

L'équipe de consultation en thanatologie

Pierrette Lambert

Volume 7, numéro 2, novembre 1982

Mourir

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/012985ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/012985ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Lambert, P. (1982). L'équipe de consultation en thanatologie. *Santé mentale au Québec*, 7(2), 194–196. <https://doi.org/10.7202/012985ar>



L'ÉQUIPE DE CONSULTATION EN THANATOLOGIE

À ce jour, les personnes intéressées aux patients en phase terminale ont développé deux ressources pour répondre à leurs besoins : unité de soins palliatifs et programme de formation du personnel. Mon expérience comme infirmière responsable de la mise sur pied de l'Association d'Entraide Ville-Marie, en 1974, et comme consultante-coordonnatrice du service de consultation des soins palliatifs de l'hôpital Royal Victoria, de 76 à 81, et mon implication comme professeur dans des programmes de formation, m'incite à vous faire part de mon opinion sur ces deux ressources et à vous en présenter une troisième : l'équipe de consultation.

Les unités de soins palliatifs ont fait leurs preuves. Cependant, cette ressource est limitée par le nombre de patients qu'elle peut accueillir. De ce fait, elle risque de fonctionner en vase clos et de maintenir le fossé entre le médical et le psychosocial, entre les soins curatifs et préventifs.

Quant aux programmes de formation, ils sont essentiels afin que le personnel acquière les connaissances nécessaires au contrôle des symptômes physiques et les habiletés essentielles à un support psychosocial adéquat. Toutefois, cette formation est insuffisante pour comprendre et défaire les mécanismes sous-jacents au système de dénéiation vis-à-vis les mourants.

Pourquoi cette dénéiation? Quelques articles sur le sujet peuvent nous éclairer. Maslach et Pines (1978) montrent que le travail centré sur la relation peut être une source de tension émotionnelle. Selon Hugues (1971), il peut provoquer des réactions émotionnelles qui handicapent et dérangent le personnel. Pour d'autres auteurs, un travail centré sur la relation peut susciter une sur-identification aux clients et/ou, selon Meyer (1979), éveiller des problèmes personnels non résolus.

Outre ces caractéristiques propres à tout travail d'aidant, plusieurs travaux de recherche dénoncent les sources de stress liées aux thèmes spécifiques soulevés par cette clientèle : la mort et les séparations, la multiplicité des demandes, la souffrance et finalement certaines pathologies.

Cassen et Hackett (1975), ainsi que Hay et Oken (1972) affirment que pour les professionnels de la santé dont le but est de sauver des vies, l'exposition à la mort peut être une menace de perte d'objet et entraîner un sentiment d'échec, non seulement professionnel mais aussi personnel. Selon Price et Bergen (1977), même lorsque la mort est inéluctable, le personnel ressent du remords lié à l'impuissance de ne pas pouvoir faire plus, au moment où le patient meurt. De plus, selon Mount (1980), chaque décès sollicite chez le personnel la mobilisation de manœuvres psychologiques pour lui faire face et, consciemment ou inconsciemment, ravive le deuil précédent. L'effet cumulatif de ces décès et deuils produit chez le personnel un fardeau qui devient parfois intolérable et souvent difficile à identifier. À ce poids indéfinissable s'ajoutent les pertes qui surviennent dans la vie personnelle des individus.

Parallèlement, la confrontation répétitive à la mort oblige l'intervenant à prendre conscience de sa propre finitude et de celle de ses proches, à questionner et à réévaluer le sens et la qualité de sa vie (Price et Bergen, 1977). À ces sources de stress, s'ajoutent la multiplicité et la complexité des besoins et des demandes des patients, les difficultés rencontrées pour enrayer la souffrance expérimentée, et les situations difficiles ou de crise vécues par les patients et les familles.

Outre ces éléments, le type de pathologie peut susciter des réactions émotionnelles. Dans la revue *Coping with cancer*, on cite les réactions générales suscitées par le cancer auxquelles les professionnels de la santé n'échappent pas :

«Les patients et les professionnels assument que les médecins, les infirmières et les autres intervenants sont immunisés au stress, à l'anxiété et à la conception erronée entourant le cancer. En réalité, les professionnels sont sujets aux mêmes émotions et peurs que celles exprimées par les patients et ils y réagissent de la même manière. Ils deviennent en colère, déniaient la réalité et ils évitent le problème. Si ces défenses sont poussées à l'extrême, elles peuvent isoler le professionnel des collègues et des patients» (1980, 87).

Ces données s'adressent aussi bien au personnel consacré aux soins des mourants, qu'à tout professionnel placé devant ce type de clientèle. Cet impact sera évidemment différent selon que le professionnel est constamment ou périodiquement confronté à ces réalités.

L'équipe de consultation

Selon moi, l'équipe de consultation est une ressource additionnelle aux deux ressources citées précédemment. De plus, le rôle de cette équipe de consultation n'a rien de commun avec la consultation dite conventionnelle. Dans l'approche aux mourants et à leur famille, l'équipe de consultation a un rôle à jouer tant au plan clinique qu'au plan de la formation et du support du personnel.

Pour opérer des changements dans la qualité des soins et l'approche aux mourants et à leur famille, les consultants doivent être en mesure de travailler simultanément sur les différents rôles précités. Rien de tel qu'un travail de collaboration dans une situation concrète pour amener le personnel à comprendre et à intégrer dans son travail quotidien les connaissances et les attitudes nécessaires à cette approche particulière.

Ceci implique que les consultants soient accessibles et disponibles d'une manière constante et continue. Ils devront demeurer étroitement liés à l'évaluation des besoins et des familles, savoir quand prendre le leadership et/ou à quel moment demeurer comme soutien pour les intervenants. Ils devront aussi savoir doser à quel moment le personnel manque d'informations, de connaissances, de support, afin de diriger adéquatement leurs interventions et d'éviter ainsi de dépasser leur rôle ou de brimer l'apprentissage du personnel. En tout temps, l'équipe doit se rappeler que, sans la collaboration du personnel, la continuité des soins et de cette approche sera un coup d'épée dans l'eau.

C'est donc dire qu'au préalable, les consultants doivent acquérir la confiance et l'ouverture qui permettront ce travail de collaboration. Pour ce faire, les consultants doivent posséder les qualifications nécessaires, c'est-à-dire les connaissances, l'expérience et l'expertise médico-nursing et psychosociale dans ce domaine, ainsi que des qualités personnelles, susceptibles de mettre à profit leur

potentiel et permettre de développer celui des intervenants dans le but ultime de répondre aux besoins des patients et des familles.

Avant de terminer, j'aimerais préciser que :

1. La formation du personnel est une étape essentielle dans cette démarche pour améliorer l'approche aux mourants. Je crois, cependant, que nous devons demeurer sensibles au fait, qu'au-delà de l'acquisition des connaissances, des phénomènes psychosociaux complexes plus ou moins conscients interfèrent dans cette problématique. En ce sens, la formation ne peut être l'unique réponse aux lacunes identifiées dans les soins aux mourants, c'est-à-dire le contrôle déficient des symptômes physiques (par exemple la douleur), l'isolement psychologique et social des patients et des familles.
2. L'équipe de consultants peut être une ressource additionnelle aux unités de soins palliatifs dans certaines circonstances et certains milieux.
3. Chaque milieu, avant d'opter pour une solution, a la responsabilité d'étudier attentivement toutes les possibilités et d'arrêter son choix sur la solution qui apparaît la plus appropriée à ses besoins.
4. Pour tous les consultants, il est primordial de demeurer en contact avec les centres où les aspects cliniques, de recherche et d'enseignement en soins palliatifs sont une priorité.
5. Pour accomplir efficacement sa tâche, l'équipe de consultation doit comprendre au moins un médecin et une infirmière. Selon le cas et les milieux, la présence d'autres professionnels (travailleur social et psychologue) peut être souhaitable et/ou indispensable. Ceci peut être le cas par exemple lorsque la seule ressource disponible demeure l'équipe de consultation.

Il est bien reconnu que toutes les ressources de support (par exemple les bénévoles) ont aussi un rôle important à jouer.

En conclusion, nous devons tenter par tous les moyens de mettre à la disposition des patients et des familles les connaissances et les traitements qui sauront maintenir une qualité de vie, permettre aux individus et à leur famille de croître dans cette dernière étape. Comme professionnels, nous pourrions sûrement grandir, remplir nos responsabilités, faire de la prévention et participer à

l'amélioration ou la conservation de la santé globale, tant pour les individus que pour les professionnels et para-professionnels.

RÉFÉRENCES

- CASSEN, N.H., HACKETT, T.P., 1975, Stress on the Nurse and the Therapist in the Intensive Care Unit and the Coronary Care Unit, *Heart and Lung*, 4 (2), p.252-259.
- HAY, D., OKEN, D., 1972, The Psychological Stresses of Intensive Care Unit Nursing, *Psychosomatic Medicine*, 34, p.109-118.
- HUGHES, E.C., 1971, *The Sociological Eye : Selected Papers*, Aldine, Chicago.
- MEYER, J.H., 1979, *The Social Construction of Burnout : an Emergent Theory*, Unpublished Dissertation, Boston University.
- MOUNT, M.B., VOYER, J., 1980, Staff Stress in Palliative/Hospice Care, *The Royal Victoria Hospital/Hospice Care*, p. 457-485.
- PINES, A., MASLACH, C., 1978, Characteristics of Staff Burnout in Mental Health Settings, *Hospital and Community Psychiatry*, p. 233-237.
- PRICE, T.R., BERGEN, B.J., 1977, The Relationship to Death as a Source of Stress for Nurses on a Coronary Care Unit, *Omega*, 8 (3), p. 229-238.

Pierrette Lambert
I.L., MSc psychologie.

