



HAL
open science

La nuit... : les mots pour le dire
Séverine Rousseau

► **To cite this version:**

Séverine Rousseau. La nuit... : les mots pour le dire. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01250662

HAL Id: dumas-01250662

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01250662>

Submitted on 5 Jan 2016

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

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

Séverine ROUSSEAU

INFIRMIERE

LA NUIT...
LES MOTS POUR LE DIRE

DIPLOME UNIVERSITAIRE
D'ACCOMPAGNEMENT ET FIN DE VIE
Paris VI - Université Pierre et Marie Curie
Année 2014 - 2015



Vincent Van Gogh La Nuit étoilée 1888

Responsables d'enseignement :

Professeur Francis BONNET Docteur Véronique BLANCHET Docteur Yolaine RAFFRAY

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	3
I) NARRATION DE LA SITUATION CLINIQUE	4
II) L'ANALYSE DE LA SITUATION	6
- 1 Les problèmes que pose la situation :.....	6
-2 Les questions que me pose la situation :	6
III) PROBLEMATIQUE	8
IV) CADRE CONCEPTUEL	9
1- Définition légale du décès :.....	9
2- Qui doit annoncer le décès du patient à ses proches ? :	9
3. Que signifie « annoncer » ? :.....	10
4 - La communication par téléphone :	11
5. Les personnes à prévenir :	12
6. Quelles peuvent être leur réaction lors de l'annonce du décès du patient ?.....	12
Quelles sont les conséquences pour les proches lorsque l'annonce du décès est inopinée ?	15
Quelles sont les conséquences pour les proches quand l'annonce du décès a lieu la nuit ? .	16
V) SYNTHESE :.....	17
1- Comment annoncer la nuit par téléphone le décès inopiné d'un patient à ses proches ? .	17
2- Ce que le travail m'a apporté :.....	19
CONCLUSION	20
Le deuil ne concerne t-il pas aussi les soignants ?	20
BIBLIOGRAPHIE	22

REMERCIEMENTS

Je tenais tout d'abord à remercier les responsables de l'enseignement pour leur qualité pédagogique et pour nous avoir permis de rencontrer des intervenants passionnants et passionnés.

Ma collègue et maintenant amie Manon pour son écoute, son réconfort et pour la qualité de ses échanges lors de ce long périple. Christelle mon double de nuit qui à cause de cette formation a vu son planning être complètement désorganisé.

Sans oublier mes proches sans qui ce RSCA serait tout bonnement illisible truffé de fautes d'orthographe.

Et pour finir mon conjoint et ma fille qui m'ont soutenue et encouragée à poursuivre cette formation si enrichissante.

INTRODUCTION

Infirmière depuis onze ans, j'ai longtemps exercé à l'HAD 45 puis, il y a trois ans, j'ai intégré le Centre Hospitalier Régional d'Orléans, où je travaille de nuit dans une unité de soins palliatifs de dix lits.

Dès le début de mes études j'ai porté un vif intérêt pour l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leur entourage. Pouvoir apporter une écoute, une attention particulière, prendre soin du patient dans sa globalité, m'apportent une satisfaction personnelle permanente dans l'exercice de ma profession.

La nuit, des problématiques différentes de la journée peuvent se présenter. En effet, la prise en charge des dix patients de l'unité se fait en binôme avec une aide soignante. Et nous devons compter principalement sur notre évaluation et notre seul jugement, avec comme seuls recours possibles l'appel d'un interne de garde pouvant se déplacer (souvent peu formé à la spécificité palliative) et /ou un médecin du service de soins palliatifs et douleurs, joignable par téléphone.

C'est pourquoi j'ai choisi de développer une situation où cet isolement m'a pesé.

I) Narration de la situation clinique :

Lors de ma prise de fonction à 21 heures, mes collègues du soir m'informent de l'attente d'un patient provenant des urgences, sans autre précision.

Lors des faits, l'hôpital d'Orléans est divisé sur deux sites séparés de 15 kilomètres. Notre service se situe dans l'hôpital historique du centre ville, tandis que les urgences sont, quant à elles en périphérie. Ainsi une ambulance est nécessaire pour effectuer le transfert, et le délai d'attente peut être long selon leur disponibilité.

Finalement, le patient arrive à 23 heures. Il s'agit de Monsieur B un homme de 65 ans atteint d'un adénocarcinome colique (en abstention thérapeutique), d'une cirrhose alcoolique compliquée d'une décompensation oedémato-ascitique, d'une encéphalopathie hépatique, et de varices œsophagiennes (ligaturées une semaine auparavant pour rupture.)

La nuit précédente, à son domicile, Monsieur B a présenté des rectorragies importantes et des vomissements avec une altération de l'état général. Il a alors téléphoné aux ambulanciers, qui l'ont transféré aux urgences en début de matinée.

Suite à un bilan approfondi, les résultats ont montré un ionogramme très perturbé. Son état a nécessité la pose d'une perfusion et d'une sonde urinaire pour cause d'un globe. Les médecins des urgences en accord avec le médecin de garde du service l'ont ensuite fait transférer dans notre unité.

C'est dans ce contexte et sans autre renseignement que ma collègue et moi prenons en charge Monsieur B, plutôt souriant soulagé de pouvoir enfin se reposer et être installé confortablement. Nous lui expliquons le fonctionnement du service succinctement, car il semble épuisé par cette dure journée.

Il ne présente plus de vomissement n'y de rectorragie. Une perfusion de sérum physiologique avec du primpéran et une seringue de sandostatine ont été mises en place précédemment par les infirmières des urgences.

Non douloureux, bien conscient et cohérent, nous en profitons pour échanger avec lui. Il nous dit être bien entouré par sa femme et son fils de 30 ans.

Je décide de ne pas lui reprendre de constantes, puisqu'elles ont été prises à la sortie des urgences. Je note cependant une hypotension à 7/6 et une tachycardie à 110.

Il s'endort rapidement, puis nous le surveillons régulièrement pour s'assurer qu'il n'a besoin de rien.

A 2h30 il sonne réveillé par une douleur abdominale qu'il auto évalue à 6/10. Je lui administre en intra veineuse le paracétamol prescrit aux urgences et je lui dis revenir dans 30 minutes pour réévaluer l'intensité de la douleur car s'il n'est pas soulagé, j'ai la possibilité de lui injecter de la morphine prescrite par anticipation par l'interne des urgences.

Mais lorsque je reviens au bout de 30 minutes le patient est décédé.

Avec ma collègue, nous sommes stupéfaites, car nous n'avions pas perçu la gravité de l'état de Monsieur B.

Je téléphone à l'interne de garde qui vient constater le décès. Ensuite, angoissée à l'idée d'annoncer le décès à ses proches dont j'ai peu d'informations, je contacte le service des urgences, afin d'obtenir de plus amples renseignements.

Malheureusement ma collègue des urgences me dit qu'elle ne peut m'aider, car la relève d'une nouvelle équipe a eu lieu, donc plus personne ne connaît le patient.

Je prends alors mon courage à deux mains et je téléphone à son domicile où son fils me répond. Après lui avoir annoncé la mort de son père s'en suit un long silence. Il me déclare ne pas être au courant de son transfert dans notre service. Il savait que son père était gravement malade, mais était loin de se douter d'une fin si proche.

Il me dit se charger d'annoncer le décès à sa mère qui se trouve à ses côtés, et qu'il ne souhaite pas venir voir son père cette nuit. Il préfère venir dans la matinée le voir, rencontrer le médecin du service et récupérer les affaires. Je lui dis être à sa disposition à tout moment cette nuit et qu'il peut rappeler ou venir dans le service s'il a des questions. Je lui souhaite bon courage et je raccroche.

II) L'analyse de la situation

Le patient est décédé sans que son entourage ne soit au courant de son transfert dans notre service, et sans avoir eu l'information de son état de santé précaire.

- 1 Les problèmes que pose la situation :

- Patient atteint d'un adénocarcinome colique en abstention thérapeutique, d'une cirrhose alcoolique avec décompensation oedémato-ascitique, d'une encéphalopathie hépatique et de varices œsophagiennes.
- Patient arrivé aux urgences au petit matin de son domicile pour rectorragies importantes et vomissements avec altération de l'état général.
- Globe urinaire qui a nécessité la pose d'une sonde vésicale.
- Hypotension et tachycardie.
- Hyponatrémie sévère et hyperkaliémie.
- Aucun renseignement sur l'information du patient de sa maladie et de son pronostic.
- Pas de transmission sur son entourage et son mode de vie.
- Proches non informés de son transfert dans le service.

-2 Les questions que me pose la situation :

- Comment reconnaître les signes annonciateurs d'une mort imminente ?
- Comment faire au mieux? Est-il préférable de réveiller les proches la nuit pour rien plutôt que ne pas les prévenir au risque que le patient décède seul ?
- Comment annoncer le décès d'un patient la nuit par téléphone à ses proches ?

Cette situation vécue, me laisse encore aujourd'hui un sentiment de culpabilité et d'une mauvaise prise en charge. En relisant son dossier et grâce à l'apport du cours de Mme V Blanchet sur la sémiologie du mourir (du 06/11/14), je m'aperçois que plusieurs signes auraient dû m'alerter sur le risque de mort imminente de Monsieur B, tels que l'hypotension, la tachycardie, l'hyperkaliémie, l'hyponatrémie et l'épuisement.

Cependant comme l'écrit Marie-Sylvie Richard dans l'ouvrage « Quand les jours sont comptés » :

- « *Nous avons conscience du dernier moment quand il est passé.*¹ »

Effectivement, la nuit il m'est toujours difficile de prendre seule la décision de réveiller les proches (si souvent épuisés et éprouvés par la maladie du patient) pour avertir d'une aggravation, de peur que celle-ci soit transitoire ou stable jusqu'au lendemain et que mon intervention ne paraisse alors qu'alarmiste et sans fondement.

Marie-Sylvie Richard écrit également à ce sujet :

- « *Le processus de la mort, nous pouvons le décrire; mais la mort en tant que telle, nous en faisons le constat.*² »

Pour finir, je souhaite travailler sur cette problématique d'annonce d'un décès inattendu aux proches par téléphone, qui plus est la nuit et lorsqu'on connaît très peu le patient, car j'ai l'impression que les mots me manquent, que je suis « *maladroite* ». Sachant que cette annonce peut avoir un impact direct sur le processus de deuil à venir de l'entourage, je veux approfondir mes connaissances sur ce sujet si important.

- « *C'est déjà un malheur d'être le premier à annoncer un malheur.*³ » Eschyle

- « *Si au centre du mourir, c'est bien le vivant-mourant, vient un jour ou ceux qui restent en scène ce sont les autres, ceux qui se retrouvent confrontés à ce corps mort.*⁴ »

Louis-Michel Renier

¹ Marie-Sylvie Richard Quand les jours sont comptés... Page : 96 Edition : Saint Paul

² Marie-Sylvie Richard Quand les jours sont comptés... Page : 96 Edition : Saint Paul

³ Eschyle Les perses, trad. Emile Chambry Page : 50 Edition : Garnier – Flammarion n°8

⁴ Louis-Michel Renier Les funérailles Les chrétiens face à la mort Page : 11 Les Editions de l'atelier

III) Problématique :

Dans le guide de l'HAS « Annoncer une mauvaise nouvelle » il est dit :

- « *Il n'existe pas de bonne façon d'annoncer une mauvaise nouvelle mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres.*¹ »

C'est pourquoi, j'ai choisi de travailler sur la problématique de l'annonce par téléphone la nuit d'un décès inattendu à ses proches.

Pour ce faire, il me semble primordial de connaître dans un premier temps la définition légale du terme décès et ce que prévoit la loi sur les modalités d'annonce de la mort d'un patient à ses proches.

Dans un second temps, j'étudierai ce que signifie l'annonce et la communication par téléphone, puis qui sont les personnes à prévenir, quelles sont leurs réactions dès l'annonce terminée, quel est l'impact sur les proches lorsque le décès survient de façon inopinée et qui plus est la nuit.

Et enfin pour conclure j'aborderai la souffrance des soignants devant annoncer cette mauvaise nouvelle.

¹ Guide de la Haute Autorité de Santé « Annoncer une mauvaise nouvelle » Service évaluation des pratiques
Février 2008 Page : 3

IV) Cadre conceptuel :

1- Définition légale du décès :

La mort d'une personne est définie juridiquement par le code de la santé publique dans l'article R1232-1 :

- « *Si la personne humaine présente un arrêt cardiaque et respiratoire persistant, le constat de la mort ne peut être établi si les trois critères cliniques suivants sont simultanément présents :*

1 Absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée

2 Abolition de tous réflexes du tronc cérébral

3 Absence totale de ventilation spontanée.¹»

2- Qui doit annoncer le décès du patient à ses proches ? :

A ce jour il n'existe aucun texte légal ou réglementaire déterminant qui est chargé d'annoncer le décès à l'entourage du patient dans un établissement de santé.

Le code de la santé publique prévoit dans l'article L1110-4 :

- « *En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L.1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.²»*

Cet article de loi parle de diagnostic ou pronostic grave mais rien n'est prévu en cas de décès du patient c'est pourquoi en l'absence d'assise réglementaire l'infirmière peut annoncer le décès à sa famille.

Dans ce cas et au quotidien je me charge d'annoncer à l'entourage le décès des patients dans mon service la nuit et je ne demande pas à l'interne qui vient constater le décès de le faire, car celui-ci ne connaît ni le patient ni sa famille, de plus il ignore l'organisation et les démarches spécifiques mises en place dans notre unité de soin.

¹ Code de la santé publique Article R1232-1 Modifié par Décret n°2005 - 949 du 02 Aout 2005

² Code de la Santé Publique Article L1110-4 Modifié par la loi n°2011 - 940 du 10 Aout 2011

3. Que signifie « annoncer » ? :

Dans le guide « annoncer une mauvaise nouvelle » de l'HAS « annoncer » est définie par :

- « *Annoncer c'est "communiquer", "faire savoir" que quelque chose existe et/ou va se produire. Ce n'est pas seulement informer, ni même "faire comprendre", mais c'est transmettre quelque chose de complexe et d'élaboré.*¹ »

En effet annoncer le décès d'un patient à ses proches c'est leur révéler que leur vie va être à jamais modifiée par cette perte inéluctable.

Cette disparition nous renvoie également inconsciemment à notre propre mort, à nos limites, à notre finitude qu'on s'efforce pourtant au quotidien d'oublier de mettre de côté pour avancer, cheminer, faire des projets d'avenir et vivre sereinement.

Martine Ruzniewski écrit dans son livre «face à la maladie grave» :

- « *C'est la reconnaissance de cette finitude éminemment présente, de l'espoir éteint d'un temps sans avenir, réel, projeté ou même fantasmé, que la parole scelle dans sa résignation d'un dit irrévocable et définitif, d'un regard figé sur cette image arrêtée d'une vie, immobilisé dans l'imminence du noir*². »

C'est pourquoi cet événement irréversible entraîne un bouleversement total au sein d'une structure familiale.

Lors d'un séminaire d'éthique Jean-Michel Boles dit à ce sujet :

- « *Le décès et son annonce constituent une rupture finale dans l'histoire de la personne et des relations familiales*³. »

Ainsi l'annonce tombe comme un couperet qui met fin à une relation de partage et d'attachement. C'est se résigner à être privé des liens qui nous unissaient au défunt.

¹ Guide de la Haute Autorité de Santé « Annoncer une mauvaise nouvelle » Service évaluation des pratiques
Février 2008 Page : 4

² Martine Ruzniewski « Face à la maladie grave » Page : 153 Edition Dunod

³ Jean-Michel Boles Comment annoncer un décès ? 6ème Séminaire pratique d'éthique Paris Mai 2011

C'est pourquoi lors de cette annonce tous les mots prononcés ont beaucoup d'importance mais également l'intonation de la voix, l'empathie ressentie, les silences, les émotions resteront à jamais gravés dans la mémoire de la personne informée. Ainsi cette nouvelle impactera directement sur leurs premières réactions et sur le processus de deuil à venir.

Dans le cours d'isabelle Blondiaux du 4 décembre 2014 elle dit :

- « *Le souvenir de cette annonce persistera douloureux très longtemps, et des mots malheureux prononcés par les soignants ou un membre du culte peuvent rester gravés dans la mémoire.¹* »

4 - La communication par téléphone :

Communiquer par téléphone est un moyen rapide de transmettre un message à un interlocuteur quand le déplacement est impossible.

Recourir au téléphone pour informer l'entourage que son proche vient de mourir est une tâche très difficile pour le soignant.

L'impossibilité de voir la personne et le contexte dans lequel elle se trouve lorsqu'on vient interrompre son activité, peut induire des maladresses, des bévues.

La non utilisation du paralangage implique de la part du communicant de formuler un message clair et mesuré.

L'évaluation de la compréhension et de la réaction de son interlocuteur est biaisée car on ne fait qu'interpréter les bruits ou les paroles entendus.

De plus la marque d'attention, le toucher qui peut s'avérer si réconfortant et rassurant pour l'entourage lors de situations émotionnelles fortes, sont impossibles par téléphone.

Pour finir, si l'interlocuteur est seul au moment de l'appel, l'isolement risque de lui être insoutenable lorsqu'il se retrouvera face à lui même une fois la communication terminée.

Dans le livre « Question de vie et de mort » Florence Plon écrit à ce sujet :

- « *Qui annonce le décès ? Ce sont souvent les médecins, les soignants. C'est malheureusement souvent par téléphone, ce qui est peu propice à un quelconque accompagnement. Il se trouve que les gens meurent assez souvent la nuit, loin de l'agitation diurne... Ce type de situation crée une souffrance supplémentaire bien inutile et inattendue. Il faut faire attention aux mots et surtout au ton que l'on emploie pour annoncer une mort aux familles car ça n'est jamais simple du côté de ceux qui les reçoivent...²* »

¹ Isabelle Blondiaux Cours : Processus du deuil DU accompagnement et fin de vie du 4 /12/ 2014 St Antoine

² Florence Plon Question de vie et de mort Page 147 Edition : Champs Social

5. Les personnes à prévenir :

Les personnes à prévenir sont les personnes désignées par le patient qui seront informées souvent téléphoniquement de la présence de celui-ci à l'hôpital ou alertées en cas de décès.

Ce sont plus généralement des membres de la famille (conjoint(e), parents, enfants, petits-enfants, frères, sœurs, neveux ou nièces) du patient, mais ce peut être également des personnes de l'entourage, amis, voisins, collègues de travail.

Ce sont des proches qui sont susceptibles d'être soucieux de l'état de santé du patient.

6. Quelles peuvent être leur réaction lors de l'annonce du décès du patient ?

Florence Plon dans « Questions de vie et de mort » dit :

- « *Les réactions à un décès sont infiniment variées et inattendues. C'est un savoir que personne ne détient à l'avance*¹. »

En effet chaque personne endeuillée, par son histoire personnelle et par sa relation avec le défunt, réagira très différemment à cette annonce, cependant on note des similitudes pouvant aider à accompagner et à comprendre l'entourage du patient.

Elisabeth Kübler-Ross² a démontré qu'il existe cinq phases du deuil, qui peuvent intervenir dans des ordres différents :

- La phase du choc
- La phase de colère et de culpabilité
- La phase de marchandage
- La phase de dépression
- La phase d'acceptation

¹ Florence Plon Accompagnement de vie et de mort page 41 Edition : Champs Social

² Elisabeth Kubler-Ross : Psychiatre et psychologue Pionnière de l'approche des « soins palliatifs » décrit dans son ouvrage les derniers instant de la vie les cinq phases du deuil.

Lors d'un dossier paru dans soins psychiatrie «face aux pertes traumatiques être soignant dès les premiers instants» les différents auteurs écrivent à ce sujet :

- « *L'entourage devient en quelques sortes le "patient". Cette phase de choc émotionnel intense conduit à des manifestations dont les plus fréquentes sont le refus, la colère, la révolte, l'agressivité, la culpabilité, le marchandage, la sidération, voire parfois des réactions paradoxales de joie ou de soulagement. La variabilité d'intensité de ces manifestations est propre à chaque individu, à l'histoire du lien unique avec la personne décédée et à sa culture*¹. »

Ainsi, lorsque les proches reçoivent l'information du décès, dans les premiers moments s'en suit une décharge émotionnelle intense qui s'extériorise le plus souvent par un état de choc entraînant une sidération mentale.

- **Le déni** : est une des premières réactions. L'endeuillé refuse la réalité, il est saisi par la stupéfaction. "Ce n'est pas possible, ce n'est pas vrai" c'est un mécanisme de défense qui conduit à une prise de conscience incomplète. Cela entraîne une incapacité à faire face, à ressentir des émotions, le sujet va mettre en place des actions automatiques utiles ou inutiles dont il n'aura certainement que peu de souvenir une fois cette phase terminée.

Puis s'en suit le plus souvent des manifestations d'émotions qui peuvent être extériorisées (pleurs, paroles, cris, parfois hurlements ou agitations) ou au contraire intériorisées (silence, hébétude, anesthésie affective).

- **La colère** : elle exprime la révolte face à ce qui lui est imposé : l'amertume, le sentiment d'injustice. Cette colère peut être dirigée contre la personne disparue qui laisse percevoir un grand sentiment d'abandon (Pourquoi ne pas avoir lutté ? Pourquoi nous avoir laissé seuls ?). Mais aussi contre la vie en général (Pourquoi lui ? pourquoi nous ? Qu'a-t-on fait pour mériter cela ?). Ou enfin contre les soignants à cause d'un déficit de prise en charge ou d'une décision d'arrêt de traitement (Ont-ils tout fait pour éviter cela ?).

- **Le sentiment de culpabilité** : La famille se reproche de ne pas avoir fait ce qu'il fallait ou de ne pas avoir été présent lors de la mort. De ne pas avoir été assez près de lui, de ne pas lui avoir témoigné son amour, son soutien... L'endeuillé reconnaît des erreurs commises avant le décès qui sont maintenant irréparables.

¹ Soins Psychiatrie n°269 Pratique soignante Face aux pertes traumatiques, être soignant dès les premiers instants juillet/ aout 2010 page 25.

- **Le marchandage** : les proches intègrent émotionnellement le décès mais implorent un petit sursis de la vie, un petit temps pour revenir en arrière afin d'avoir un dernier échange avec la personne décédée.

- **La phase de dépression** : c'est un état émotionnel intense qui se caractérise par une grande tristesse avec un sentiment de vide et de grande douleur morale. La personne se replie sur elle-même. C'est le plus souvent la phase du deuil la plus longue.

- **L'acceptation** : elle marque la fin du deuil. La personne accepte la mort, commence à faire des projets et envisage l'avenir.

Lors de l'annonce d'un décès et dans les premiers moments qui s'en suivent nous sommes confrontés généralement aux trois premières phases du deuil les deux autres interviennent le plus souvent plus tard et sont plus longues pour la personne endeuillée. Si le décès est attendu depuis longtemps et qu'un travail de pré-deuil a été effectué, lorsqu'il n'y a pas d'effet de soudaineté, de surprise, les proches ont franchi les premières étapes avant le décès du patient.

Dans la revue de l'infirmière « l'accompagnement des familles lors d'un deuil », Stéphanie Veillard déclare :

- « *Certaines familles pour lesquelles le deuil était attendu, passeront plus rapidement aux autres étapes du travail de deuil, car le choc dû à l'annonce de la gravité et à l'issue fatale est déjà dépassé. Les familles qui apprennent le décès brutal d'un proche alors que celui-ci n'était pas attendu en resteront là et ne passeront aux suites du travail du deuil que bien plus tard, souvent après l'enterrement.*¹»

¹ Stéphanie Veillard L'accompagnement des familles lors d'un deuil Revue de L'infirmière N°129 Avril 2007 p 28

Quelles sont les conséquences pour les proches lorsque l'annonce du décès est inopinée ?

Un décès inopiné est la mort du patient subite et inattendue.

Il tombe comme un couperet ou il n'existe pas de temps pour s'y préparer.

Dans la revue de l'infirmière Stéphanie Veillard dit également à ce sujet :

- « *Cet état de choc peut être d'intensité variable et sera d'autant plus important que la mort était imprévisible, arrivant à un moment de la vie où on ne l'attendait pas*¹. »

Lors de l'annonce d'un décès imprévisible nous observons généralement les mêmes phases du deuil mais d'une intensité plus violente et plus longue.

Stéphanie Veillard ajoute à son analyse :

- « *Fréquemment, cette phase de colère sera mêlée à la tristesse et au chagrin qu'apporte la perte d'un être cher. Ce sentiment se complique souvent de regrets et de culpabilité d'autant que la brutalité de ce décès laisse souvent beaucoup de non-dits, de situations non terminées. Ceux qui restent imaginent qu'ils auraient pu faire quelque chose pour éviter cette situation*². »

Dans l'article paru dans soin psychiatrie « face aux pertes traumatiques » il est dit :

- « *Par ailleurs, lors de la confrontation directe à un décès violent, soudain imprévisible, il n'est pas rare d'observer des réactions jugées inhabituelles et souvent méconnues par les équipes soignantes. Par exemple, cette femme qui continue de faire son ménage pendant la réanimation de son mari ou ce père, qui vient d'apprendre que son fils vient de tuer sa mère, qui hurle parce que son garage est plein de sang alors qu'il l'avait nettoyé deux jours avant... Ces réactions "déplacées" des proches sont liées à des manifestations de "stress dépassé" qu'il est important de repérer car elles peuvent nécessiter, dans certains, une orientation vers les urgences de secteur.*³ »

Ainsi lors d'un décès inopiné le choc est tel que la phase de sidération et le déni s'installent comme seule façon de se défendre face à cette nouvelle trop difficile à entendre. Puis vient la phase de colère et surtout de culpabilité qui est souvent très forte car il laisse un fort sentiment d'injustice et d'amers remords.

¹ Stéphanie Veillard L'accompagnement des familles lors d'un deuil Revue de l'infirmière N°129 Avril 2007 p 28

² Stéphanie Veillard L'accompagnement des familles lors d'un deuil Revue de l'infirmière N°129 Avril 2007 p :28

³ Soins Psychiatrie n°269 Pratique soignante Face aux pertes traumatiques, être soignant dès les premiers instants juillet/ aout 2010 Page : 26.

Quelles sont les conséquences pour les proches quand l'annonce du décès a lieu la nuit ?

Jean-Philippe Pierron écrit dans médecine palliative au sujet de la nuit :

- « *La relation de l'homme à la nuit est passionnelle et ambivalente. Vécue dans des rêveries d'intimité apaisantes, elle l'est aussi dans des attentes inquiétantes ou angoissantes.*¹»

Qui n'a jamais frémi quand une sonnerie de téléphone surgit la nuit nous tirant du sommeil ?

Pour tout à chacun recevoir un appel téléphonique en pleine nuit est une grande source d'angoisse et de stress. Cette sonnerie qui retentit venant briser le silence nous crée souvent des palpitations avant même de répondre.

Annoncer le décès d'un patient à ses proches la nuit est donc un contexte particulier qui s'avère majorer l'angoisse et le désarroi.

Nombre de personnes reçoivent l'information tandis qu'elles sont seules au domicile sans vie visible autour d'elles. L'isolement est à craindre car il renforce le traumatisme émotionnel et l'effet de sidération. Bon nombre d'entre elles hésitent à leur tour à contacter d'autres proches pour trouver soutien et réconfort, de peur de déranger.

Ainsi recevoir l'annonce d'un décès la nuit est un tel choc émotionnel violent qu'il peut impacter longtemps sur le sommeil des personnes concernées, par peur que cela se reproduise à nouveau.

- « *Aucun jour n'a suivi la nuit, aucune nuit n'a été suivie de l'aurore, qui n'ai entendu des pleurs mêlés à des vagissements douloureux, compagnons de la mort et des noires funérailles*².» Lucrèce

¹ Jean-Philippe Pierron : Quand vient la nuit. Les imaginaires de la nuit à l'hôpital. Médecine palliative Soins de support Accompagnement Ethique 2010 Page : 158

² Lucrèce Livre deuxième Remacle

V) Synthèse :

1- Comment annoncer la nuit par téléphone le décès inopiné d'un patient à ses proches ?

Dans l'article de J-M Laborie, A Haegel, P Carli : « L'annonce à la famille d'un décès dans le contexte des urgences hospitalières et pré-hospitalières » il est dit :

- « *Il n'existe pas de manière d'annoncer un décès qui ne soit pas douloureuse pour les familles, mais il est possible de mettre en place une approche assez stéréotypée permettant d'éviter de majorer le traumatisme émotionnel de chacun, médecin compris.¹* »

C'est pourquoi en m'appuyant sur différents travaux effectués à ce sujet notamment ceux de M. Buckman,² je vais établir une liste d'indications visant à réduire quelque peu la difficulté d'avoir à annoncer un décès pour les soignants et surtout d'atténuer l'impact dévastateur pour celui qui reçoit l'information.

Avant de téléphoner :

- Il faut s'isoler, se rendre mentalement disponible.
- Se détendre : Décrocher le téléphone, c'est comme ouvrir une porte, l'interlocuteur se fait immédiatement une image de vous.
- S'asseoir, s'installer confortablement car téléphoner est avant tout un acte physique. La posture, la manière dont la personne est assise « s'entend » au téléphone.
- Supprimer les bruits parasites (tous les bruits s'entendent).
- Tenir correctement le combiné téléphonique, ne pas obstruer le micro (pour que la communication soit correctement audible).
- Connaître le lien de parenté de la personne à prévenir, s'assurer du numéro avant de le composer calmement pour ne pas commettre d'erreur.

L'interlocuteur décroche :

- S'assurer de l'identité de la personne
- Indiquer clairement son nom et sa fonction en précisant s'il a déjà fait la connaissance de son interlocuteur ou non.

¹ J-M Laborie, A Haegel, P Carli, L'annonce à la famille d'un décès dans le contexte des urgences hospitalières et pré-hospitalières Paris Masson 2002 Page : 6

² R Buckman S'asseoir pour parler Editions Masson 2007 Page : 177

- Parler lentement d'une voix calme et laisser à son interlocuteur le temps d'assimiler l'information surtout si c'est la nuit.
- Exprimer dès l'abord la gêne qu'on éprouve à devoir communiquer par téléphone et sa préférence pour une conversation de visu.
- Prévenir de la nature de l'appel. Il faut annoncer explicitement qu'il s'agit d'une mauvaise nouvelle.
- Si le proche interrompt pour demander si le patient est mort, confirmer l'information en répétant textuellement leur phrase. Si le proche vous laisse parler, alors annoncer la mort du patient relativement rapidement et de façon claire (pour éviter tous suspens insoutenable pour l'interlocuteur) en employant explicitement le mot « MORT » pour ne pas commettre de mal entendu. Eviter toutes les expressions du type :-" Il nous a quitté, ou il est parti, il n'est plus parmi nous."
- Leur dire la chronologie très brève des évènements qui ont conduit au décès en évitant tout jargon médical.
- Se renseigner s'il a de l'entourage auprès de lui ou disponible pour venir le soutenir. Le convaincre de ne pas rester seul si c'est le cas.
- Lui indiquer les éventuelles premières démarches à effectuer et l'organisation de la prise en charge du patient décédé très succinctement car il risque d'oublier par réaction au choc.
- Lui proposer de venir voir le défunt lui ou un autre membre de sa famille. Laisser la possibilité de réfléchir et de revenir vers vous.
- Se déclarer prêt à rester à sa disposition pour répondre à ses questions ou tout autre renseignement.
- Si l'interlocuteur paraît très affecté prendre congé et lui retéléphoner quelques minutes après afin de réévaluer sa détresse psychologique et joindre un service d'urgence médical si cela s'avère nécessaire.

Dans tous les cas il faut établir avec l'interlocuteur une relation d'empathie, d'écoute, de soutien afin d'apporter des réponses personnalisées. Il convient d'accueillir toutes les réactions sans jugement ni projection pour rester disponible. Néanmoins il est nécessaire de ne pas trop en faire, de rester modéré au risque d'une sur dramatisation qui rendrait la situation encore plus insupportable. Il faut essayer de trouver la juste distance. Il ne faut pas oublier que chaque cas est unique et qu'on ne connaît jamais les réactions des proches à une telle annonce. Ainsi il faut adapter les recommandations en fonction de la situation.

Une citation d'Aristote illustre mon propos :

- « Ressentir des émotions au moment opportun, dans les cas et à l'égard des personnes qui conviennent pour les raisons et de la façon qu'il faut, c'est à la fois moyen terme et excellence. Cette disposition à agir de façon délibérée en vue d'un bien situé à mi-chemin entre trop et trop peu, repose sur la prudence qui n'est pas une vertu morale. Elle désigne cette aptitude à réfléchir à ce qui convient le mieux dans les circonstances particulières de l'action à accomplir¹. »

2- Ce que le travail m'a apporté :

Ce travail a enrichi ma pratique professionnelle et m'a permis une grande remise en question personnelle.

Avant ce travail, dès la constatation du décès faite par l'interne je me précipitais sur le téléphone sans trop réfléchir pour annoncer le décès comme pour me débarrasser d'un poids trop lourd à porter.

Le RSCA² m'a aidé à identifier mes difficultés, comment y faire face et comment y remédier.

En étudiant plus en profondeur les différentes phases du deuil, j'ai pu enfin comprendre certaines attitudes de proches endeuillés rencontrés lors de l'exercice de ma profession ou même à titre personnel.

Je pense être plus armée maintenant pour annoncer un décès par téléphone même si la tâche n'est jamais aisée. Il me semble être plus en confiance lorsque je suis amenée à accompagner l'entourage alors que le décès vient de se produire.

Cependant, j'ai bien conscience que je suis loin de tout savoir et de tout connaître sur le vaste sujet qu'est l'accompagnement du patient en fin de vie et de son entourage. Il faut sans cesse remettre en question notre pratique professionnelle, lire régulièrement des parutions sur ce sujet qui servent à faire évoluer nos pensées, notre savoir être et notre savoir faire.

J'ai pris également conscience qu'il était important de savoir écouter ses émotions lorsque l'on vit des situations complexes en soins palliatifs. Il est indispensable de trouver un espace pour les exprimer afin de soulager ses pensées et de se débarrasser du sentiment de culpabilité, et de souffrance, et ainsi limiter toute surcharge émotionnelle qui entrainerait un épuisement professionnel à terme.

¹ Aristote Ethique de Nicomaque livre II Remacle

² RSCA : Récit de situation complexe authentique

Conclusion

Le deuil ne concerne t-il pas aussi les soignants ?

Nous avons vu qu'annoncer le décès d'un patient à son entourage est une tâche difficile et délicate pour le personnel soignant. Etre confronté régulièrement aux désarrois des familles est éprouvant pour le soignant.

Marie-Sylvie Richard écrit à ce sujet :

- « *Quoi de plus douloureux et de plus tragique que la confrontation à la mort qui vient et qui viendra ? Mort de l'autre qui nous est cher, de l'autre qui nous est confié et qui espère en notre savoir pour l'en délivrer, mort de nous même. La révolte nous submerge, de nombreux pourquoi restent sans réponse, l'angoisse nous étreint, de multiples peurs nous assaillent. L'inquiétude se heurte aux limites de notre savoir, notre impuissance engendre la violence*¹. »

En effet les professionnels de santé sont des êtres humains, avant tout détenteurs de leur propre histoire personnelle. Malgré la mise en place d'une juste distance, d'une préservation de soi et d'une certaine gestion des affects, ils ne sont pas dépourvus de sentiments face à ce patient décédé.

Pour le soignant, de même que pour l'entourage des patients, affronter la mort, l'oblige à réfléchir, à s'interroger sur sa propre finitude, ceci est d'autant plus vrai pour le soignant lorsque la mort est régulière. Elle nous amène inévitablement à prendre conscience que parfois la vie peut s'interrompre brutalement.

Elle peut également être source de forte angoisse en cas d'identification et de transfert avec le patient décédé et ou sa famille. En effet il n'est pas rare que le soignant pour une raison le plus souvent inconsciente se projette sur un patient ou un membre de son entourage car il fait écho à ses propres souffrances quelques fois refoulées.

Il est important dans ce cas là de reconnaître cette situation qui nous envahit et de passer la main à une collègue dans la mesure du possible (bien que peu réalisable la nuit), ce qui permet une mise à distance afin de se préserver et de ne pas trop souffrir. L'importance de l'organisation du travail et du collectif des membres de l'équipe est essentiel. Lorsqu'il y a une forte cohésion les collègues identifient l'attachement inadapté quelques fois avant le soignant lui-même et peuvent ainsi le préserver. Connaître ses limites et les accepter est un travail que doit faire le soignant pour se protéger de l'usure professionnelle.

Ainsi afin d'éviter des souffrances, de se prémunir de l'épuisement professionnel et durer dans ce combat qui est l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, il faut parler librement de ses affects, partager sa douleur avec ses collègues, ou en groupe de parole afin de libérer toutes ses décharges émotionnelles.

¹ Marie-Sylvie Richard Soigner la relation en fin de vie Page 54 Edition Dunod

Lors du décès d'un patient, d'autres sentiments que la tristesse ou l'angoisse peuvent être éprouvés par les soignants.

De la culpabilité, de la colère, de l'incompréhension, peuvent être ressenties. Car devant la souffrance morale, la douleur physique, l'agonie, l'accompagnement du patient en soins palliatifs et de son entourage nécessite un savoir être et savoir-faire complexes qui amènent le soignant à faire certains choix ou à avoir certaines attitudes. Le personnel de santé peut être amené lors du décès à ressentir des regrets des remords sur cette prise en charge antérieure du patient.

Le soignant également peut connaître une sensation d'inutilité, sentiment d'échec puisque malgré un investissement, une prise en charge de qualité du patient en fin de vie la mort reste inéluctable.

C'est pourquoi il est primordial de fixer des objectifs communs et des valeurs communes au sein de l'unité. Ainsi les soignants ensemble donnent du sens à leur travail, ce qui les aide à ne pas perdre de vue l'importance des différents soins effectués et confirme leur légitimité au sein du service. Pour cela ils doivent se sentir soutenus hiérarchiquement.

Cependant comme l'écrit Marie-Sylvie Richard :

- « *La confrontation quotidienne de la maladie et de la mort de l'autre nous éprouve parce qu'elle nous rappelle, avec violence parfois, la possibilité de notre propre mort, sans pour autant nous en donner une quelconque connaissance.*¹ »

Il est vrai que même pour ceux qui y sont très souvent confrontés, la mort reste un mystère pour tout le monde. -« *Présents aux côtés de celui qui meurent, nous sommes pourtant dans l'ignorance de ce qui se passe en lui.* » dit Marie-Sylvie Richard. L'habitude de cette confrontation n'enlève en rien notre sensibilité et l'expression de nos émotions. C'est cette richesse qui fait de nous des êtres entiers dignes de compassion et de respect.

Ainsi Emmanuel HIRSCH écrit dans «Fins de vie et éthique et société» :

- « *Il n'est ni mérite ni démerite dans la fragilité et la vulnérabilité de nos positions face à la mort*². »

Et enfin, pour conclure, la confrontation à la mort nous apprend que la vie est précieuse et qu'il faut en profiter pleinement et en savourer chaque instant.

- « *Pour ma part, la mort d'autrui me fait prendre conscience qu'elle est possibilité pour moi, et du coup m'invite à déployer cette autre possibilité qu'est la vie.*³ » Marie-Sylvie Richard

¹ Marie-Sylvie Richard Soigner la relation en fin de vie Page : 62 Edition Dunod

² Emmanuel Hirsch Fins de vie, éthique et société Page : 13 Edition : Erès

³ Marie-Sylvie Richard Soigner la relation en fin de vie Page 63 Edition Dunod

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

BASCHET C et BATAILLE J : La mort à vivre, Série Mutations N°87 Autrement, 1987

BLANCHET V ; DE BEAUCHENE M ; GOMAS J-M ; LASSAUNIERE J-M ; PILLOT J ; VESPIEREN P ; VIALARD M-L ; ZIVKOVIC L Soins palliatifs réflexions et pratiques, 2011

BUCKMAN R S'asseoir pour parler, Editions Masson, 2007

CHATEL T : Vivants jusqu'à la mort, Editions Albin Michel, 2013

DE GALZAIN C : Quand les jours sont comptés Editions St Paul, 1997

DUPEREY Anny, Le voile noir, Editions Points, 1995

FAVRE C : Vivre le deuil au jour le jour, Editions Albin Michel, 1995

HACPILLE L : Les soignants et le soutien aux familles, Editions Lamarre, 2012

HIRCH E : Fins de vie éthique et société, Editions Erès, 2012

KUBLER-ROSS E : Vivre avec les morts et les vivants Editions Le Livre de Poche 1999

PLON F : Questions de vie et de mort, Edition Champs Social, 2004

RICHARD M-S : Soigner la relation en fin de vie, Editions Dunod, 2004

RUSZNIEWSKI M, Face à la maladie grave, Editions Dunod, 2004

TRIPONEL A ; HAMZAN : Vivre sans toi Témoigner après la mort d'un frère ou d'une sœur, Editions chronique social, 2010

Publications et revues :

Guide de la Haute Autorité de Santé « Annoncer une mauvaise nouvelle » Service évaluation des pratiques Février, 2008

Jean-Michel Boles : Comment annoncer un décès ? 6ème Séminaire pratique d'éthique Paris, Mai 2011

J-M Laborie, A Haegel, PCarli, : L'annonce à la famille d'un décès dans le contexte des urgences hospitalières et pré-hospitalières Masson Paris, 2002

Jean-Philippe Pierron : Quand vient la nuit. Les imaginaires de la nuit à l'hôpital. Médecine palliative Soins de support Accompagnement Ethique, 2010

Soins Psychiatrie n°269 Pratique soignante : Face aux pertes traumatiques, être soignant dès les premiers instants, juillet/ aout 2010

Stéphanie Veillard : L'accompagnement des familles lors d'un deuil Revue de l'infirmière N°129, Avril 2007