthésiste-réanimateur)

Définition de J-M Labelle: « *C'est donc se mettre en mouvement vers l'autre pour le rejoindre la ou lui même se porte vers moi. Ce qui convient, c'est ce qui vient avec, ce qui correspond à nos routes respectives la où elles se croisent, se rencontrent, se conjoignent, pour un temps limité, dans un espace circonscrit, sans jamais pour autant se confondre. Ainsi en tant que congruente et réciproque, la relation d'aide permet à chacun d'advenir à soi, sans que l'un s'impose sur l'autre, le dépossède de lui même, le contraigne à devenir autre que lui.* »

Toujours à travers l'ouvrage de « la communication soignant soigné », on nous parle d'authenticité par le biais de Carl Rogers, en effet comment être congruent si nous ne sommes pas authentiques. La congruence se caractérise par une distance entre le

soignant et le soigné ; une bonne distance est tant importante pour rester dans la congruence. « *C'est quand le soignant est pleinement et correctement conscient de ce dont il vit immédiatement l'expérience dans la relation avec autrui, qu'il est pleinement congruent. Si cette congruence n'est pas présente à un degré important, il est peu probable qu'une connaissance authentique puisse apparaître.* »

L'intérêt de la congruence est que le soigné entre en contact avec ses propres sentiments. Bien évidemment, elle demande « *une disponibilité du soignant pour écouter les émotions et les accepter. Notre statut professionnel, la représentation qu'en possède le patient, le poids de l'institution, sont des facteurs qui le protègent. De la part du soignant, le fait de dire ses émotions dans un but d'aide envoie en même temps au patient un message important: éprouver des émotions est normal, il est possible de les dire et de les partager sans se mettre en danger.* » De ce fait, le soignant peut se poser un certain nombre de questions orientant à la congruence: « *Quelle émotion suis-je moi même en train de ressentir à l'écoute du patient? ; Quelle émotion puis-je ressentir chez le patient ?Dire mon émotion peut il aider le patient à mieux comprendre ce qui se passe ou l'aider à verbaliser ses difficultés ? Suis-je prêt à discuter avec le patient de ce qu'il ressent une fois qu'il me l'aura dit ?* »

En ce qui concerne la dernière question, il se peut que le soignant se dise qu'il ne peut pas et pour cela il faudra alors qu'il trouve une autre voie d'expression, ou bien qu'il en parle avec l'équipe soignante.

Après avoir analysé, la congruence nous allons développer sur l'écoute du soignant.

Les différents niveaux d'écoute —>

L'écoute est le coeur de la communication. Un soignant qui n'écoute pas, ne peut pas soigner, d'où son intérêt.

« *L'écoute soignante impose une implication affective avec le patient ainsi qu'une attention particulière centrée uniquement sur le patient. Un soignant en position d'écoute induit un relationnel particulier, proximal, avec celui qu'il écoute. On pourrait le qualifier d'intimité professionnelle. L'écoute permet d'entendre le patient et sa souffrance éventuelle, c'est à dire percevoir au delà des sons, son humanité, ses craintes, ses forces, ses doutes, et ses certitudes, ses éléments d'équilibre et de faiblesse.* »

Il existe différents niveaux d'écoute, le premier ne concerne que ce qui est dans la relation entre le soignant et le soigné. Le second niveau est basé sur ce qui est du non verbal, comme les attitudes ou les expressions du visage. Et le troisième niveau correspond à l'interprétation des émotions des sensations. L'ensemble de ces attitudes de communications sont utilisables au lit des patients en fin de vie.

L'écoute du soignant se manie une nouvelle fois par une disponibilité envers le patient,

l'importance de faire le tri entre les informations apportées par le patient de ce qui est factuel, nécessaire ou indispensable. Un soignant, faisant l'utilisation de ces différents niveaux d'écoute, va permettre à son patient de sentir l'attention portée sur lui. Si un silence s'installe, il ne faut pas que nous, soignant, nous paniquions. La communication non verbale, à cet instant, devient importante. Des gestes comme le touché, le regard bien fixé, des sourires, tous ces petits détails font énormément, et permettent au patient de chuchoter quelques mots qui sont le départ d'une communication verbale.

A partir de ce moment, il faudra essayer de se servir de l'écoute pour comprendre, analyser les difficultés et comprendre les souffrances. La bonne écoute sera effective au moment où le soignant aura interprété la souffrance du patient et mis en place des actions, essayant de répondre à celle-ci. L'écoute n'est pas le simple fait de tendre son oreille.

L'écoute que nous évoquons demande la création d'un lien avec le patient, ce lien que nous pouvons aussi appeler la distance thérapeutique, nous allons en parler à présent.

c. La Distance thérapeutique

Faire face à la mort :

réguler la « bonne distance » soignants-malades en unité de soins palliatifs, Michel CASTRA, Travail et Emploi n° 97, Janvier 2004, pages 53 à 64

L'usure professionnelle et l'épuisement émotionnel sont des risques à ne pas oublier notamment pour nous les étudiants et les jeunes diplômés quand nous prenons en charge de nombreux patients en soins palliatifs. Nous avons évoqué précédemment que la mort est la difficulté centrale du soignant pour cette prise en charge, mais il ne faut pas tomber dans les risques cités de la distance thérapeutique, qui paraît être l'élément à réellement maîtrisé afin de perdurer dans le prendre soin du patient.

« La question n'est pas nouvelle : c'est non seulement la souffrance des malades mais aussi la relation avec ces derniers qui demeurent une difficulté centrale pour les professionnels, et en particulier les soignantes, confrontées à l'expérience désorganisateur du mourir ». Cette citation nous confirme l'intérêt de trouver la bonne distance thérapeutique dans la prise en charge de la personne.

La violence de voir mourir un de nos patients est la gestion de cette violence brutale se gère par la distance adaptée que nous appliquons dans le soin. Cette distance ne doit pas non plus être complètement détachée car sinon le patient ne sentirait plus une présence suffisante du soignant à son chevet.

Dans l'article recherché, l'auteur développe quelques possibilités dans le but de ne pas entrer dans une distance thérapeutique trop étroite. Une des possibilités abordées est le « *« fractionnement du temps » qui entraîne une multiplication du nombre d'intervenants au chevet des patients, de sorte que la présence se réduit aux tâches minimum nécessaires* ». Cette possibilité paraît envisageable mais tout en gardant le cap de la temporalité nécessaire, lors d'un passage en chambre d'une personne en soins palliatifs. Le fait de ne pas être en contact récurrent peut permettre de réguler la bonne distance thérapeutique et de protéger le soignant mais il reste qu'en même à discuter de la place du patient dans cela, lui qui voit défiler des soignants différents à chaque entrée en chambre. Ce contact là, lui laissera-t-il la possibilité d'évoquer des sujets dont il n'évoquerait qu'en présence régulière d'un seul soignant? Nous pouvons logiquement y laisser planer ce doute.

Une autre phrase relevée dans l'article est importante, « *Le malade, plongé dans un coma induit par la perfusion, décédait au bout de quelques heures. De tels procédés permettaient, en abrégant la phase d'agonie, de limiter la souffrance des patients et par la même, celle des soignants* ». La souffrance des patients engendrent la souffrance des soignants, il en va de soi ; un soignant qui fait face à la souffrance quotidienne de ses patients en fin de vie peut voir celle-ci déteindre sur lui-même. Nous pouvons donc évoquer l'importance de les soulager et de prendre en compte tous les détails leur permettant de trouver le confort le plus adapté à la finitude. Un soignant voyant son patient soulagé par les antalgiques demandés à son prescripteur pourra se féliciter de sa prise en charge et donc trouver une satisfaction l'éloignant de l'épuisement émotionnel et d'une distance thérapeutique non adaptée.

De plus, la formation de professionnels peut paraître importante, en effet il est souligné dans l'article son intérêt, « *La connaissance et l'enseignement aux soignantes de ces interprétations psychologiques viennent également mettre en garde les travailleurs contre les risques inhérents à l'activité exercée (implication excessive ou au contraire, attitude de retrait et de désengagement). En soulignant et en balisant les difficultés et les dangers inhérents au travail relationnel, ces théories fonctionnent comme des outils de préservation de soi et constituent une première forme de mise à distance en ce qu'elles permettent une analyse professionnelle du nécessaire ajustement relationnel entre soignantes et malades* ». C'est donc aussi une possibilité que de recevoir une formation complémentaire pour les soignants travaillant dans les unités de soins palliatifs et qui auront des outils supplémentaires à disposition de leur communication. « *le travail émotionnel opère la génération et la gestion de ses propres émotions ainsi que la gestion des émotions des autres : on ne peut pas aider les gens dans leur confronta-*

tion à des problèmes émotionnels sans que l'on réagisse soi-même sur ce même registre de l'émotion ; la clarification de ses propres réactions affectives paraît être un aspect important de cette sorte d'activité pour soutenir et reconforter sans rendre dépendant, sans aliéner ». La clarification de nos émotions est un aspect que nous n'exerçons pas forcément tout au long de notre formation, cette clarification se fait si le soignant en fait les recherches ou s'il réfléchit sur ces situations rencontrées, mais la formation pourrait permettre à l'ensemble des soignants de se perfectionner dans la difficulté de cette exercice, et donc lui permettre d'ajuster sa distance thérapeutique. Dans la recherche il est dit, « *C'est essentiellement par une démarche d'essai-erreur que le soignant apprend à reconstituer les limites du rôle professionnel par rapport aux malades* », il en va de soi que cette possibilité pour la construction de notre distance adapté est recevable. Le temps nous permet d'apprendre de nos erreurs et chaque soignant se doit de se remettre en question et de modifier ses prises en charges en cherchant ce qui n'a pas été. C'est un peu l'intérêt de ce travail de fin d'étude qui reprend une situation de départ et dont on va rechercher l'amélioration de notre pratique. Les erreurs commises auparavant doivent permettre de ne plus les reproduire, et donc une distance trop étroite ou trop détachée doit mettre en lumière ce qui les a causées pour pouvoir les modifier.

La première idée que nous pouvons avoir lorsque nous rencontrons nos premiers patients en soins palliatifs, c'est que nos prises en charges se perfectionneront avec le temps, mais plus la recherche avance plus nous pouvons penser que l'expérience répétée de la mort peut déstabiliser « *L'endurcissement et la résistance morale ne sont jamais véritablement acquis en soins palliatifs : à chaque instant, le mourant vient rappeler au bien portant sa finitude et la réalité de sa propre mort* ». De ce fait il est important que le soignant soit toujours vigilant malgré son expérience qu'il adapte la distance thérapeutique pour que celle-ci ne le fasse pas souffrir lors de la fin de vie. De plus le soignant dispose d'une équipe, sur laquelle il doit s'appuyer et qui l'aide à réguler sa distance. A présent nous allons approfondir ce concept de l'équipe soignante.

C. L'équipe soignante

a. Définition

Livre: Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition, Sous la direction de Monique Formarier et Ljiljana Jovic, 2012, Éditeur : Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)

Définition du dictionnaire Larousse: « *Groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leur efforts dans le même dessein* ».

Selon Abrami « *une équipe peut être définie comme étant un groupe de personnes qui interagissent afin de se donner ou d'accomplir une cible commune, laquelle implique une répartition des tâches et la convergence des efforts des membres de l'équipe* ».

b. Réalité du concept dans le service

Livre: « soins palliatifs en équipe: le rôle infirmier », édition 2006, institut UPSA de la douleur, Pénélope Autret, Virginie Gauthier-Pavloff

« *Une équipe est un groupe de personnes qui a le désir de travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient. Chacune des personnes détient une compétence professionnelle dont le patient a besoin. La synergie de ces multiples compétences dans l'équipe est l'occasion de discussions, de recherches pour le mieux-être du patient, mais aussi de conflits possibles. De ces échanges, la compétence de chacun s'enrichit progressivement. Une condition essentielle au bon fonctionnement de l'équipe passe par une définition claire des règles du groupe et le respect de ces règles. Les structures de soins palliatifs sont des lieux où les partenaires de soins essaient de vivre l'interdisciplinarité au service du projet de soins palliatifs.* »

Livre: « soins palliatifs, éthique et fin de vie, une aide pour la pratique à l'usage des soignants », 2ème édition, édition Lamarre 2013, Régis AUBRY, Marie-Claude DAYDE

Il n'est pas simple parfois de s'accorder entre les différentes personnalités qui constituent une équipe soignante. Dans l'ouvrage cité précédemment, les ingrédients requis pour pouvoir travailler en équipe sont les suivants :

-Avoir des compétences requises, « *la visée professionnelle d'une équipe présuppose que les personnes qui la composent ont acquis, par la formation l'expérience, les compétences propres à leur métier et les compétences partagées pour permettre le travail en équipe* »

-Se connaître, « *chacun doit connaître les autres membres de l'équipe, connaître ses propres qualités, ses potentiels et ses limites, connaître les qualités et les limites de ses collègues* ». En effet, chaque soignant doit s'ouvrir à l'autre discutant en s'écoulant afin d'apprendre à se connaître. Dans beaucoup de services, les soignants se retrouvent en binôme ou parfois même à 3 soignants, se connaître facilite l'organisation du travail le climat, l'approche vers l'autre.

-Se respecter, « *il s'agira dans une équipe de valoriser les compétences ou les potentiels de chacun et de viser à la correction ou la non exacerbation des limites et des défauts. Il faut aussi se respecter soi-même. Il y a une déontologie et une éthique du travail en équipe. Tout manquement au respect des personnes et de la déontologie rompt la réalité du travail en équipe* ». Chaque soignant peut apporter sa compétence et compléter celle d'autrui,

-se faire confiance, la confiance entre soignants est primordiale ; sans celle-ci, un soignant ne délèguera pas certains soins ou autres pratiques et la personne voyant qu'il n'y a pas de confiance pourra se sentir lésée. Pour cette confiance, l'authenticité dans la relation et l'honnêteté semblent être les axes principaux.

-Communiquer, ceci est la base du métier de professionnel de santé. Dans l'équipe soignante, celle-ci est la fondement de l'équilibre d'un service que se soit pour le suivi des patients ou bien pour la souffrance d'un soignant.

-Partager des valeurs, « *les valeurs de bases de la personne malade, de ses proches, de ses collègues, Mais aussi de l'altruisme, le goût et l'envie de soigner, d'accompagner les personnes malade et les personnes en souffrance* ».

-Avoir un projet commun, une équipe qui avance avec des objectifs clairs et concis verra ses objectifs fleurir.

-Être organisé, respecter une hiérarchie établie selon les postes de chacun, respecter notre décret de compétences, et ne pas dépasser nos limites, sont extrêmement im-

portant. Quand cela dépasse nos compétences, faisons appel à la personne compétente. Cette situation permettra de valoriser la confiance entre un médecin et un infirmier par exemple, tout en promouvant le meilleur soin pour le patient.

Après avoir éclairé les ingrédients importants pour l'équilibre d'une équipe soignante, voyons à présent l'intérêt de s'appuyer sur le soutien d'une équipe soignante dans les soins palliatifs.

c. L'équipe comme soutien

Livre: « soins palliatifs en équipe: le rôle infirmier » page 112 à 129, édition 2006, institut UPSA de la douleur, Pénélope Autret, Virginie Gauthier-Pavloff

« La souffrance des soignants n'est plus à démontrer. Que ce soit avec le patient, avec l'entourage ou avec l'équipe, elle est présente quotidiennement dans la relation à l'autre. Si nul ne peut la faire disparaître complètement, l'effort de chacun est nécessaire pour contribuer à l'alléger. Mais pour cela, il est essentiel de faire une pause dans la cohue du quotidien pour penser sa pratique et lui redonner un sens ». Chaque étudiant en fin de cursus, ou soignant récemment diplômé ou même diplômé de longue date, peut nous raconter une prise en charge difficile entraînant une mémorisation de celle-ci et parfois même de la souffrance. Précédemment, nous avons vu avec le concept de la mort ce qui pouvait être ressenti « l'expérience particulière de la crise du mourir à l'hôpital nous montre à quel point les comportements de chacun (malade, entourage, soignant) sont exacerbés, rendant les relations souvent plus compliquées. D'autre part, durant cette crise, l'autonomie du patient en fin de vie diminue petit à petit. Le travail de l'équipe interdisciplinaire s'oriente vers la proposition et la dispensation de soins de confort. Enfin, accompagner une personne en fin de vie nous ouvre à la dimension spirituelle de l'homme en nous confrontant à des questions sans réponse, nous plongeant dans l'angoisse inhérente à ce que nous ne connaissons pas et qui, de surcroît, nous arrivera inéluctablement un jour ».

Nous pouvons voir dans beaucoup de services, des soignants qui n'expriment pas leurs émotions et cela car notre société nous y a fermé, dès notre éducation. Beaucoup pensent que se dévoiler peut être un signe de faiblesse, et même pour aller plus loin une honte. *« Malgré l'évolution de ces dernières années, le soignant reste peu enclin à exprimer ses émotions, à évoquer les situations difficiles ».* Néanmoins dans les soins palliatifs, le soignant se retrouve face à des maladies incurables, de la souffrance, des familles apeurées sans force de continuer le combat face à une maladie, à des questionnements où même le soignant ne sait pas y répondre. *« Dans le quoti-*

dien, la répétition de soins difficiles met à rude épreuve les ressources personnelles de l'infirmière et risque de rompre l'équilibre psychique qui lui permet de continuer à soigner sans fuir ». Certains professionnels de santé se blindent et arrivent à contenir le trop plein ; mais dans la majorité des cas les personnes qui travaillent dans des services de soins palliatifs, la solution ne demeure pas dans le fait de se blinder. « Il est nécessaire d'ouvrir un espace de parole pour gérer le trop plein d'émotions professionnelles ».

Les réunions d'équipe pluridisciplinaires —>

Celles-ci sont l'axe principale où le soutien de son équipe peut être recueilli . « En effet, en présentant les malades suivis, en présence de tous les membres de l'équipe, les soignants échangent leurs points de vue et pas uniquement sur les problèmes médicaux. Ils abordent également les éléments relevés auprès des patients lors de la semaine tant physique que psychologique. Dans le même but de partage et de consensus, est rappelée l'information donnée aux malades, aux familles. Une discussion peut être engagée permettant une réflexion éthique sur le vécu qui préoccupe l'équipe (arrêt des traitements curatifs, décision de poursuivre un traitement, proposer une transfusion, passage dans une autre structure de soins...). Cette discussion doit permettre aux soignants de parler des difficultés rencontrées, de se comprendre et de trouver des solutions utiles à la continuité des soins ». Cette citation démontre le grand intérêt de s'exprimer durant ces réunions pluridisciplinaire, que se soit pour une synthèse, une relève, des transmissions, chaque temps de parole en équipe est l'endroit pour exprimer ses difficultés. Les transmissions écrites aussi peuvent permettre à des personnes de s'exprimer sur leurs souffrances plus facilement, certains sont obligés d'écrire pour s'exprimer alors pourquoi pas le faire sur des transmission écrites. La discussion autour d'un projet de soin favorise la communication et l'expression des sentiments de chacun, c'est pour cela qu'elles sont si importantes pour nous aussi soignant.

« Le cadre infirmier peut organiser les conditions qui vont favoriser l'expression du vécu émotionnel de l'équipe, particulièrement lorsque la fatigue et l'agressivité retentissent sur le quotidien. Il favorise les réunions formelles et informelles qui sont bien souvent un espace-temps nécessaire aux rituels et aux rites des services dans lesquels la parole circule plus librement. Les "pots de service", les pauses café, les pauses repas vont aider à se remettre d'une épreuve, à remettre en cause un sentiment d'échec et à "laisser du temps au temps" ».

Les groupes de parole —>

Hormis les réunions pluridisciplinaires à travers les recherches, nous pouvons parler des groupes de parole qui peuvent être un espace intéressant car ceux-ci peuvent créer les conditions pour une meilleure gestion du vécu de l'équipe. « *Les groupes de parole sont organisés pour atténuer les tensions émotionnelles et améliorer la relation soignant-soigné. Le groupe de parole est régi par plusieurs aspects. La fréquence doit être régulière et choisie par l'équipe ainsi que sa durée. Il se déroule sur le temps de travail, de préférence au moment où se croisent les équipes* ». L'obligation de participation ne peut pas être mise en place, pour le simple fait que quand on oblige, on frustre les personnes et celles-ci resteront bloquées et donc sans intérêt pour le groupe de parole ; il faut donc y aller de nous même dans le but de s'ouvrir à l'autre en présence d'un professionnel. Le groupe de parole « *se doit d'être un espace d'échanges, un temps de partage destiné à permettre aux participants de réfléchir à leurs pratiques et de rétablir entre eux la communication* ». Le groupe est composé de l'équipe soignante et du psy, extérieur au service. « *Chacun peut déposer une partie de ses souffrances, de ses inquiétudes, de ses attentes, à l'exclusion des problèmes qui leur sont personnels. Sans distinction de grade, des échanges permettront à chaque participant de faire ses propres associations, de trouver sa résonance lors des situations évoquées* ». Le fait de se retrouver en groupe en oubliant les hiérarchies du service face à un professionnel qui ressent les souffrances nous oriente vers la verbalisation.

Ce qui semble important c'est de pouvoir s'exprimer le plus librement possible sans la sensation d'être jugé en retour, une fois que nous nous sommes exprimés certaines implications émotionnelles seront dégageées, permettant à la personne de moins souffrir et de se soulager. Il ne faut pas que les problèmes professionnels deviennent des problèmes personnels. « *C'est souvent dans les groupes de parole que surgissent des questions, des prises de conscience, des pistes de réflexion, des décodages de vécu qui vont nourrir la recherche personnelle* ». « *Quelquefois, un silence lourd s'installe. Il n'est pas le résultat d'un vide émotionnel mais au contraire d'une difficulté à formuler avec des mots une réflexion sur sa pratique, une prise de conscience, ou un mal être. L'invitation à la parole permet aux personnes de s'impliquer, de revivre la situation qui les a touchées. Ce sont des moments où le soignant ressent beaucoup d'émotions. De ce fait, le groupe doit permettre leur émergence et les accueillir pour qu'une élaboration puisse se réaliser* ». Le professionnel de santé peut attendre une réponse, une conduite à tenir mais rien ne lui sera apporté de magique. En contrepartie, sa réflexion sur son questionnement aura avancé et ses futures prises en charges lui permettront de ne pas replonger dans une certaine souffrance de soignant.

D. Conclusion de la recherche sur les concepts

Ce qu'il ressort de la recherche sur les concepts, c'est la difficulté première qui est le fait de se retrouver devant nos premiers patients en fin de vie. Ce contexte est difficile, l'atmosphère y est particulière et la difficulté de s'adapter pour l'étudiant est vraiment mise en lumière.

La mort, ou bien le fait de savoir qu'il ne reste que quelques jours à vivre pour nos patients, nous fait penser à notre propre mort. Celle-ci nous fait peur lorsque nous nous y confrontons, mais cette confrontation va permettre au soignant de passer un cap dans la prise en charge. Le patient en soin palliatif est le symbole de la peur, les patients ressentent d'autant plus nos émotions et nos actions inconscientes, d'où l'importance de se mettre à la place de l'autre et non penser à la place de l'autre. La bonne écoute sera effective au moment où le soignant aura interprété la souffrance du patient et mis en place des actions, essayant de répondre à celle-ci. Lorsque quelqu'un se sent perçu et compris, il établit intuitivement un contact pour élucider et interpréter son symptôme ou ses difficultés. Le fait d'éprouver des émotions est normal, il est possible de les dire et de les partager sans se mettre en danger. La notion de juste distance thérapeutique est dure à trouver, lorsque la souffrance des malades est la difficulté centrale pour le professionnel, le fractionnement du temps, le changement de soignant pour les soins, évacuer sa souffrance en soulageant son patient et la formation des professionnels sont les éléments à retenir de notre recherche.

De plus, la société joue un rôle dans nos représentations, elle a influencé notre image de la mort à travers notre éducation avec la mise à l'écart des jeunes enfants lors des enterrements par exemple, mais aussi à travers les films qui banalisent la mort sans émotions... Cette banalisation crée un choc d'autant plus important lorsque l'on y fait face réellement. Cette représentation de la mort bouleverse, dans ces situations, le concept de communication, lorsque nous avons des comportements inconscients.

A travers l'accumulation d'éléments compliqués à gérer psychologiquement pour le soignant, il paraît indispensable de s'appuyer sur son équipe soignante. Le désir de travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient est la base solide permettant au soignant d'y trouver un espace confidentiel adapté pour s'exprimer sans être jugé. La nécessité pour le soignant de s'ouvrir à la parole dans l'équipe est primordiale, celle-ci peut se faire lors des réunions interdisciplinaires, dans des groupes de paroles. Une fois que nous nous sommes exprimés certaines implications émotionnelles sont dégagées.

XIII. Question de recherche

**Comment prendre conscience de nos représentations de la mort pour que les difficultés face à celle-ci s'amoin-
drissent?**

IX. Protocole d'enquête

A. La méthode

Le dispositif de recherche utilisé est la méthode clinique. Le but est de participer avec une personne, sur le sens du projet, et de comprendre leurs difficultés. Le chercheur et les participants sont impliqués dans une intimité partagée à travers des entretiens qui permettent l'évolution, le développement, la transformation ou la production de connaissances.

L'outil de recherche que j'utilise une nouvelle fois dans cette partie de mon travail de fin d'étude c'est l'entretien semi directif. J'ai choisi les personnes que j'ai interrogé selon leur lien avec la mort étant leur proximité avec la mort. L'entretien a duré 20 minutes et s'est effectué dans une unité de soins palliatifs. J'ai donc opté pour deux IDE pour suivre le même public que j'avais interrogé auparavant. Celles ci ont une expérience d'au moins 5 années d'activité professionnelle dans le service.

B. La grille d'entretien:

Concept	Question	Question de relance	Réponses attendues
Représentation de la mort	<p>Quelles sont vos Représentations de la mort?</p> <p>Quelles sont les représentations de la mort dans la société en général?</p>	<p>Pensez-vous que les représentations la mort sont construites par notre société et notre éducation?</p> <p>Pensez-vous que l'expérience des PEC de soins palliatifs améliore notre posture professionnelle face à la mort?</p> <p>Le fait de soulager la souffrance par les soins apportés est-il bénéfique?</p> <p>Pensez-vous que faire face à la fin de vie, modifie nos représentations ?</p>	
La communication	<p>Les représentations de la mort influent-elles sur la communication?</p>	<p>Qu'est-ce qui paraît important dans l'attitude de communication?</p> <p>Ces attitudes permettent-elles une prise en charge de qualité ?</p>	

Concept	Question	Question de relance	Réponses attendues
L'équipe soignante	Si le soignant se retrouve en souffrance, qu'elles sont les possibilités qui s'ouvrent à lui ?	L'équipe soignante peut-être une solution? Pourquoi? Les réunions interdisciplinaires sont-elles importantes? Est-ce que le fait de s'exprimer peut permettre de se dégager émotionnellement?	

X. Conclusion:

Lors de la situation de départ, les émotions ressenties, ont été démontré par ce travail qu'elles influent sur la prise en charge et peuvent perturber profondément le soignant. A travers ce travail, nous avons recherché si celles-ci peuvent être exprimé auprès du patient. La réponse que nous pouvons apporter, à la fin de cette recherche, est la possibilité de les exprimer avec le patient sans pour autant être délétère pour la personne, bien au contraire. Dans la phase exploratoire, nous avons parlé de l'utilisation thérapeutique du soi et des émotions qui sont importantes pour le relationnel. Ces concepts clés vont permettre dans la phase conceptuelle d'en arriver à préciser l'importance de la communication dans la prise en charge des soins palliatifs.

En lien avec les émotions et leurs expressions, la communication doit être spécifique ou du moins adaptée. Avec l'utilisation d'attitude de communication, comme l'empathie, l'écoute et la congruence, ceux-ci permettent aux patients de se sentir vivre malgré leur situation de fin de vie.

De plus, nous avons évoqué lors de la situation de départ la conséquence des émotions sur la vie privée du soignant à travers la complexité du soin palliatif. La phase conceptuelle approfondit l'importance de trouver la bonne distance thérapeutique et des éléments le permettant. Les éléments qui le permettent sont le fractionnement du temps, le changement de soignant pour les soins, le soulagement de la souffrance du patient apporté par les soins prodigués du soignant et la formation des professionnels.

La souffrance du soignant a été clairement mise en lumière lors de la situation de départ, le lien lors de la phase exploratoire a été effectué avec la souffrance du patient. Dans l'avancée de la recherche, nous pouvons nous rendre compte dans la phase conceptuelle que la souffrance du soignant est liée à la souffrance des patients, mais en allant plus loin, nous nous rendons compte qu'elle provient de la représentation de la mort. La représentation de la mort est le fruit de notre société, de notre éducation. La mort est banalisée tout au long de nos vies et lors de notre face à face avec celle-ci, elle nous surprend par sa réalité et peut nous déstabiliser. Le moyen qui ressort, afin d'amoindrir la difficulté, est le fait de s'y confronter, de se rendre compte de notre propre mort. Cela nous permet de mieux vivre celle d'autrui. Ce n'est pas pour autant que les difficultés ne peuvent pas se faire ressentir pour le soignant mais dans la phase conceptuelle, les recherches peuvent nous permettre de trouver un appui de taille qui est l'équipe soignante. Elle permet par le biais des réunions interdisciplinaires et des groupes de parole, de se dégager des émotions.

Résumé des entretiens:

Dans ces entretiens, les infirmières d'une unité de soins palliatifs ont évoqué leur représentation de la mort qui est différente de celle que je peux avoir. Elles n'ont pas peur de celle-ci, ne l'évitent pas et la vivent au quotidien dans leur service. Elles voient la mort comme une fin de cycle naturel. Pour elles, elle n'est pas tabou et du coup, elles disent que celle-ci n'a pas d'influence sur leur communication. Néanmoins, elles évoquent la représentation de la mort dans la population, en générale, qui se repose sur le tabou et la peur. Elles sont toutes unanimes sur le fait que ce tabou est instruit par notre société et notre éducation. Une d'entre elle évoque l'évolution de cette représentation à travers les années, où dans les années lointaines, la mort d'un proche était fêtée et les cimetières n'étaient pas cachés, bien au contraire. L'expérience est un élément important aussi dans cet établissement pour une prise en charge de qualité dans le soin palliatif, comme le rapportent les infirmières. Concernant la prise en charge, les attitudes de communication évoquées sont l'écoute, l'authenticité, la présence qui sont des gages de qualité et qui permettent de réduire la souffrance du patient et du coup du soignant. Quand un soignant souffre d'une prise en charge, elles parlent de l'intérêt de s'appuyer sur l'équipe soignante afin de se dégager de ces émotions. Dans un service adapté comme celui de l'unité de soins palliatifs, un psychologue extérieur est présent, une fois par mois, pour discuter si le besoin s'en fait sentir. De plus, les médecins et autres soignants ne sont pas dans le jugement et restent totalement neutre,

permettant un climat de confiance et permettant de s'exprimer librement sans jugement. Les infirmières évoquent un temps consacré à cela d'une heure par jour lors des réunions interdisciplinaire.

L'analyse critique de l'enquête:

Points négatifs—>

La première question est peut être un peu brute et est difficile à répondre. J'ai pu m'apercevoir que la première infirmière a réussi à y répondre une fois que plusieurs questions ont été posées.

La difficulté dans ces interviews a été la différence de représentation de la mort entre les personnes interrogées et moi même. Cela fausse un peu certaines réponses à mes questions qui sont basées sur une peur de la mort et sur un tabou, ce qui n'est pas du tout le cas chez les personnes interrogées qui considèrent la mort depuis toujours comme une simple fin de cycle naturel engendrant forcément moins de difficultés face à celle-ci.

Un point que je peux aussi mettre en avant dans la difficulté de cet entretien est l'impossibilité d'avoir une salle dans le service dans le but de s'entretenir de manière complètement individuelle avec l'infirmière. De ce fait, nous avons effectué l'entretien dans le petit salon du couloir, au milieu du service, où la seconde infirmière, interviewée, entendait les réponses de la première infirmière. Ses réponses ont donc pu être orientées inconsciemment par la première infirmière.

Toutes ces questions apportent des réponses et permettent de confirmer beaucoup de recherches de la phase conceptuelle, mais ne sont pas assez fixées sur la question de recherche.

Points positifs—>

Lors de l'appel de la cadre par téléphone, celle-ci a répondu rapidement et positivement, en me proposant de me fixer un RDV le jour où les infirmières les plus expérimentées seraient présentes. A mon arrivée dans le service, les infirmières avaient été prévenues et connaissant leur prénom, j'ai donc pu les trouver facilement. Les infirmières étaient très abordables et m'ont permis de réaliser cet entretien facilement et dans de bonnes conditions. Elles ont été réceptives à mes questions et m'ont apporté des réponses pertinentes.

XI. Abstract:

Ce mémoire de fin d'étude questionne sur la difficulté de gérer ses émotions et de prendre en charge les soins palliatifs. Une recherche initiale est réalisée sur la prise en charge des émotions, sur la souffrance du soignant et du patient, sur la relation d'aide et sur le ressenti que j'ai pu avoir. ce qui m'amène à un questionnement central: dans quelle mesure les représentations de la mort déstabilisent la communication et l'équipe soignante? Une phase conceptuelle a permis de traiter trois concepts : la communication, la mort et l'équipe soignante. Il en ressort de cette phase une question de recherche sur la prise de conscience de nos représentations de la mort, l'intérêt d'une communication avec écoute, congruence, empathie et du soutien que peut être l'équipe soignante. Afin d'y répondre, deux entretiens sont menés auprès d'infirmiers spécialisés.

The case study to end the formation is about the difficulty of managing his feelings while treating patients in palliative care. The first research is made on how it is possible to manage his emotions when the patients are in pain. Then, I am creating a link with my experience on palliative care that made myself questioning many important points: in which way the representation of death destabilize the communication and the medical team? A conceptual phase has given the possibility to look at three concepts: the communication, the death, and the medical team. The result of this research proofed, how important it was to have a representation of what death is, the need to have a good communication with the patients and to feel empathy, and the importance to have a supporting medical team.

To answer those questions, two interviews are made with specialized nurses.

XII. ANNEXES:

Grille d'entretien phase exploratoire:

Thème	Question	Question de relance	Réponse attendue	Communication non verbales
Présentation de la personne interrogée	Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ? Dans quels services avez-vous exercé ?			

Thème	Question	Question de relance	Réponse attendue	Communication non verbales
Les Emotions	<p>Une prise en charge de soins palliatifs vous a déjà suscité des émotions particulières?</p>	<p>Quelles émotions avez vous ressenties?</p> <p>Pensez-vous avoir fait ressentir à votre patient certaines émotions?</p> <p>Avez-vous déjà identifié des mécanismes de défenses chez vous ou chez vos collègues?</p> <p>En cas d'émotions fortes discutez vous en a vos collègues ou à quelqu'un d'autre?</p>		
La prise en charge	<p>Comment prendre soin d'un patient en soins palliatif?</p>	<p>Votre prise en charge peut-elle influencer sur la souffrance du patient ?</p>		

Thème	Question	Question de relance	Réponse attendue	Communication non verbales
La mort	Comment vivez-vous le décès d'un patient?	Les années d'expérience facilitent-elles l'acceptation de la mort?		

Entretien PHASE EXPLORATOIRE:

IDE libérale,

-Quelle est l'année de l'obtention votre diplôme?

-J'ai eu mon diplôme en 1992

-Dans quel service avez-vous exercé?

-J'ai exercé en chirurgie viscérale, soins intensifs cardio, urgence, dialyse et libérale depuis plus de 15 ans.

-Une prise en charge de soins palliatifs vous a déjà suscité des émotions particulières?

-Oui, quand il s'agit d'un patient que tu as depuis des années tu t'y attaches et si tu dois faire passer une équipe de soins palliatifs en général ce n'est pas bon signe. Parfois, je n'ai pas toujours la coopération des médecins traitants et cela complique la tâche, sinon tout le reste est assez simple pour contacter l'équipe mobile.

Disons que quand les soins sont réalisés sereinement et calmement dans le cadre d'une bonne prise en charge plutôt que quand tu n'arrives pas à prendre en charge par exemple et que celui-ci souffre, c'est beaucoup plus difficile et au niveau de la pratique du soin et au niveau du patient pour éviter toutes les douleurs, les manipulations c'est ce qu'il y a de plus douloureux.

Une inefficacité du traitement entraîne donc une difficulté, tu es en train de te dire que tu ne satisfais pas les besoins de ton patient, c'est un peu une frustration mais je ne parlerai pas de colère. J'ai un sentiment d'échec bien que la douleur soit bien souvent atténuée.

-Pensez- vous avoir fait ressentir à certains de vos patients certaines émotions?

-Je pense que dans toutes les situations, tu fais passer des émotions, parce que quand tu as une satisfaction, tu lui fais part, tu lui dis que « c'est bien vous n'avez plus mal on va continuer comme ça, ça veut dire que ce que l'on a mis en place est efficace », si ça ne marche pas, tu te dis que ce n'est pas bien que le

patient souffre quand même, donc tu partages avec lui et tu es obligé pour savoir si le traitement efficace, tu es obligé de le partager avec lui. Il a son ressenti tu es obligé de le sentir et de lui retransmettre en retour.

-Avez-vous déjà identifié des mécanismes de défenses chez vous ou chez vos collègues?

-Je ne sais pas si ce sont des mécanismes de défense mais quand tu as une patiente qui passe en soins palliatifs et que ton médecin traitant te dit « non il n'y a pas besoin, ils ne feront que mettre des couches » et quand tu vois que la famille adhère au discours du médecin, quelque part il y a un problème et un malaise qui se crée, donc je n'interviens plus dans cette discussion donc je la fuis oui.

-En cas d'émotions fortes, discutez vous en avec vos collègues ou avec quelqu'un d'autre?

-Oui, ça m'arrive, j'en discute avec mon équipe en général ou alors on fait des staffs on en discute, sinon dans le libéral j'en parle avec celle qui travaille avec moi.

-Comment prendre soin d'un patient en soins palliatifs?

-Je vais tout faire pour le rassurer, je vais prendre plus de temps, je le bouscule moins car je risque de lui faire mal et que ce sont ses derniers instants. En soins palliatifs, ce ne sont pas les patients où il y a le plus de communication mais tu vas être plus attentif même s'ils ne te parlent pas. Même s'ils se rétractent derrière un silence dû à une douleur ou tout un tas de choses, c'est justement par les réactions qu'ils vont avoir que tu vas avoir des informations.

-Votre prise en charge peut-elle influencer sur la souffrance du patient ?

-Oui complètement.

-Comment vivez-vous le décès d'un patient?

-Ce ne sera pas la même chose si c'est un patient que je n'ai que depuis deux semaines ou si c'est un patient que j'ai depuis un certain temps. Quoi qu'il en

soit, tu ne le vis jamais bien ; après cela dépend de la relation que tu as créée avec lui. J'ai des patients qui sont décédés et je présente mes condoléances à la famille et ça s'arrête là ; par contre pour d'autre je vais à l'Athénée car il y a une relation qui s'est développée mais parfois certaines relations se transforment en amitié.

-Les années d'expérience facilitent-elles l'acceptation de la mort?

-Non, je ne pourrais pas développer mais la mort tu sais qu'elle va arriver tu sais qu'elle est proche mais quelque part tu n'y es jamais préparé que se soit pour le patient, la famille et le soignant.

Entretien numéro 2:

CADRE,

-Quelle est l'année de l'obtention votre diplôme?

-J'ai eu mon diplôme en 1974

-Dans quel service avez-vous exercé?

-J'ai exercé en néo nat, pédiatrie, bloc opératoire, réanimation ensuite j'ai été cadre, des services de chirurgie et j'ai été affiliée au département douleur et après j'ai fait une coordination de réseaux de soins palliatifs dans le département, J'étais détaché du CHU et je travaillais avec l'ARS.

-Une prise en charge de soins palliatifs vous a déjà suscité des émotions particulières?

-J'ai plusieurs émotions : presque tout le temps, cela dépend de l'âge de la personne, j'ai toujours de l'injustice, de la tristesse et en même temps j'aurais tout de suite envie d'avoir de la douceur dans le lien que je vais créer et qu'est ce que j'ai, j'ai comme un sentiment émotionnel, j'ai de la bienveillance, je suis toujours très humble et puis j'ai toujours le souci de créer le lien et je suis à l'écoute, j'ai

de l'humour de la dérision, mais je n'ai pas de colère, vraiment de la tristesse et j'ai aussi du plaisir dans l'entretien.

Ce qui m'aide à gérer mon émotion c'est que je suis authentique je suis vrai, si je sais mais je sais aussi si je ne sais pas.

-Pensez- vous avoir fait ressentir à certains de vos patients certaines émotions?

-Oui j'en suis persuadé et c'est ce qui peut aider pour la prise en charge.

-Avez-vous déjà identifié des mécanismes de défenses chez vous ou chez vos collègues?

-Chez moi oui, des mécanismes de défense sur lequel j'ai travaillé c'est avec certain patient, je n'ai pas envie de créer une relation il y'a une répulsion, un lien qui est difficile à se créer et parfois j'ai de la colère pour des patients qui ne veulent pas rentrer dans un projet de soins qu'on leur propose. Des fois c'est plus avec la famille quand il ne comprend pas que c'est pour eux.

-En cas d'émotions fortes, discutez vous en avec vos collègues ou avec quelqu'un d'autre?

-Avec les proches pas trop mais avec les collègues oui, quand je reviens de tournée j'en parle avec ma collègue, moi j'ai besoin de parler d'extorquer je n'aime pas rester sur un malentendu

-Comment prendre soin d'un patient en soins palliatif?

-Dans les grandes lignes, je pense que le point de départ, qui est important, est le recueil de données et cela va créer la rencontre. C'est aussi être disponible pour la personne, l'accueillir, c'est d'être ouvert et dans une attitude de bienveillance ou on a envie d'écouter même si on a un temps qui est parfois limité car si je ne peux pas écouter ce qu'il me dit jamais je ne vais comprendre, mais aussi reformuler avec lui et proposer et instaurer la participation du patient. C'est être dans une intention et cela c'est pour moi déjà être à l'écoute. La prise en charge du soin et la manière dont je vais le prendre en charge et la manière dont le patient va le recevoir.

-Votre prise en charge peut-elle influencer sur la souffrance du patient ?

-Oui, bien sûr, le patient voit, il sent quand on est en écoute et il se laisse porter et puis il vous fera part de son intimité de manière plus facile. Par contre, si vous êtes dans un soin uniquement technique sans y mettre du geste, de la relation, de la parole apaisante il n'aura pas envie, sera figé, et ne communiquera pas. Des fois avec des patients, je n'arrive pas à rentrer en communication car je ne suis pas disponible ou parfois pour rentrer en communication avec eux, je ne sais comment m'y prendre et du coup je suis plus à l'écoute et je me mets à faire ce que je sais bien faire, plus basé sur la technique. Ce qui peut arriver c'est que l'on peut fuir car c'est ce qui nous protège et des fois je vais pousser je vais combattre ça on le sent.

-Comment vivez-vous le décès d'un patient?

-Ca dépend, si il part calmement et que j'ai la sensation d'avoir fait un maximum avec l'équipe je suis paisible

Parfois je vois des patients que je ne vois pas longtemps et je suis émotionnellement touché car cela me fait de la peine et je peux même pleurer

Parfois j'ai besoin d'aller à l'enterrement car j'ai créé des liens,

Mais aussi des fois je suis en colère pour des patients que j'ai suivi longtemps car il a été hospitalisé alors qu'il pouvait rester à la maison, car il a été aux urgences et qu'il a attendu 35h, donc je suis très en colère contre les organisations, des structures par rapport à des comportements, des attitudes médicales mais également quand on laisse souffrir un patient. Une fois ce sentiment passé, je n'y pense plus, je ne me remets pas en question je vais de l'avant avec ma vie privée

-Les années d'expérience facilitent-elles l'acceptation de la mort?

-Les années d'expérience ont facilité ma manière de fonctionner dans l'accompagnement de fin de vie car j'ai moins un sentiment de culpabilité par rapport à ce j'aurais pu faire, par rapport à l'injustice. Cela m'a permis de dire ce que je ressens en disant ce patient je n'ai pas envie d'y aller. Par contre, je ne crois pas malgré mes années d'expérience à avoir réussi à accepter la mort, mais cela m'a aidé à croire que chacun a son propre chemin.

ENTRETIEN QUESTION DE RECHERCHE:

Premier entretien—>

Quelles sont vos Représentations de la mort?

Pour moi la mort ce n'est pas tabou c'est juste une fin, la fin du cycle de la vie. Je n'ai pas la même représentation à comparer de celle de la société et donc je ne suis pas influencé par celle-ci.

Quelles sont les représentations de la mort dans la société en général?

Le paradis, l'enfer... La mort c'est l'aboutissement, c'est tabou parce que c'est la fin de quelque chose.

Pensez-vous que les représentations la mort sont construites par notre société et notre éducation?

Oui parce qu'en fait notre société à beaucoup jouer dans ce tabou la, au moyenne âge les cimetières étaient au milieu des villes et on fêtait les mort, plus le temps a avancé plus les cimetières reculé des villes car il devenait tabou, jusqu'à nos jours ou ceux-ci sont éloignés plutôt cachés.

Pensez-vous que l'expérience des PEC de soins palliatifs améliore notre posture professionnelle face à la mort?

Oui forcément comme nous sommes confrontés tous les jours à la mort. On accompagne les familles et les patients beaucoup plus importants que dans d'autres services. On en parle plus facilement ici qu'ailleurs. On a une représentation de la mort ici qui est moins tabou. On prend aussi le temps d'en parler à comparer d'autres services

Le fait de soulager la souffrance par les soins apportés est-il bénéfique?

Oui il est bénéfique pour le patient la famille et bien sûr pour nous même les soignants

Pensez-vous que faire face à la fin de vie, modifie nos représentations ?

Non pas pour ma part.

Les représentations de la mort influent-elles sur la communication?

Non.

Qu'est-ce qui paraît important dans l'attitude de communication?

S'asseoir avec le patient, être à la même hauteur, être honnête ne pas lui mentir, dans le cas où il pose la question s'il va mourir il faut être honnête et répondre que c'est le cas mais que nous ne savons pas quand est-ce que cela arrivera

Ces attitudes permettent-elles une prise en charge de qualité ?

Oui étant donné que c'est un contrat de franchise avec une relation de confiance.

Si le soignant se retrouve en souffrance, qu'elles sont les possibilités qui s'ouvrent à lui?

Tu peux demander à une collègue de prendre le relais, on a un soutien psychologique une fois par mois avec un psychologue extérieur et on a l'équipe où nous avons des réunions interdisciplinaires quotidiennes. On discute beaucoup. Le psychologue est une recommandation de l'HAS qui est mise en place dans l'ensemble des unités de soins palliatifs.

L'équipe soignante peut-être une solution? Pourquoi?

Oui.

Les réunions interdisciplinaires sont-elles importantes?

Oui nous avons des réunions en gros pratiquement tous les jours

Est-ce que le fait de s'exprimer peut permettre de se dégager émotionnellement?

Oui c'est le fait de parler qui ouvre cette soupape qui permet d'évacuer et de passer à autre chose.

Deuxième entretien —>

Quelles sont vos représentations de la mort?

Je pense un peu comme ma collègue, la mort n'est pas tabou pour moi. Nous savons que nous ne sommes pas immortelle.

Quelles sont les représentations de la mort dans la société en général?

La mort fait peur a beaucoup de personnes et les gens l'évitent souvent. Nous le ressentons encore plus en fin de vie quand elle approche, les patients l'extériorisent de manière beaucoup plus forte.

Pensez-vous que les représentations la mort sont construites par notre société et notre éducation?

Oui je pense effectivement qu'un rôle est attribué à notre éducation et également à la société dans notre représentation.

Pensez-vous que l'expérience des PEC de soins palliatifs améliore notre posture professionnelle face à la mort?

Oui bien évidemment et dans tous les domaines l'expérience donc notre prise en charge.

Le fait de soulager la souffrance par les soins apportés est-il bénéfique?

Oui le soulagement apaise le patient et le tranquillise. C'est ceux pourquoi nous sommes dans le service.

Pensez-vous que faire face à la fin de vie, modifie nos représentations ?

Non pas pour ma part étant donné que je partage pas forcément celle de la société en générale.

Les représentations de la mort influent-elles sur la communication?

Non plus, elles n'ont jamais influencé la mienne en tout cas.

Qu'est-ce qui parait important dans l'attitude de communication?

La présence est important pour le patient.

Ces attitudes permettent-elles une prise en charge de qualité ?

Oui elle le permet.

Si le soignant se retrouve en souffrance, qu'elles sont les possibilités qui s'ouvrent à lui?

Comme l'a évoqué ma collègue nous avons l'équipe qui est très importante, notre équipe ne nous juge pas et ce sentiment de parler sans jugement nous

permet de pouvoir s'exprimer librement. Et nous avons aussi la psychologue extérieure tous les mois qui est très importante.

L'équipe soignante peut-être une solution? Pourquoi?

Oui.

Les réunions interdisciplinaires sont-elles importantes?

Oui elles sont effectives quotidiennement à raison d'une heure à peu près.

Est-ce que le fait de s'exprimer peut permettre de se dégager émotionnellement?

Oui on se libère des émotions complexes à gérer seule. Et je n'ai pas la sensation d'accumuler trop d'émotions dure à vivre en les abordants immédiatement après leur survenue.

Bibliographie:

Sites internet:

Définition de l'émotion sur le dictionnaire Larousse,
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/émotion/28829>

Définition des soins palliatifs par l'OMS: <http://www.sfap.org/system/files/def-oms.pdf>
<http://www.sfap.org/system/files/autres-def-sp.pdf>.

Margot Phaneuf, infirmière, « La relation d'aide vers l'utilisation thérapeutique de soi », pour une présentation faite au collège de Lanaudière.

http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/2ePartie_.pdf ; consulté le 10 novembre 2017

Définition de l'organisation mondiale de la santé: <http://www.sfap.org/system/files/def-oms.pdf> <http://www.sfap.org/system/files/autres-def-sp.pdf>. consulté le 20 septembre 2017

Centre national de ressources textuelles et lexicales:

<http://www.cnrtl.fr/definition/mort> ; consulté le 4 janvier 2018

<http://www.cnrtl.fr/definition/communication>; consulté le 20 janvier 2018

<http://www.cnrtl.fr/definition/congruence>; consulté le 23 janvier 2018

Ouvrage:

Marie-Claude Daydé infirmière de plus de 20 ans d'expérience, Régis AUBRY professeur des universités, responsable du département douleur-soins palliatifs au CHU de Besançon, est aussi directeur de l'espace de réflexion éthique Bourgogne Franche-Comté et membre du comité consultatif national d'éthique,

Livre « Soins palliatifs, éthique et fin de vie », 2ème édition, édition Lamarre, 2013, page 35 à 50 et page 135 à 142.

Marc Antoine BORNET, Arnaud BAKARIC, Sophie MASMEJAN et Sophie KASSER « Face à face avec la mort... » de Cosette Odier, formatrice en éducation pastorale, service de l'aumônerie du CHUV de Lausanne, dans le livre : « LA MORT: UNE IN-

CONNUE A APPRIVOISER », des étudiants en médecine engagent une réflexion, édition Favre, 2014.

Marc Antoine BORNET, Arnaud BAKARIC, Sophie MASMEJAN et Sophie KASSER « Je suis élève infirmière » sans nom, dans le livre « LA MORT: UNE INCONNUE A APPRIVOISER », édition Favre, 2014, page 85.

Damien Le Guay philosophe et vice-président du comité national d'éthique du funéraire, il enseigne à l'espace éthique de l'AP-HP,
« REPRÉSENTATION ACTUELLE DE LA MORT DANS NOS SOCIÉTÉS: LES DIFFÉRENTS MOYENS DE L'OCCULTER », L'Esprit du temps, le livre « Études sur la mort » 2008/2 n° 134, pages 115 à 123.

Antoine BIOY (psychologue), Françoise BOURGEOIS (cadre de santé), Isabelle NEGRE (praticien hospitalier, anesthésiste-réanimateur),
livre «Communication soignant-soigné», 3ème édition Bréal, 2016, page 34 à 93.

Monique Formarier, enseignante à l'institut international supérieur de formation des cadres de santé et Ljiljana Jovic infirmière directeur des soins-conseillère technique régionale à l'ARS Ile de France et présidente de l'ARSI
Livre: « Les concepts en sciences infirmières », 2ème édition,, 2012, Éditeur : Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

Pénélope Autret, Virginie Gauthier-Pavloff coordinatrice, Docteur Benoît Burucoa coordinateur scientifique,
Livre « soins palliatifs en équipe: le rôle infirmier », institut UPSA de la douleur, édition 2006, page 112 à 129.

Revue et articles recherchés sur Cairn:

<https://www.cairn.info> —>

Nathalie Clément-Hryniewicz, Psychologue clinicienne, Département hospitalo-universitaire de médecine interne et de gériatrie, USP, groupe hospitalier Albert Chenevier-Henri, Mondor, Créteil,

Article, « Face à la mort à venir et la dégradation physique et/ou psychique : souffrance des patients, des proches. Réflexion autour de la souffrance éprouvée par les patients atteints de cancer et leurs proches en soins palliatifs », *L'information psychiatrique* 2012/9 (Volume 88), p. 735-741. DOI 10.3917/inpsy.8809.073 ; consulté le 23 octobre 2017

Claudia Mazzocato, Médecin au CHUV de Lausanne,
livre: « Une autre manière d'accueillir la souffrance ? », *Revue internationale de soins palliatifs* 2013/2 (Vol. 28), p. 131-132.

Michel CASTRA maître de conférences à l'institut de sociologie et d'anthropologie de l'université de Lille 1 et membre du laboratoire du Clersé-CNRS,
Etude: « Faire face à la mort : réguler la « bonne distance » soignants-malades en unité de soins palliatifs », *Travail et Emploi* n° 97, Janvier 2004, pages 53 à 64

Florence Meilland, psychologue, équipe mobile de soins palliatifs à Lyon,
Article « L'accompagnement en soins palliatifs ou la nécessité de penser la souffrance des soignants », *Jusqu'à la mort accompagner la vie* 2014/1 (N° 116), p. 47-55. Presses universitaires de Grenoble | « Jusqu'à la mort accompagner la vie » ; consulté le 23 octobre 2017