

L'adaptation émotionnelle des infirmiers lors de la prise en soins de patients âgés en fin de vie : Le rôle de l'expérience professionnelle

Bachelor Thesis

RODRÍGUEZ LÓPEZ Laura
N° matricule : 06326789

Directrice : LUDWIG Catherine, PhD en psychologie
Professeure HES, Haute Ecole de Santé – Genève

Membre du jury externe : BRIDIER BOLORÉ Anne, ISC – imad
Chargée de cours HES, Haute Ecole de Santé - Genève

Genève, août 2014

Déclaration

« Ce Bachelor Thesis a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute Ecole de Santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans Bachelor Thesis, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du Bachelor Thesis, du juré et de la Haute Ecole de Santé - Genève.
J'atteste avoir réalisé seule le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 15.08.2014

Laura Rodríguez López

Remerciements

Par ces quelques lignes, je souhaiterais exprimer ma plus profonde et sincère reconnaissance à toutes les personnes qui, par leur aide, leur soutien et leurs conseils m'ont considérablement aidée dans l'élaboration de ce travail.

À Madame Catherine LUDWIG, directrice de recherche de ce travail, pour sa disponibilité, la richesse de son encadrement et la mise à disposition des éléments nécessaires à ma réussite. Ses conseils ont été un support indispensable pour mener à bien cette revue de littérature.

À Madame Anne BRIDIER BOLORE, membre du jury, pour l'intérêt porté à ce travail en acceptant de participer à son appréciation.

À Madame Gora DA ROCHA, chargée d'enseignement, pour son soutien et ses conseils lors de la première phase d'élaboration du travail. Son écoute et sa disponibilité ont été d'une grande aide lors des premiers obstacles rencontrés.

A Madame Sandrine LONGET DI PIETRO, directrice de filière, pour la confiance témoignée en approuvant la réalisation de ce travail de façon individuelle.

Aux chercheurs rencontrés via internet qui m'ont gracieusement fait part de leurs travaux. Au personnel soignant de l'hôpital Abente y Lago de La Corogne pour leur accueil chaleureux, la transmission de leur savoir et passion pour le soin des personnes âgées.

À Sofia de SOUSA, pour les multiples relectures effectuées, sa patience et ses bons conseils. Je la remercie également pour son amitié, sa loyauté et l'aide précieuse qu'elle m'a apportée durant ces 4 années d'études.

À Rémy DE MASI, pour m'avoir épaulée tous les jours dans la construction de ce mémoire ; son soutien et son affection ont été inestimables.

À Manuel RODRÍGUEZ LÓPEZ, pour son humour, ses traductions et son soutien logistique ainsi que ses fervents encouragements.

À Ana María LÓPEZ ÁLVAREZ et José Manuel RODRÍGUEZ PORTEIRO, pour leur présence sans faille et leurs encouragements. Toute ma tendresse et mon amour s'adressent à eux, qui m'ont toujours poussée dans la réalisation de mes rêves ; je n'aurai jamais assez de mots pour vous remercier.

À vous tous, ce travail est aussi votre réussite.

« Hasta la muerte, todo es vida. »

« Jusqu'à la mort, tout est vie. »

Miguel de Cervantes

Résumé

Les projections démographiques de vieillissement de la population (Office fédéral de la statistique (OFS, 2010)) indiquent une future augmentation du nombre de personnes très âgées, vulnérables et en besoin de soins dans les 50 prochaines années. Compte tenu de la pénurie infirmière constatée (Heinz, 2004 ; Jaccard Ruedin et al., 2009 ; Janiszewski Goodin, 2003 ; Simoens et al., 2005) un nombre accru de prises en charge de personnes très âgées et proches de la mort est à considérer. Les soins de fin de vie pouvant être une source de stress et de souffrance (Dunn et al., 2005 ; Kuhn et al., 2011), les infirmiers engagent des stratégies de *coping* qui leur permettant d'y faire face et de maintenir une certaine stabilité émotionnelle (Cosnier et al., 1993). Le but de cette revue de littérature vise l'identification de ces stratégies et du rôle de l'expérience professionnelle dans l'élaboration de ces dernières.

La « bonne mort », les soins palliatifs, les compétences en communication, la maîtrise de la relation d'aide, la juste distance et la notion de contrôle nous ont permis de mettre en évidence le rôle de l'expérience professionnelle sur l'adaptation émotionnelle des infirmiers lors de la prise en soins de patients âgés en fin de vie. La confrontation de ces concepts au modèle de l'adaptation de Roy (1986) nous a ensuite permis d'apprécier la pertinence de ces concepts au regard de la science infirmière.

Les résultats obtenus clarifient les besoins des personnes âgées en fin de vie et les compétences infirmières devant être développées pour ajuster la démarche infirmière et ainsi satisfaire leurs besoins.

Mots-clefs :

Français	:	infirmiers, mort, personnes âgées, adaptation, faire face
Anglais	:	nurses, death, older people, adaptation, coping

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	8
1.1 Vieillessement de la population	12
1.1.1 Société	12
1.1.2 Compression de la morbidité et dépendance	14
1.2 Evolution des pratiques soignantes	18
2. LES SOINS DE FIN DE VIE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE	20
2.1 Historique	21
2.1.1 Les soins de fin de vie	21
2.1.2 Les soins palliatifs comme spécialité	22
2.2 Implications pour les professionnels	26
2.2.1 Rôle infirmier dans l'accompagnement en fin de vie	26
2.2.1.1 Rôle infirmier envers le patient et ses proches : une approche systémique	27
2.2.1.3 Rôle infirmier envers soi et envers l'équipe soignante	31
2.2.2 Risques pour les infirmiers	32
3. L'ADAPTATION DES INFIRMIERS DANS LES SOINS DE FIN DE VIE	38
3.1 Mécanismes de défense et processus de <i>coping</i>	40
3.1.2 Processus de <i>coping</i>	40
3.1.2.1 Stratégies actives : la confrontation	41
3.1.2.2 Stratégies passives : l'évitement	42
3.1.2.3 Stratégies collectives et organisationnelles	44
3.1.2.4 Degrés de fonctionnalité des <i>copings</i> de confrontation et d'évitement	45
3.1.2.5 Stratégies de conversion et sentiment de contrôle	47
3.2 L'expérience professionnelle	50
3.2.1. Formation	50
3.2.2 Pratique professionnelle	53
3.2.3 Expérience professionnelle et <i>coping</i>	54
3.2.3.1 Expérience professionnelle et adaptation	54
3.2.3.3 Amélioration des stratégies de <i>coping</i>	56

4. L'ADAPTATION DANS LE MODÈLE DE ROY	60
4.1 Paradigme de l'intégration	61
4.2 Ecole de pensée des effets souhaités	62
4.3 Description du modèle	63
4.3.1 La personne	64
4.3.2 L'environnement	65
4.3.3 La santé	65
4.3.4 Le soin	66
4.4 Processus du mourir dans le modèle de Roy	68
4.4.1 La personne ; le mourant	68
4.4.2 L'environnement	70
4.4.3 La santé ; processus du mourir adapté	70
4.4.4 Le soin ; accompagner dans la fin de la vie	71
4.4.4.1 L'adaptation chez l'infirmier et l'équipe de soins	72
4.5 Adaptation émotionnelle de l'infirmier dans les soins de fin de vie et modèle de Roy ; perspectives croisées et empiriques	75
4.5.1 « Bonne mort » et processus du mourir	76
4.5.2 Stratégies de <i>coping</i> et mécanismes d'adaptation cognitifs	77
4.5.3 Expérience professionnelle et capacité d'adaptation	80
5. DISCUSSION	82
6. CONCLUSION	88
7. BIBLIOGRAPHIE	90

1. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (World Health Organization (WHO), 2014), l'augmentation rapide du vieillissement de la population de plus de 60 ans est un fait avéré, concerne le monde entier et est induit par les progrès constants de la recherche médicale et des conditions socio-économiques. Les prévisions démographiques suisses pour les 50 prochaines années confirment cette tendance en indiquant un vieillissement de la population, notamment par l'accroissement constant de l'espérance de vie à la naissance (Office fédéral de la statistique (OFS), 2010). De plus, la génération « baby-boom » atteignant l'âge de 85 ans et plus d'ici 2060 ; une augmentation conséquente du nombre de personnes très âgées, dépendantes, atteintes de comorbidités et par conséquent en besoins de soins est à prévoir (Höpflinger, Boyer-Oglesby & Zumbrunn, 2011).

Dans les pays du Nord de l'Europe et en Suisse, les personnes en âge de retraite sont moins de 2% à bénéficier des soins de leur famille. Dans les pays méditerranéens cette valeur atteint 5 à 10% (Höpflinger et al., 2011). Selon le degré de dépendance et de morbidité, une prise en charge par des professionnels de la santé est donc nécessaire au domicile, au sein d'un établissement médico-social (EMS) ou hospitalier pour une grande majorité des personnes âgées. Compte tenu de cette évolution, la Suisse et les cantons ont pour objectif de développer des stratégies de prise en soins adaptées aux bénéficiaires et viables en terme d'économie. Dans le canton de Genève, la politique de maintien à domicile initiée en 1992 puis renforcée en 2012 (Secrétariat du Grand Conseil de l'Etat de Genève, 2012) présente deux avantages. Le premier est le respect du souhait de rester au domicile exprimé par les personnes âgées qui, malgré une perte d'autonomie pour certaines activités de la vie quotidienne, présentent un degré d'indépendance satisfaisant et une bonne santé habituelle. Le second est la réduction des admissions précoces en EMS au profit d'une proposition de prestations de soins à domicile adaptées au bénéficiaire et engendrant des coûts moins élevés qu'en institution. Lorsque les soins à domicile ne sont plus adaptés à la situation de santé suite à une dépendance et vulnérabilité aigües, les personnes âgées intègrent un EMS (Secrétariat du Grand Conseil de l'Etat de Genève, 2012).

Pour la majorité des aînés, l'accueil en institution a lieu dans les dernières années de la vie, constat qui peut s'expliquer par divers facteurs. En premier lieu, nous pouvons citer le phénomène de compression de la morbidité, décrit par Fries (2005) comme la manifestation condensée des pathologies et du syndrome de fragilité gériatrique (Trivalle, 2000) sur les dernières années de la vie. Ce phénomène est également encouragé par l'augmentation de l'espérance de vie et la meilleure prise en charge des aînés (Fries, 2003). La politique de maintien à domicile contribue aussi à une institutionnalisation chaque fois plus proche du décès par le développement de prestations pouvant prendre en soins des personnes âgées à leur domicile jusqu'à des stades plus avancés de la morbidité, reléguant ainsi l'accueil en EMS aux dernières années de la vie. En somme, le grand âge et le haut degré de vulnérabilité qui en découle, induisent une élévation du nombre de décès au sein des institutions accueillant les personnes très âgées (Höpflinger et al., 2011), mettant les infirmiers face à un risque plus élevé d'être confrontés à la mort.

En considérant le phénomène de vieillissement de la population et l'augmentation considérable du nombre de personnes âgées dans les 50 prochaines années, il est dans l'intérêt de la profession infirmière d'anticiper la future augmentation du nombre d'accompagnements en fin de vie et des décès. Toutes les structures du réseau de soins accueillant des personnes très âgées sont concernées, notamment les institutions de maintien et d'aide à domicile, les EMS et les services hospitaliers à forte fréquentation de cette population. Cette anticipation est d'autant plus nécessaire compte tenu de la pénurie infirmière déjà constatée aux Etats-Unis (Lynn & Redmann, 2005) et en Europe (Buchan, 2002), touchant toutes les structures confondues. En Suisse, une étude récente concernant la démographie actuelle des soignants et ses perspectives jusqu'en 2020, confirme également la tendance avec une hausse de 13 à 25% des besoins en personnel soignant (Jaccard Ruedin, Weaver, Roth & Widmer, 2009). Le départ à la retraite des soignants « baby-boomers », la faible attractivité de la profession et les contraintes économiques du système de soins sont des éléments contribuant à l'aggravement du contexte de pénurie dans le futur (Heinz, 2004 ; Janiszewski Goodin, 2003). La future élévation du nombre de personnes très âgées en besoin de soins face à la diminution du nombre d'infirmiers, implique un contexte de pénurie de personnel soignant au sein de toutes les structures médicales accueillant les aînés (Simoens, Villeneuve & Hurst, 2005). Pour répondre aux défis que représentent ces données, la formation et

le développement des compétences infirmières sont nécessaires (World Health Organization (WHO), 2014) pour pouvoir prodiguer des soins répondant aux standards de qualité, se prémunir contre l'épuisement professionnel que la prise en soins d'une telle population peut induire et ainsi répondre au futurs besoins des personnes très âgées.

Le futur vieillissement de la population et la pénurie de personnel infirmier participeront à une augmentation du nombre de personnes très âgées à prendre en charge par infirmier. Cette population, caractérisée par un degré élevé de vulnérabilité et morbidité ainsi qu'un risque élevé de mortalité implique une recrudescence des soins d'accompagnement en fin de vie chez les infirmiers. Une augmentation du risque d'être confronté à la mort, au sein des structures accueillant des personnes très âgées est à prévoir au sein de la profession. L'extrême proximité physique et morale avec les mourants, l'investissement dans l'accompagnement en fin de vie et le côtoiement fréquent de la mort constituent des risques majeurs de souffrance, caractérisée par une mobilisation importante des émotions conduisant à un épuisement professionnel (Castra, 2003). Pour répondre aux exigences du travail émotionnel et au climat anxiogène instauré par la mort (Hart & Mucchielli, 2002 ; Tribolet, 1996), les soignants ont recours à des comportements pouvant être assimilés à des stratégies de défense telles que l'évitement ou la confrontation, décrits par Cosnier, Grosjean et Lacoste (1993) comme étant des mesures de protection personnelle et d'adaptation face à l'événement source de stress ; la mort. Ainsi, selon Castra (2003), la juste distance professionnelle, gage d'une adaptation adéquate, serait un savoir professionnel acquis au cours des différents décès vécus et par lesquels le soignant expérimenterait les limites de son rôle professionnel face aux mourants. Gueullette (2008) corrobore ce propos en affirmant que le manque de transmission des savoirs pratiques concernant les soins péri-mortuaires peut également être une source d'angoisse pour les infirmiers sans expérience. Il est donc pertinent d'explorer le rôle de l'expérience professionnelle face à la confrontation quotidienne à la mort et de définir dans quelle mesure elle peut procurer une meilleure solidité émotionnelle.

Cette revue de littérature motivera, en premier lieu, la pertinence du choix de la population très âgée par la mise en perspective de données démographiques concernant le vieillissement de la population et les prévisions relatives au personnel

de santé pour les 50 prochaines années. A continuation, nous ferons un bref historique des soins aux mourants et décrirons le rôle infirmier actuel ainsi que les effets de la promiscuité avec la mort sur les infirmiers. Puis nous traiterons de l'adaptation émotionnelle des infirmiers face aux soins de fin de vie par le développement de la notion de « coping », de l'impact de la formation sur la construction de l'expérience professionnelle et de l'importance des connaissances acquises au cours de la pratique. Le rôle de l'expérience professionnelle sera ensuite mis en évidence lors de l'élaboration de stratégies d'adaptation émotionnelle par les professionnels. Nommées stratégies de « coping », ces défenses permettent de répondre à un événement source de stress comme la confrontation avec la mort. Nous expliquerons par la suite dans quelle mesure l'expérience professionnelle constitue une plus-value dans le choix et la qualité de ces réponses. Finalement, nous envisagerons les résultats de la revue de littérature sous l'angle de la théorie des sciences infirmières selon Roy, et conclurons le travail avec les recommandations pour la profession et les perspectives de poursuite de recherche.

1.1 Vieillessement de la population

1.1.1 Société

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), projette un accroissement de l'espérance de vie à la naissance de 4 à 5 ans dans tous les pays industrialisés pour la période de 2002 à 2030 (Mathers & Loncar, 2006). En Suisse, le scénario de vieillissement démographique pour la période allant de 2010 à 2060 (Office fédéral de la statistique (OFS), 2010) pronostique un vieillissement de la population dans les 50 prochaines années. Cette évolution s'explique par les progrès de la science médicale, l'amélioration des systèmes de santé, de l'éducation, des conditions socio-économiques et du constant accroissement de l'espérance de vie à la naissance (Baltes & Smith, 2003 ; Ludwig, Cavalli & Oris, 2014). En 2060, cette dernière devrait se situer entre 83 et 89 ans pour les hommes et entre 87.5 et 92.5 ans pour les femmes (Office fédéral de la statistique (OFS), 2010).

Bien que l'Office fédéral de la statistique (OFS) ait prévu un accroissement de l'espérance de vie dans les scénarios démographiques datant de l'an 2000, on observe actuellement qu'il avait été nettement sous-évalué (Höpflinger et al., 2011). La différence entre la valeur pronostiquée et les données actuelles est due à l'intervention de facteurs collatéraux difficiles à évaluer comme les progrès médicaux et socio-économiques de prise en charge des personnes âgées. Toutefois, sa prédiction demeure une donnée indispensable pour procéder à une évaluation des besoins en soins (Höpflinger et al., 2011).

Outre l'augmentation constante de l'espérance de vie à la naissance, les progrès médicaux et socio-économiques et l'élévation de la qualité de vie (Baltes & Smith, 2003 ; Ludwig et al., 2014), il existe un facteur ponctuel et historique permettant d'affirmer une hausse considérable du nombre de personnes âgées dans les 50 prochaines années ; l'arrivée en âge de retraite de la génération des « baby-boomers » nés entre 1943 et 1964 (Höpflinger et al., 2011). Si les données pour l'année 2010 font état de 17.1% de personnes âgées de plus de 65 ans au sein de la population suisse, le vieillissement des « baby-boomers » devrait augmenter ce pourcentage à 24.2 en 2030, puis 28.3 en 2060 (Höpflinger et al., 2011). Les résultats sont similaires pour les personnes très âgées avec 4,9% de personnes ayant plus de 80 ans en 2010, avec une prévision de hausse à 7,8% en 2030 puis 11,9% en 2060 selon le scénario actuel (Höpflinger et al., 2011). Au vu des prévisions démographiques et des facteurs favorisant la croissance de l'espérance

de vie à la naissance cités ci-dessus, un accroissement rapide et net du nombre de personnes âgées et très âgées dans les 50 prochaines années est à prévoir (Höpflinger et al., 2011).

Afin de répondre à la future recrudescence des besoins en soins des personnes très âgées, des stratégies économiquement viables et respectueuses des standards de qualité des soins ont été élaborées au niveau national et cantonal. A Genève, le développement de la politique de maintien à domicile est la stratégie préconisée afin de garantir une équité d'accès aux soins et de proposer une prise en charge moins onéreuse que dans les EMS (Secrétariat du Grand Conseil de l'Etat de Genève, 2012). La proposition de généraliser les soins domiciliaires aux personnes très âgées constitue une solution réaliste compte tenu d'une population majoritairement autonome et en bonne santé. Les données pour l'année 2008 confirment cette assertion en indiquant que les hommes et les femmes pouvaient encore espérer vivre en moyenne 19 et 22.2 ans respectivement une fois l'âge de 65 ans atteint parmi lesquels, 17 années en conservant un haut degré d'autonomie (Höpflinger et al., 2011). Néanmoins, la vulnérabilité procédant du grand âge et des pertes fonctionnelles qui l'accompagnent explique le besoin de soins de suppléance pour certains actes de la vie quotidienne en dépit d'un accroissement de l'espérance de vie dans des conditions de santé favorables.

Lorsque le taux de morbidité augmente et que les incapacités fonctionnelles réduisent l'autonomie à un degré compromettant le maintien à domicile, les personnes très âgées sont admises dans les EMS, plus à même d'offrir une surveillance et des soins plus soutenus (Höpflinger et al., 2011). Le changement de prise en charge peut également avoir lieu au détour d'une hospitalisation conséquente à la détérioration de la santé et aux répercussions de la vulnérabilité (Cavalli, 2012). Par conséquent, les personnes bénéficiant d'un placement en EMS se révèlent être une population de plus en plus âgée, dont le taux de morbidité et le risque de décès sont extrêmement élevés.

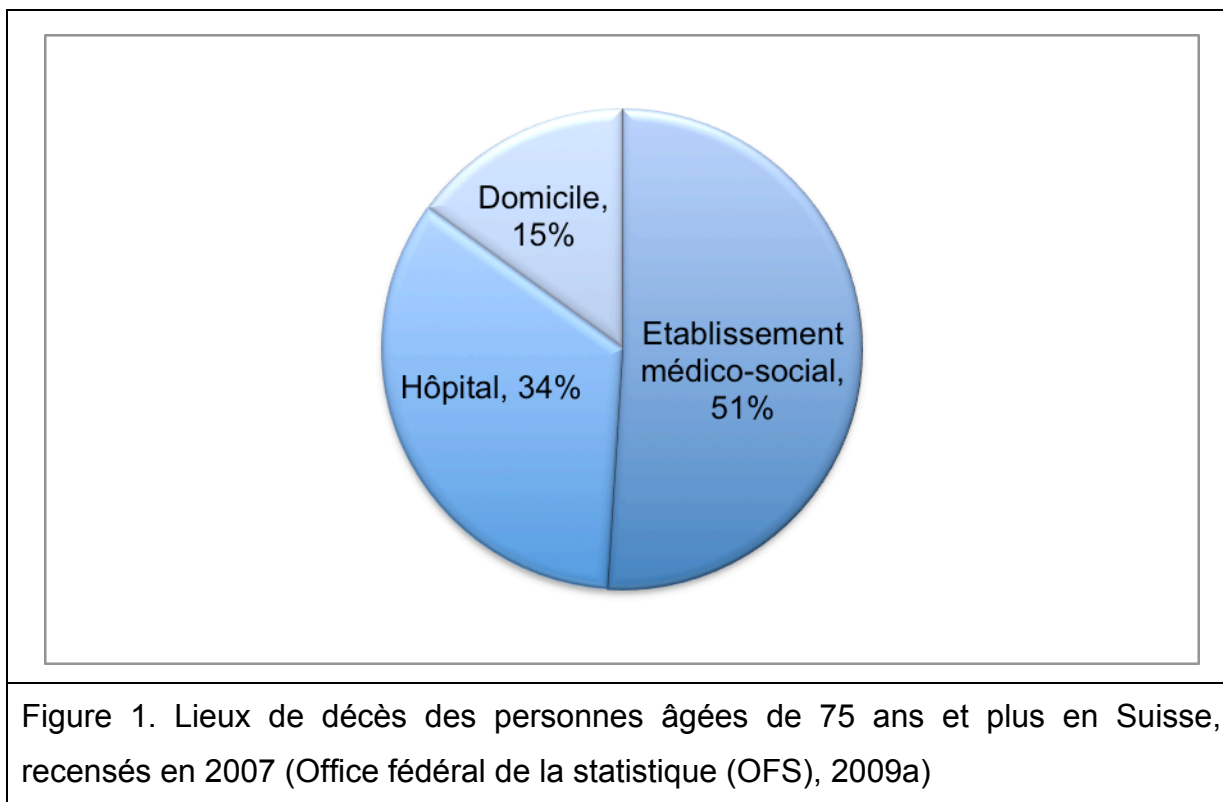
1.1.2 Compression de la morbidité et dépendance

L'augmentation constante de l'espérance de vie à la naissance, les progrès de la prise en charge socio-économique des personnes âgées et des sciences médicales ainsi que l'amélioration de leur qualité de vie (Baltes & Smith, 2003 ; Ludwig et al., 2014), contribuent à reporter la perte d'autonomie et la manifestation de comorbidités à de grands âges. Ce phénomène est décrit par Fries (2005) comme une condensation de la morbidité sur une courte période de la vie précédant la mort. De ce fait, l'expression de la compression de la morbidité est caractérisée par la conservation d'une bonne santé et d'un haut degré d'autonomie jusqu'à des âges très avancés de la vie (Höpflinger et al., 2011). Höpflinger et Hugentober (2006), illustrent parfaitement cette théorie par la comparaison de deux études longitudinales des années 1992 et 2002 avec des résultats indiquant une proportion plus importante de personnes qui considèrent leur santé comme « bonne » à « très bonne » en 2002. Toutefois, être en bonne santé ne préserve pas la personne âgée du syndrome de fragilité consécutif au processus naturel du vieillissement (Santos-Eggimann, 2007 ; Trivalle, 2000). Selon la définition de Fried et al. (2001), une personne âgée est considérée comme vulnérable lorsqu'elle présente au moins 3 des caractéristiques suivantes ; perte de poids involontaire, épuisement, faiblesse musculaire, troubles de la marche ou activité physique diminuée. En effet, ces différents composants du syndrome de fragilité peuvent être considérés comme des facteurs de risque favorisant la perte de mobilisation, les chutes, la perte d'autonomie, l'hospitalisation et la mortalité ; la dépendance étant la répercussion de ces processus (Fried et al., 2001). En se basant sur le phénomène de la compression de la morbidité (Fries, 2005) et considérant que les prévisions de l'espérance de vie restent constantes, la proportion de personnes de plus de 65 ans en besoin de soins augmentera de 46% et seront au nombre de 182'000 en Suisse (Höpflinger et al., 2011). Concernant la dépendance des personnes très âgées, à savoir de plus de 80 ans, les prévisions annoncent une augmentation de leur pourcentage à 80% en 2030 alors qu'elles étaient de 74% en 2010. Une hausse de demande en soins par une population chaque fois plus âgée et présentant un risque de comorbidités est donc à prévoir (Höpflinger et al., 2011).

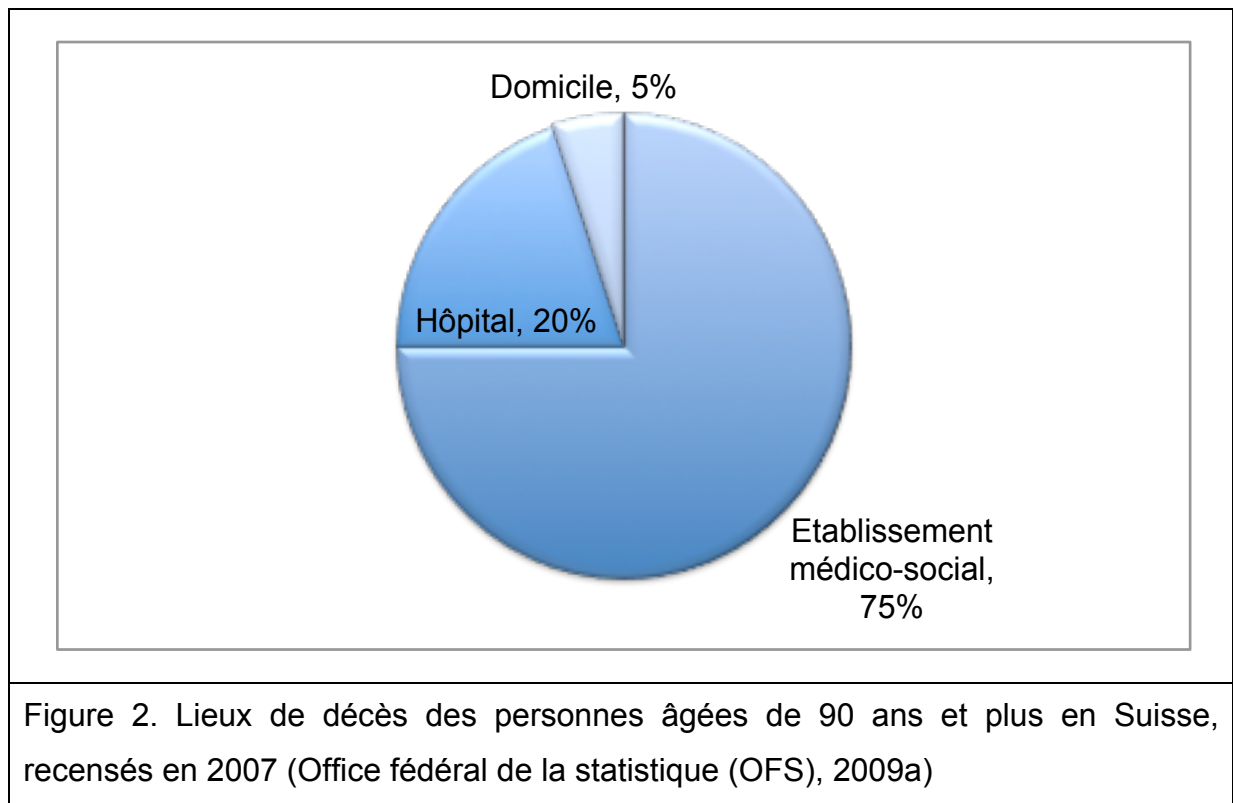
Afin de répondre à la hausse future du nombre de personnes âgées, et de surcroît, présentant une dépendance, l'offre du réseau de soins aussi bien domiciliaire qu'institutionnelle est vouée à s'intensifier (Höpflinger et al., 2011). La politique

nationale actuelle en matière de vieillesse, en plus de favoriser le maintien à domicile, vise un développement des structures intermédiaires telles que les centres d'accueil de jour ou les logements protégés (Höpflinger et al., 2011). La création d'une continuité dans la prise en charge des personnes âgées entre les soins à domicile et institutions médicalisées, laissant à ces derniers le soin de la prise en charge pour les dernières années de vie, est l'objectif prioritaire du développement de ces structures. En effet, à l'approche des dernières années de vie, la dépendance s'accroît et l'institutionnalisation devient nécessaire pour les cas de dépendance élevée qui ne peuvent plus être pris en charge à domicile (Höpflinger et al., 2011). Les chiffres confirment ces données avec plus de 90% de personnes de 80 à 84 ans vivant à leur domicile et 45% de personnes placées en EMS une fois l'âge de 95 ans atteint (Höpflinger et al., 2011). Les chiffres indiquent également que plus de 25% des personnes de plus de 80 ans sont au bénéfice de soins à domicile en Suisse (Höpflinger et al.) mettant ainsi en lumière le besoin de soins aussi bien à domicile qu'en institution. Néanmoins, les soins à domicile étant maintenus jusqu'à un état avancé de morbidité, il convient de préciser que les résidents vivant en EMS constituent donc une minorité de la population des personnes âgées (Höpflinger et al., 2011). Ainsi on compte 3'140 personnes âgées de 85 ans vivant en EMS à Genève en 2011 ; l'âge moyen en institution étant de 85.3 ans (Office fédéral de la statistique (OFS), 2013). Le grand âge, le faible degré d'autonomie, les diverses manifestations du syndrome de fragilité et les éventuelles comorbidités, élèvent le taux de morbidité et le risque de mortalité (Cigole, Langa, Kabeto, Tian & Blaum, 2007) exigeant une surveillance et des soins ne pouvant être prodigués qu'en EMS (Höpflinger et al., 2001).

Considérant l'augmentation future du nombre de personnes très âgées (Höpflinger et al., 2011), l'élévation du taux de la morbidité et le risque de mortalité sur une courte période à la fin de la vie (Cigole et al., 2007 ; Fries, 2005), une augmentation du nombre de décès est à prévoir dans toutes les structures prenant en soins cette population. Les EMS seront particulièrement touchés par cette recrudescence du fait de la présence d'une population toujours plus âgée, dépendante et présentant un taux élevé de morbidité. L'Office Fédérale de la Statistique (Office fédéral de la statistique, 2009a) confirme cette tendance en indiquant le pourcentage de décès des personnes âgées de plus de 75 ans selon le lieu, pour l'année 2007 en Suisse ; 51% décèdent en EMS, 34% à l'hôpital et 15% à domicile (Figure 1).



Concernant les lieux de décès pour les personnes âgées de 90 ans et plus (Figure 2), on observe une augmentation en institution de soins avec seulement 5% de décès à domicile. Ce résultat nous permet de confirmer l'augmentation nette du recours à l'institutionnalisation dans les années précédant la mort ainsi que l'augmentation du taux de morbidité par le pourcentage élevé de décès à l'hôpital (Office fédéral de la statistique, 2009a).



Cette future augmentation de décès est synonyme d'enjeux majeurs pour le système de santé en terme de ressources et d'exigences économiques. L'augmentation du nombre de personnes âgées, la compression de la morbidité et la dépendance créent un besoin de soins chez les personnes à des âges où le risque de mortalité est très important. Ceci augmente le risque des infirmiers d'être confrontés à la mort aussi bien à domicile qu'en EMS ou dans les services hospitaliers.

Le contact avec la mort peut ainsi constituer une source de stress et de souffrance méritant d'être considérée comme un facteur de risque d'épuisement professionnel (Castra, 2003). Le risque de confrontation est d'autant plus important qu'une pénurie infirmière est observée dans tout le réseau de soins accueillant les personnes très âgées (Jaccard Ruedin et al., 2009) multipliant ainsi les risques de confrontation avec la mort par le nombre accru de prises en charge.

1.2 Evolution des pratiques soignantes

En 2006, les soignants représentaient 8% de la population active suisse et étaient au nombre de 195'000. La moitié d'entre eux étaient infirmiers et employés selon la répartition suivante : hôpitaux 60%, EMS 30% et les structures de soins à domicile 10% (Jaccard Ruedin et al., 2009). Dans le futur, cette répartition doit être repensée et ajustée au vu des projections de l'Observatoire de la santé (Obsan) concernant la hausse de besoins en soins de 2.4% en hospitalier, 31% en EMS et 20% en aide à domicile (Jaccard Ruedin et al., 2009). L'allongement de l'espérance de vie à la naissance, la volonté de raccourcir les séjours d'hospitalisation et de favoriser le recours aux soins de longue durée à domicile et en EMS impliquent des changements dans la prise en charge des personnes âgées. Par ces chiffres et en accord avec la politique de maintien à domicile en vigueur, il apparaît clairement que le développement des structures de soins domiciliaires aussi bien en terme d'offre en prestations qu'en ressources humaines est indispensable pour répondre aux besoins de soins de la population très âgée. Les EMS, qui assurent la continuité des soins lorsque les personnes présentent un degré élevé de dépendance, un fort taux de morbidité et pour qui les soins à domicile ne sont plus adaptés, seront également amenés à augmenter leurs effectifs en personnel pour répondre aux besoins de soins de cette population.

Bien que la Suisse vive déjà un contexte de pénurie infirmière, les prévisions concernant le besoin en personnel aggravent ce constat avec une augmentation de demande d'infirmiers passant de 13% à 25% d'ici 2020 (Jaccard Ruedin et al., 2009). Les scénarios démographiques futurs faisant état d'une hausse de 34% des personnes âgées de plus de 65 ans avec une hausse de seulement 4% pour la population active (Jaccard Ruedin et al., 2009) sont pris en compte dans ces prévisions. Considérant le pourcentage de besoins en personnel et l'augmentation des patients très âgés, le futur ratio entre personnel infirmier et personnes âgées démontre l'exigence d'un développement et ajustement des compétences infirmières afin d'optimiser les soins et la mobilisation des ressources en personnel (Jaccard Ruedin et al., 2009). On peut également noter que la pénurie attendue risque d'être d'autant plus importante que les secteurs prenant en soins les personnes âgées sont de faible attrait pour les infirmiers. Par conséquent, nous pouvons envisager un manque plus important de personnel dans les secteurs prenant en soins les personnes âgées tels que la gériatrie, les soins palliatifs, les EMS ou les soins à

domicile (Jaccard Ruedin et al., 2009 ; Simoens, Villeneuve & Hurst, 2005). Comme mentionné plus haut, il est difficile d'évaluer avec précision les besoins en personnel et les compétences à développer pour répondre à ces changements (Jaccard Ruedin et al., 2009). Les autorités suisses ne s'étant pas exprimées clairement à ce sujet, l'établissement d'une meilleure communication entre structures de soins et de formation mériterait d'être développé afin de coordonner les besoins en compétences exprimés par les lieux professionnels et la formation dispensée (Jaccard Ruedin et al., 2009). Afin d'amortir la pénurie du personnel infirmier, une revalorisation des soins aux personnes âgées et l'amélioration des conditions de travail sont des éléments indispensables pour accroître l'attractivité de la profession, conserver les infirmiers en poste et développer des compétences.

Les formations continues pouvant apporter des connaissances dans le domaine de l'accompagnement en fin de vie devront être promues dans toutes les structures susceptibles de prodiguer des soins à des personnes très âgées, notamment dans les soins à domicile et EMS afin de pouvoir répondre aux besoins de personnes toujours plus dépendantes et atteintes d'éventuelles comorbidités (Jaccard Ruedin et al., 2009). L'apprentissage des techniques de communication (Castra, 2003), les principes de la relation d'aide (Castra, 2003 ; Druhle, 2000) au même titre que les soins techniques sont des compétences qui constituent des réelles ressources face à une situation difficile et génératrice de stress telle qu'un accompagnement en fin de vie. L'acquisition de ces compétences et connaissances augmente la qualité des soins (Dussault & Dubois, 2003) et agit comme un facteur de protection chez l'infirmier qui, dans un contexte de contact fréquent avec la mort et de multiplicité d'accompagnements en fin de vie, présente un risque d'épuisement professionnel.

A continuation, nous retracerons l'historique des soins de fin de vie chez la personne âgée afin d'apprécier leur évolution depuis la création du mouvement de soins palliatifs. Ainsi nous décrirons le rôle infirmier tel qu'il est défini aujourd'hui et les risques de la promiscuité avec la mort, au regard des prévisions pour les 50 prochaines années.

2. Les soins de fin de vie chez la personne âgée

L'augmentation future du nombre de personnes très âgées, la politique de maintien à domicile et le phénomène de compression de la morbidité, participent à une institutionnalisation de personnes très âgées relativement proches de la mort. Les infirmiers des secteurs de soins prenant en charge les personnes très âgées tels que les soins à domicile, les EMS et l'hôpital, sont donc voués à être confrontés à la mort avec plus de fréquence.

Le terme de « soins palliatifs » est principalement associé à la fin de la vie et à la mort. En 2002, l'OMS (World Health Organization (WHO), 2014) les définit comme les soins qui prennent en charge les symptômes et la douleur d'une pathologie potentiellement mortelle, dans le but d'améliorer la qualité de vie. La mort y est perçue comme un processus physiologique dans lequel l'intervenant accompagne le patient en favorisant son autonomie et en lui apportant un soutien psychique et spirituel. Ces soins sont interdisciplinaires et leur planification couvre la période de transition entre la maladie en phase terminale et le décès (Castra, 2003). Dans la définition des soins palliatifs de l'OMS (World Health Organization, 2002), la notion de pathologie potentiellement mortelle est clairement évoquée (Jacquemin & De Broucker, 2014). Même s'il est vrai que les personnes âgées sont plus enclines à développer ce type de pathologies, on constate une majorité de personnes en bonne santé mais dont le grand âge, les comorbidités et la dépendance impliquent un risque élevé de décès (Hervy, Morize & Sachet, 2003). C'est pourquoi les personnes très âgées, qu'elles soient prises en soins à domicile, en EMS ou à l'hôpital, devraient avoir accès à des soins palliatifs gériatriques au même titre que les malades atteints de pathologies potentiellement mortelles (Sebag-Lanoë, 2003).

En Suisse, les soins palliatifs ne font pas encore partie de la politique de vieillesse de tous les cantons et ne sont pas encore officiellement intégrés dans les réseaux de soins, cependant ils y sont en constant développement (Martin, Moor & Sutter, 2010). Afin d'apprécier leur évolution à travers le temps et de mieux comprendre la direction de la tendance actuelle, nous procéderons à un bref historique des soins de fin de vie puis nous mettrons en évidence les aspects pouvant être appliqués chez les personnes âgées et les avantages qu'ils procurent à la pratique du rôle infirmier.

2.1 Historique

2.1.1 Les soins de fin de vie

Les rituels mortuaires sont pratiqués dans toutes les civilisations. Dans l'Antiquité, les mourants étaient pris en charge par leur propre famille. A l'époque, la maladie était considérée comme une punition divine et les médecins ne prodiguaient pas de soins aux mourants de peur que les Dieux les perçoivent comme une défiance (Saunders, 1993). Ce n'est qu'à partir du Moyen-Age, avec l'expansion du christianisme et l'ouverture d'hospices tenus par des religieuses, que les malades ont pu bénéficier de soins et d'un accompagnement spirituel (Saunders, 1993). Avec la création des hospices, la prise en charge péri-mortuaire n'a plus été exclusivement réservée à la famille. Désormais, les mourants avaient accès à des lieux autrefois réservés aux malades et aux pèlerins (Saunders, 1993).

Bien que les hospices déchargent les proches de la prise en charge des mourants, les derniers soins prodigués demeurent importants aux yeux des familles (Gueullette, 2008). Selon Twycross (1980), ces établissements sont les précurseurs des différents hospices fondés à Londres entre les années 1870 et 1887 comme le St Christopher par Cicely Saunders, ou le St Joseph, faisant du monde anglo-saxon le berceau des soins palliatifs.

En 1967, Saunders donne naissance à la médecine palliative en proposant une démarche pour l'accompagnement des personnes en fin de vie. Suite à la fondation de l'hospice St Christopher et à ses observations dans l'accompagnement de patients en fin de vie, elle relève la nécessité d'une prise en soins prenant en compte les dimensions émotionnelles, mentales, sociales et spirituelles ainsi qu'une gestion efficace des symptômes comme la douleur ou les troubles respiratoires (Clark & Centeno, 2006 ; Jacquemin & De Broucker, 2014). L'écoute attentive et la satisfaction des besoins de chacune de ces dimensions sont considérées par Saunders comme les bases essentielles de l'accompagnement de fin de vie en permettant de soulager la « souffrance totale » (Clark & Centeno, 2006 ; Jacquemin & De Broucker, 2014).

La recherche d'un meilleur confort pour les mourants au travers d'une meilleure gestion de la douleur ainsi que l'accompagnement psychologique, ont permis d'améliorer la qualité de vie des patients de l'hospice de St Christopher (Jacquemin & De Broucker, 2014). Ces résultats positifs ont permis une rapide expansion des soins aux mourants à travers le monde et le développement des soins palliatifs par

leur enseignement et la recherche. En 1974, les soins palliatifs sont en plein développement international avec notamment la création de la première unité de soins palliatifs par le Dr Balfour Mount à l'Hôpital Royal Victoria de Montréal ; le mouvement s'étend en Amérique du nord (Del Rio & Palma, 2007).

A Genève, Rosette Poletti, directrice de l'école d'infirmières du Bon Secours sensibilise les étudiants et les professionnels lors de conférences sur la philosophie des soins palliatifs puis le Centre de Soins Continus des Hôpitaux Universitaires de Genève (CESCO, HUG) s'initie à ce courant en 1979 (Rapin, 2002). C'est en 1986 que sera créée la première structure de consultation de la douleur au sein des HUG puis l'année suivante, le CESCO ouvrira une unité de 13 lits destinés aux soins palliatifs. Aujourd'hui, les soins palliatifs peuvent être proposés aussi bien à domicile que dans les EMS ou à l'hôpital.

2.1.2 Les soins palliatifs comme spécialité

Afin de poursuivre le développement et l'expansion de cette nouvelle spécialité médicale au niveau de la Confédération Helvétique, une stratégie nationale a été mise en place pour accentuer les soins, la formation, la recherche et le financement des soins palliatifs (OFSP) (Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), 2014a). Dans le but de généraliser l'accès à cette spécialité, l'initiative a été reconduite en 2013 et poursuit les objectifs des années précédentes avec la volonté nouvelle d'intégrer les soins palliatifs dans les prises en soins à domicile et autres structures comme les EMS (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2012 ; Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2014b).

Une enquête menée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (2012) au sujet de la santé des personnes âgées vivant en institution (ESAI), indique que seulement 13% des résidents en EMS sont concernés par une assistance en soins palliatifs pour l'année 2010. Ce pourcentage représente les personnes âgées atteintes de maladies potentiellement mortelles et qui nécessitent des soins de gériatrie palliative axés sur l'accompagnement de fin de vie de par leur grand âge.

Les pathologies chroniques, évolutives et impliquant une prise en charge dans des conditions spécifiques en phase terminale constituent la majorité des prises en soins sous un angle palliatif en EMS, d'autant plus avec l'effet de compression de morbidité sur les dernières années de la vie (Fries, 2005). Pourtant, nous avons vu précédemment que même s'ils ne souffrent pas de ce type de pathologies, la plupart

des résidents en EMS sont des personnes très âgées et vulnérables de par leur grand âge et comorbidités associées. Actuellement ces personnes ne sont pas considérées comme bénéficiaires des soins palliatifs alors qu'elles sont destinées à mourir, comme les autres et que l'accès aux soins palliatifs pourrait augmenter la qualité de l'accompagnement de la fin de leur vie (Hervy, Morize & Sachet, 2003).

Au vu des prévisions concernant le vieillissement démographique de la population, les infirmiers en exercice dans les structures prenant en soins des personnes très âgées seront confrontés à la mort au même titre que les infirmiers travaillant au sein des unités palliatives. Les soins palliatifs devraient donc être promus au sein de ces structures pour ainsi être accessibles aux personnes très âgées quelque soit leur type de prise en charge (domicile, EMS, hôpital). L'élargissement de l'enseignement de la philosophie palliative à tous les professionnels ayant un risque accru d'être confronté à la mort, permettrait un développement de leurs compétences pour ainsi améliorer la qualité et l'efficacité des soins de fin de vie. En effet, la démarche des soins palliatifs répond aux standards de qualité de fin de vie basés sur le « bien mourir », concept mettant en évidence les points nécessaires à une mort digne et socialement acceptable (Castra, 2003).

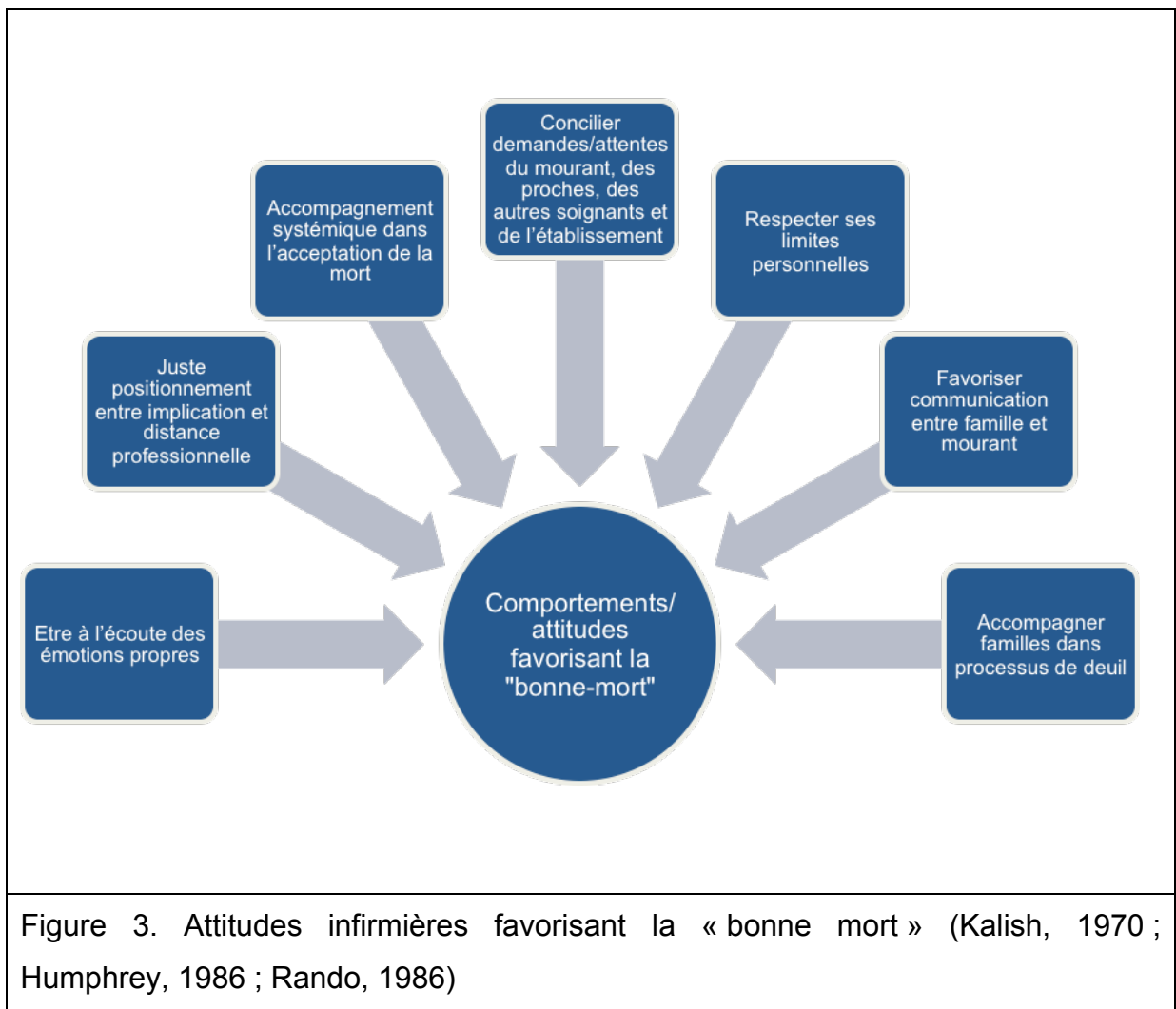
L'étude de Kabengele Mpinga, Chastonay, Salvi, Bondolfi et Rapin (2005) a exploré les perceptions de professionnels de la santé exerçant dans des EMS à Genève afin de définir les critères d'une « bonne mort » selon eux. Les résultats indiquent que soulager les douleurs et favoriser la sérénité chez le patient sont les critères les plus importants au moment de définir une « bonne mort » pour plus de 83% des soignants. Viennent ensuite la présence des proches, le respect des dernières volontés pour 77% d'entre eux, puis le soutien apporté par les professionnels, la possibilité de transmettre les valeurs et l'essentiel des expériences de la vie et le temps de préparation à la mort pour 70%. Les besoins spirituels, le choix du lieu, le maintien de la conscience et de la relation jusqu'au moment du décès ainsi que le contrôle des fonctions de l'organisme sont également considérés comme facteurs de « bonne mort » pour 50% d'entre eux (Kabengele Mpinga et al., 2005).

La gestion des symptômes physiques est étroitement liée à la discipline médicale. Elle constitue un travail interdisciplinaire qui permet d'ajuster les soins techniques à prodiguer. Concernant les soins relationnels, propres à la discipline infirmière, les travaux de Kalish (1970), Humphrey (1986) et Rando (1986) ont permis de mettre en

évidence les attitudes que l'infirmier doit adopter afin de favoriser une « bonne mort » (Figure 3).

En premier lieu, l'infirmier doit faire preuve d'une écoute attentive auprès du mourant et de ses proches afin de concilier les volontés de tous les partenaires de la prise en soins et favoriser un bon partenariat (Aunier et al., 2006). Dans ce sens, les avis des membres de l'équipe et les valeurs et philosophie de soins prônées par l'établissement doivent également être pris en compte. Le climat de communication engendré par ce partenariat favorise une prise en soins systémique permettant à l'infirmier d'accompagner le mourant et ses proches dans le chemin de l'acceptation de la mort (Aunier et al., 2006). En effet, il revient à l'infirmier de créer un espace permettant à chacun d'exprimer ses sentiments et finalement faire ses adieux. Une fois le décès survenu, son attention doit se centrer sur les proches afin de les accompagner dans leur processus de deuil (Aunier et al., 2006).

D'une façon plus personnelle, l'infirmier peut être touché par l'accompagnement en fin de vie de ses patients (Jacquemin & De Broucker, 2014). Dans le but de pouvoir gérer les émotions suscitées, Kalish (1970), Humphrey (1986) et Rando (1986) soulignent l'importance de les identifier, d'y faire face et de respecter ses limites personnelles. L'établissement d'une juste distance professionnelle transparaît ici comme essentielle pour maintenir la qualité des soins et prémunir l'infirmier d'un investissement émotionnel pouvant être source d'épuisement professionnel.



L'application et le respect des critères définissant la « bonne mort » ainsi que les tâches de l'intervenant inspirées par Kalish (1970), Humphrey (1986) et Rando (1986) permet aux infirmiers d'acquérir une meilleure résilience face aux émotions suscitées par l'accompagnement en fin de vie (Kastenbaum, 2011 ; Legault & Lauzier, 1993). Néanmoins, il convient de relever que les exigences socio-économiques, les prévisions démographiques et la qualité des ressources personnelles de chaque professionnel peuvent mettre en difficulté la mise en pratique de ces attitudes de prise en soins et, par conséquent, induire une série de facteurs de risques pouvant avoir des répercussions sur l'adaptation émotionnelle et sur la santé des infirmiers.

2.2 Implications pour les professionnels

L'augmentation du nombre de décès au sein des institutions médicalisées nécessite un développement de compétences relationnelles et nouvelles attitudes dans l'accompagnement des mourants (Kabengele Mpinga et al., 2005). Nous avons vu que les soins palliatifs et le concept de « bonne mort » sont des ressources pertinentes et devant être mobilisées auprès des personnes très âgées en vertu de leur grand âge et de leur proximité avec la mort, même si la majorité ne présente pas de pathologies évolutives et potentiellement mortelles (Castra, 2003 ; Hervy et al., 2003). Le concept de « bonne mort » et la démarche palliative permettent de proposer une conduite-à-tenir face à un accompagnement en fin de vie en laissant peu de place à l'improvisation pouvant être source de pratiques maladroites et inappropriées (Aunier et al., 2006).

En plus de l'observation et des surveillances cliniques permettant de prévenir et prendre en charge la douleur, multiples sont les attitudes et comportements dont les infirmiers doivent faire preuve afin de favoriser une « bonne mort » (Figure 3). Dans ce chapitre, nous allons les développer au travers de la définition des rôles que l'infirmier doit jouer dans l'accompagnement en fin de vie. Nous parlerons ensuite des obstacles pouvant interférer dans l'exercice du rôle infirmier, puis nous terminerons ce chapitre par les risques que l'accompagnement en fin de vie comporte chez les professionnels.

2.2.1 Rôle infirmier dans l'accompagnement en fin de vie

Lors de l'accompagnement en fin de vie, l'infirmier doit adopter une vision bio-psycho-sociale et spirituelle de la personne âgée. Les ressources et les limites présentées par le mourant doivent être évaluées et prises en compte par l'infirmier afin qu'il puisse ajuster ses interventions. D'autre part, l'environnement dans lequel la personne évolue que ce soit le domicile, un EMS où l'hôpital est également important dans la mesure où il doit être confortable et inspirer une certaine sérénité à la personne mourante et à son entourage (Aunier et al., 2006 ; Jacquemin & De Broucker, 2014). Au niveau social, une prise en charge systémique doit être adoptée par la considération des proches, qui doivent être aussi bénéficiaires de soins d'accompagnement dans le processus de deuil (Hétu, 1997). Les attitudes et comportements favorisant la « bonne mort » présentés dans le chapitre précédant

(Figure 3) respectent cette vision bio-psycho-sociale et spirituelle. A continuation, nous allons développer ces notions en mettant en évidence le rôle infirmier envers le patient et ses proches ainsi que le rôle infirmier envers soi-même et l'équipe soignante.

2.2.1.1 Rôle infirmier envers le patient et ses proches : une approche systémique

Respecter le concept de « bonne mort » permet de diminuer la détresse engendrée par l'approche de la mort chez le patient, ses proches et le personnel soignant. Une prise en charge systémique, c'est-à-dire incluant tous les partenaires de la prise en soins, permet de favoriser une meilleure transition entre la vie et la mort aussi bien pour le patient que pour ses proches et les soignants (Legault & Lauzier, 1993). Selon Kastenbaum (2011), la satisfaction des besoins et attentes des partenaires de soins passe par la promotion d'une certaine qualité de vie lors des derniers instants de la vie.

Apporter une réponse à la douleur, la déshydratation, aux troubles du comportement, du sommeil, de la respiration, de l'élimination et aux problèmes cutanés contribue à la bonne gestion des symptômes inhérents à la fin de la vie, et il relève du rôle de l'infirmier de faire part de l'inconfort du mourant au médecin (Aunier et al., 2006). Cette prise en charge, en interdisciplinarité avec le corps médical et autres intervenants comme les physiothérapeutes, permet de maintenir une certaine qualité de vie physique. Il est tout aussi important d'approcher le patient en prenant en compte ses particularités, ses habitudes de vie, ses demandes et ses besoins afin d'offrir des soins respectueux et dignes (Aunier et al., 2006). S'adapter à son rythme, le rassurer aussi bien par le verbe que par le geste et peser les bénéfices et inconvénients de chaque intervention contribuent à atteindre l'objectif principal des soins de fin de vie ; le confort du mourant (Aunier et al., 2006).

Les besoins psychiques et spirituels sont à considérer avec une attention particulière. A l'approche de la mort, nombreuses sont les émotions par lesquelles le mourant passe ; la tristesse, la dépression, la colère, la honte, la peur, la joie, l'anxiété, l'angoisse, le sentiment d'impuissance, le sentiment de solitude, la culpabilité face à des conflits non-résolus, les regrets et la peur de l'abandon. Ces émotions apparaissent comme une réponse aux différents deuils et pertes de rôles auxquels la personne très âgée doit faire face au cours de sa fin de vie (Aunier et al., 2006). La gestion de ces émotions est source d'une activité psychique intense chez la personne mourante. La présence, la communication et la relation d'aide sont les

outils indispensables pour l'élaboration d'une réponse satisfaisant les besoins psychiques et spirituels (Aunier et al., 2006).

Le soin infirmier, basé sur les diagnostics infirmiers, doit prendre en compte tous les partenaires de soins en particulier le mourant et ses proches. Des compétences dans l'écoute et dans la communication sont donc indispensables (Aunier et al., 2006). La communication occupe une grande place au sein de la prise en soins et se révèle indispensable dans une prise en charge systémique. Lorsque nous parlons de communication, nous faisons directement référence au langage verbal. Or, il existe d'autres façons de communiquer regroupées dans le terme de langage non-verbal comme le regard, la voix, le toucher, le goût, l'odorat, les gestes et l'observation des silences (Aunier et al., 2006 ; Castra, 2003). Les deux types de communication sont tout aussi pertinents l'un que l'autre et complémentaires. En effet, le langage non-verbal nous permet d'apprécier visuellement le degré d'inconfort chez le mourant qui pourrait ne pas être en mesure de mettre en mots sa souffrance en raison d'une perte fonctionnelle ou de son état de santé (Aunier et al., 2006).

Nous pouvons percevoir au travers de la communication, l'importance des rôles joués par la présence, la disponibilité, l'écoute et l'adaptation au rythme du patient. Prêter une écoute active au mourant et à ses proches permet d'ajuster et affiner la prise en soins. Les objectifs peuvent être établis d'une façon plus réaliste et l'information et la consultation des proches permet d'établir une communication et nouer un lien de confiance ayant des effets bénéfiques sur tous les partenaires (Aunier et al., 2006 ; Castra 2003 ; Prayez, 2009). L'observation, le dialogue et l'écoute du patient et de ses proches permettent à l'infirmier de déceler un éventuel inconfort et d'offrir des soins dans le respect de l'autonomie de ces derniers (Aunier et al., 2006).

L'information donnée au patient et à son entourage au sujet de l'évolution de sa santé fait également partie des données à communiquer. L'infirmier doit s'assurer de leur bonne compréhension et faire usage des techniques de reformulation en cas de besoin (Aunier et al., 2006). En effet, la maîtrise de la situation est nécessaire pour la prise de décisions et contribue à maintenir l'autonomie. Bien que la fin soit proche, une telle démarche a des effets positifs sur le patient qui voit son autodétermination conservée. L'impuissance ressentie par la personne face à la mort est alors

remplacée par un sentiment de contrôle et de maîtrise de la situation qui contribuent au maintien de l'estime de soi (Aunier et al., 2006 ; Hétu, 1997).

La communication est donc une compétence infirmière à part entière, nécessaire à l'identification des changements dans l'état de santé. Elle peut être développée par l'apprentissage de techniques comme la reformulation ou la relation d'aide (Aunier et al., 2006). La relation d'aide repose sur les principes suivants ; respect, écoute active, empathie et authenticité dans le discours et la relation à l'autre. Elle se base sur les ressources du patient et peut revêtir un caractère formel ou informel. A terme, un effet thérapeutique aussi bien auprès du patient que de ses proches peut être observé (Aunier et al., 2006).

Il peut arriver que les proches et le mourant n'arrivent pas à entrer en relation. Dans ce type de cas, il revient à l'infirmier de créer un climat favorable à la communication entre le mourant et ses proches, d'autant plus si la demande émane d'eux ou qu'il existe une situation de conflit (Aunier et al., 2006). En cas de communication verbale altérée, l'infirmier doit élaborer des stratégies afin de pouvoir communiquer avec le patient et favoriser les échanges entre le patient et ses proches. Pour l'évaluation du confort physique, des hétéro-évaluations de la douleur ou l'observation de la communication non-verbale (crispation du visage, position antalgique) permettent de répondre à ce symptôme. Concernant la communication avec les proches, les informer des raisons pour lesquelles leur proche ne communique plus et leur proposer d'autres approches contribue au maintien du lien social et affectif (Aunier et al., 2006). Par exemple, émettre la possibilité qu'ils puissent participer à certains soins encourage les proches à entrer en relation avec leur être cher.

Le climat de communication engendré par ce partenariat favorise une prise en soins systémique permettant à l'infirmier d'accompagner le mourant et ses proches dans le chemin de l'acceptation de la mort (Aunier et al., 2006 ; Kastenbaum, 2011). Selon les professionnels, un bon accompagnement est celui qui permet au mourant d'atteindre l'acceptation de sa mort. Tenir compte des dimensions psychologiques et spirituelles est donc nécessaire dans l'approche d'un patient en fin de vie, ceci permettant de créer des conditions propices à une mort plus sereine (Castrà, 2003). Lorsque la mort est imminente, la détresse vécue peut induire des sentiments négatifs chez le mourant comme la colère ou le sentiment d'abandon. Il en va de même pour les proches qui peuvent ressentir une appréhension en présence de leur

proche mourant par peur de le voir souffrir et de déceler les symptômes annonçant la fin de la vie (Aunier et al., 2006). Répondre aux questions posées par les proches, les soutenir et les rassurer au sujet d'observations physiques ayant pu heurter leur sensibilité est essentiel à l'accompagnement des proches. A travers ce dialogue, l'infirmier valorise leur rôle auprès du mourant et les aide dans la gestion de leurs émotions (Aunier et al., 2006).

Concernant la colère et l'abandon ressentis par le mourant, l'expression de ces émotions a essentiellement lieu envers les soignants et les proches, personnes les plus présentes auprès de lui (Hétu, 1997). Ces sentiments font partie du processus normal de deuil menant à l'acceptation (Kübler-Ross, 1969) et la mise à disposition de temps pour l'accompagnement par les soignants est indispensable à l'atteinte de cet objectif (Hétu, 1997). Cette étape de la prise en soins vise le rétablissement d'un sentiment d'appartenance au monde des vivants et l'accompagnement dans la quête du sens de la vie (Aunier et al., 2006). Selon Weisman (1988), l'acceptation passe par quatre étapes ; la prise de conscience de la mort imminente, l'acceptation de celle-ci puis finalement, l'arrivée du trépas au moment idéal et dans un contexte respectueux des valeurs communes au patient et à ses proches. Si les proches souhaitent être présents à l'agonie, l'infirmier doit se montrer disponible et proposer de les guider dans cette étape (Aunier et al., 2006). Une fois le décès survenu, son attention doit se centrer sur les proches afin de les accompagner dans le processus de deuil en favorisant l'expression de leur sentiments afin qu'ils parviennent à l'acceptation du décès (Kastenbaum, 2011 ; Hétu, 1997).

Finalement, le respect des dernières volontés et des rites religieux, la prise en compte des souhaits des proches au moment du trépas ainsi que le choix des vêtements avant le transport de la dépouille par les services funéraires sont des aspects importants. L'établissement d'un bon partenariat et d'une bonne communication entre le mourant, les proches et les soignants permettent d'aborder ces aspects avec plus d'aisance (Aunier et al., 2006). Cette prise en charge, bien qu'elle ait des effets bénéfiques sur tous les partenaires de soins, peut se révéler difficile pour l'infirmier devant faire face à une lourde charge de travail (Kastenbaum, 2011).

2.2.1.3 Rôle infirmier envers soi et envers l'équipe soignante

Une qualité des soins optimale repose sur une bonne communication et collaboration au sein de l'équipe (Aunier et al., 2006). L'interdisciplinarité joue également un rôle important, notamment dans la collaboration entre les infirmiers et les aides-soignants qui apportent des observations précieuses. L'équipe soignante poursuit donc l'objectif commun de mener à bien le projet de soins établi pour le patient (Aunier et al., 2006). A cette fin, la communication, l'organisation, l'évaluation du travail d'équipe et les formations professionnelles et continues permettent d'atteindre les buts fixés et d'optimiser la qualité de prise en charge. La gestion efficace des symptômes liés à la physiologie du mourir et l'atteinte d'un état de paix et sérénité de la part du mourant par la prise en compte de la dimension spirituelle contribuent à atténuer la violence que peut constituer une fin de vie auprès de l'intervenant et la désorganisation qu'elle implique au sein d'une équipe soignante (Castra, 2003 ; Hétu, 1997 ; Kabengele Mpinga et al., 2005 ; Kastenbaum, 2011 ; Legault & Lauzier, 1993). D'autre part, des compétences en communication et la maîtrise de certaines techniques comme la reformulation ou la relation d'aide sont nécessaires. Aussi, les projets de relation d'aide entrepris avec le patient doivent être partagés et discutés en équipe afin de garder une cohérence dans la prise en soins (Aunier et al., 2006). Le partage des perceptions de chaque membre au sujet des soins et les débats menés permettent l'ajustement des objectifs et interventions au plus près des besoins du mourant et de son entourage (Hétu, 1997). Après le décès, une analyse collective des soins prodigués permet de prendre du recul et d'évaluer l'efficacité des interventions (Hétu, 1997). Ainsi, pour chaque membre, le reste de l'équipe doit être perçu comme un lieu de partage et une source d'enrichissement professionnel (Aunier et al., 2006).

Nous avons vu que la création d'un lien significatif avec le mourant fait partie intégrante de la prise en charge. La naissance d'émotions et sentiments personnels est donc inévitable aussi bien dans la relation entretenue avec le patient qu'avec ses proches (Jacquemin & De Broucker, 2014). En effet, lors des soins une certaine proximité s'installe entre l'infirmier, le mourant et ses proches (Aunier et al., 2006). La sollicitation du mourant et de son entourage devient d'autant plus importante que la situation de santé s'aggrave et que le moment du décès approche (M'Uzan, 1977). La détresse vécue par le mourant à ce moment précis agit sur tous les partenaires de soins de façon systémique. Chez les soignants, l'agonie et le trépas réveillent les

angoisses personnelles face à la mort et rendent compte de leur propre mortalité (Aunier et al., 2006). Dans le but de pouvoir gérer les émotions suscitées, Kalish (1970), Humphrey (1986) et Rando (1986) soulignent l'importance de les identifier, d'y faire face et de respecter ses limites personnelles. Afin d'y parvenir, la verbalisation (Jeudy-Ballini & Voisenat, 2004) des affects au sein de l'équipe ou dans un groupe de parole est nécessaire. L'analyse de la pratique et l'évaluation des stratégies mobilisées pour y faire face, permettent d'élever la qualité des soins (Hétu, 2005) et d'accéder à une meilleure gestion des émotions propres, indispensable à l'exercice du rôle infirmier (Le Breton, 1998, Canouï & Mauranges, 2001 ; Vaillant, 1990). En effet, mettre en mots les émotions vécues et les partager à l'équipe invite à échanger et s'enrichir de l'expérience des autres pour ainsi renforcer la qualité de l'accompagnement (Aunier et al., 2006).

L'établissement d'une juste distance professionnelle transparaît ici comme essentielle pour maintenir la qualité des soins et prémunir l'infirmier d'un investissement émotionnel pouvant être source d'épuisement professionnel.

L'intervenant, afin de conserver sa santé et sa pleine capacité à prodiguer des soins de qualité, doit avoir conscience de son rôle d'accompagnateur et non d'acteur. Il doit être en mesure d'exercer son rôle tout en acceptant les sentiments de solitude et de détresse propres au contexte de la fin de vie. Une attention particulière aux questionnements et inquiétudes du patient doit être prêtée mais la conservation d'une distance professionnelle juste est indispensable pour éviter une implication affective au-delà de ce qui est nécessaire à la relation de soins et l'évaluation des besoins exprimés par le patient (Kastenbaum, 2011).

2.2.2 Risques pour les infirmiers

Au-delà des soins consignés dans le cahier des charges, les éléments cités ci-dessus décrivent le rôle infirmier dans l'accompagnement en fin de vie des personnes âgées aussi bien à domicile, en EMS qu'à l'hôpital. Le décalage existant entre ce qui relève du rôle et ce qui peut réellement être fait s'explique par des limitations organisationnelles et institutionnelles, collectives et individuelles. Ces dernières constituent des facteurs de risque en terme de qualité des soins et ont une incidence sur la santé des infirmiers (Kastenbaum, 2011).

Au niveau institutionnel et organisationnel, la pénurie des soignants (Heinz, 2004 ; Janiszewski Goodin, 2003 ; Simoens, Villeneuve & Hurst, 2005) et le vieillissement

de la population (Höpflinger et al., 2011) indiquent une augmentation du risque de confrontation des infirmiers face à la mort. Le risque de confrontation est d'autant plus important que la pénurie infirmière est particulièrement observée dans tout le réseau de soins accueillant les personnes très âgées (Jaccard Ruedin et al., 2009), multipliant ainsi les risques de confrontation avec la mort par le nombre accru de prises en charge.

Ces prévisions risquent de dégrader les conditions de travail de la profession infirmière qui est de plus en plus entachée par la notion de productivité. En effet, les soignants sont tenus d'effectuer une charge de travail conséquente dans un temps restreint (Kastenbaum, 2011). Ce rythme de travail se répercute sur le patient et son entourage, compromettant le temps dont l'infirmier devrait disposer pour accompagner la personne âgée et ses proches et répondre à leurs besoins relationnels (Prayez, 2009). Effectuer les soins « à la tâche » et se refuser d'entrer en relation pour ne pas souffrir, sont les répercussions de la souffrance chez l'infirmier qui peut se sentir constamment divisé entre les soins et les contraintes administratives imposées par l'institution et l'impossibilité de remplir pleinement ces deux rôles. Le sentiment de culpabilité engendré par cette ambivalence peut ébranler l'identité professionnelle et occasionner des dysfonctionnements dans les soins prodigués (Prayez, 2009). Pourtant, nous avons vu que l'établissement d'une relation signifiante avec le mourant et la considération des dimensions psychiques et spirituelles sont nécessaires pour favoriser une « bonne mort » (Kalish, 1970 ; Humphrey, 1986 ; Rando, 1986). De plus, les soins relationnels au patient et à ses proches relèvent du rôle infirmier au même titre que les soins techniques et sont indispensables pour un accompagnement de fin de vie de qualité. Le manque d'effectif en personnel, la charge de travail et le phénomène de rotation des équipes selon les horaires impartis rendent difficile l'établissement d'une relation signifiante et diminuent la qualité des soins relationnels aux proches également (Kastenbaum, 2011). Les infirmiers sont donc soumis à une ambivalence maintenue par l'institution qui exige des soins de qualité et personnalisés tout en pratiquant une politique de restrictions de personnel suite à la pénurie et au contexte socio-économique actuels. L'idée de productivité est renforcée par le changement de statut de patient à « client », appellation de plus en plus préconisée par les institutions dans le but d'inculquer un devoir d'efficacité et de qualité auprès de son personnel (Prayez, 2009).

Au niveau collectif, l'organisation et la répartition des soins au sein de l'équipe soignante influencent considérablement les conditions de travail de l'infirmier. En effet, la dépendance et la vulnérabilité des patients très âgés demandent un travail intense et parfois pénible selon la nature des soins à prodiguer. Malgré un partage de la charge de travail en tenant compte, lorsque ce cela est possible, des souhaits et limites de chacun, le risque accru d'être confronté à la mort et la gestion des émotions du patient et de ses proches sont des facteurs de risque pouvant placer l'infirmier en difficulté émotionnelle (Castra, 2003). En effet, la cadence de travail et le manque de temps à disposition peuvent constituer un obstacle à l'exercice du rôle infirmier envers soi qui consiste à être à l'écoute de ses émotions et d'établir une juste distance professionnelle.

Dans ce contexte, l'équipe soignante est une ressource précieuse. Un bon climat de communication et l'adhésion commune aux critères définissant la « bonne mort », permettent aux soignants de se transmettre des informations, d'analyser leur pratique et de se soutenir lors de situations complexes (Castra, 2003). A défaut de ces conditions, non seulement la prise en soins perdra en cohérence et verra sa qualité diminuée (Aunier et al., 2006), mais les infirmiers seront également plus à risque d'être en souffrance par l'intériorisation de leurs émotions. Des dissidences au sein de l'équipe soignante et médicale concernant la prise de décisions peuvent également naître et rendre la collaboration difficile (Castra, 2003 ; Kastenbaum, 2011).

Des facteurs intrinsèques au contexte du patient peuvent influencer l'exercice du rôle infirmier. Au niveau physique, les soignants sont amenés à prodiguer des soins dans le but de pallier aux dégradations avancées du corps provoquées par la physiologie de la mort. Les escarres, la raideur, les altérations de la fonction respiratoire et les sécrétions corporelles diverses demandent des soins de nature technique ayant également une charge émotionnelle sur l'intervenant (Prayez, 2009). En effet, ces actes infirmiers sont souvent sujets à induire une certaine répulsion dont il faut maîtriser l'expression face au mourant afin de conserver une attitude bien-traitante (Castra, 2003). D'autre part, les éventuelles difficultés de gestion des symptômes tels que la douleur (World Health Organization (WHO), 2013) peuvent aussi être une difficulté au moment de répondre aux besoins et attentes du mourant et de ses proches. L'impuissance et le sentiment de culpabilité générés par l'impossibilité de satisfaire ces besoins (Aunier et al., 2006 ; Prayez, 2009 ; Sonkin, Lacour & Dubus-

Duparlor, 1996) et le travail émotionnel engendré par la réalisation de ces soins peuvent constituer un risque d'épuisement professionnel.

La confrontation fréquente de l'infirmier à la mort (Höpflinger et al., 2011) implique une sur-sollicitation émotionnelle et peut conduire à l'épuisement lorsque celle-ci n'est pas modérée (Castra, 2003). La multiplicité des décès et l'accompagnement des proches en deuil demandent un engagement de la part des soignants pouvant basculer dans un surinvestissement émotionnel délétère aussi bien pour l'individu que pour le collectif, d'autant plus si les moyens humains ou l'efficacité des traitements ne sont pas suffisants (Castra, 2003).

De faibles connaissances et un manque d'expérience dans l'accompagnement de fin de vie favorisent une prise en soins basée sur le ressenti et l'intuition (Aunier et al., 2006 ; Héту, 1997). Toutefois, l'approche du mourant par une démarche palliative, incluant les techniques de relation d'aide et de reformulation permettent à l'infirmier d'agir selon un cadre défini (Aunier et al., 2006). L'acquisition et la maîtrise de ces compétences favorisent l'établissement d'une juste distance professionnelle nécessaire à des soins de qualité et prévenant le risque de surinvestissement affectif (M'Uzan, 1977). Lorsque la distance professionnelle ou le détachement affectif dans la relation soignant-soigné n'est pas adéquate, la prise en soins peut être une source de souffrance chez l'infirmier (Castra, 2003 ; Kastenbaum, 2011). En effet, la relation d'aide rapprochant directement l'infirmier au vécu du patient implique un travail émotionnel double ; la gestion des émotions du patient et la gestion des émotions propres. Ainsi, l'analyse de la pratique et l'identification des émotions personnelles apparaissent ici comme essentielles (Drulhe, 2000) à l'élaboration d'une juste distance professionnelle. Sans un travail d'analyse et d'identification des comportements et attitudes adoptées, l'infirmier est à risque de développer des stratégies d'adaptation inefficaces (Héту, 1997).

Face à ces difficultés, l'équipe soignante est considérée comme une ressource et un soutien. En cas de dysfonctionnement de l'équipe (Castra, 2003) la communication entre pairs peut être détériorée, ayant pour effet de rétracter l'infirmier dans son besoin de partager son expérience avec ses collègues. Le manque de communication peut également venir de l'infirmier n'ayant pas été initié à l'analyse de la pratique lors de sa formation initiale (Castra, 2003). En effet, l'introversion des émotions et la répétition de soins difficiles s'accumulent sous forme de tension

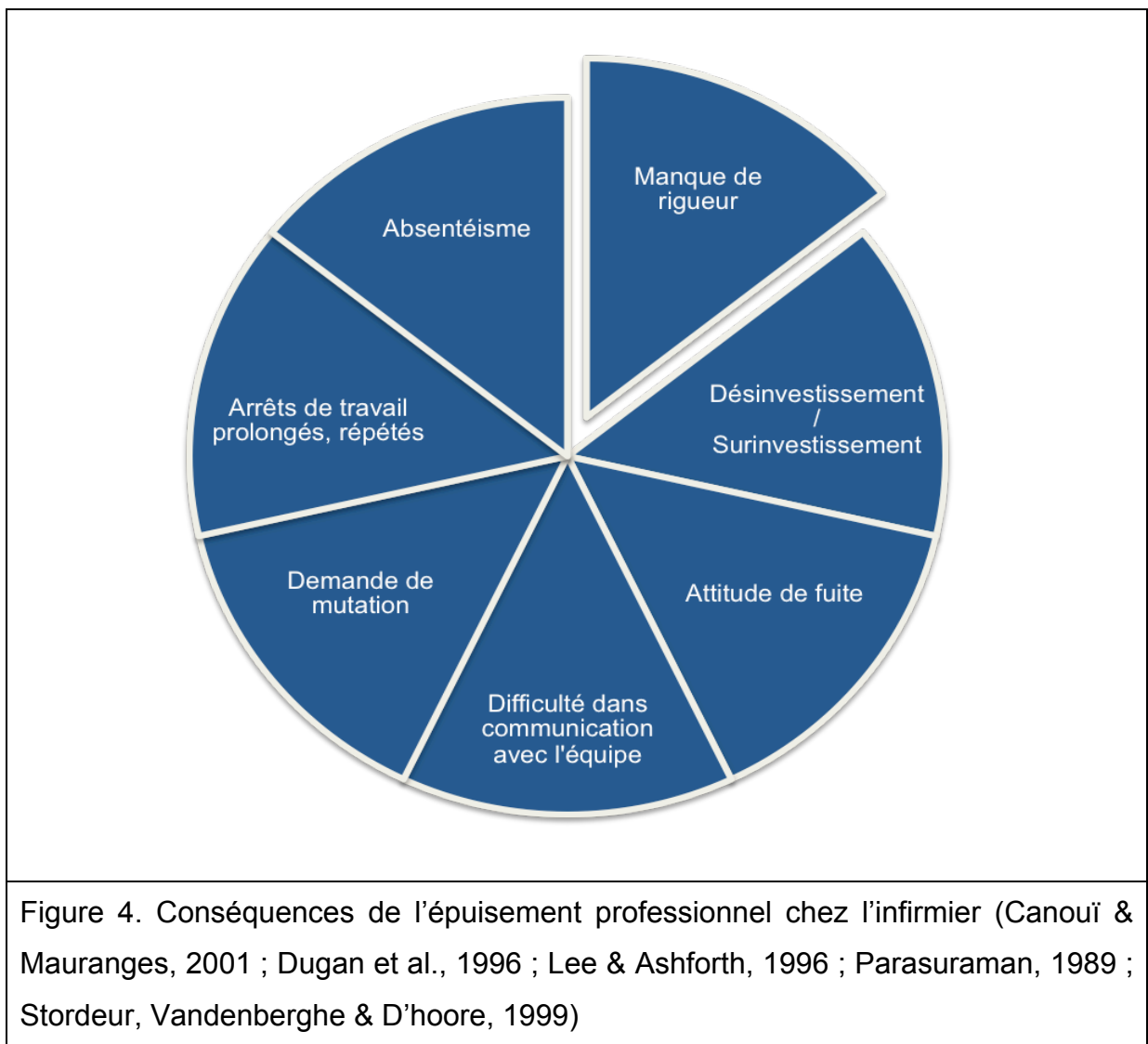
psychique qui, lorsqu'elle n'est pas identifiée et analysée, cause une souffrance chez le soignant.

La confrontation permanente aux limites de la vie humaine constitue une source de questionnement autour du sens de la vie et génère un sentiment d'impuissance chez des professionnels ayant reçu une formation exclusivement axée sur les aspects curatifs des soins (Aunier et al., 2006). L'impuissance pouvant être ressentie face à la mort d'une personne âgée demande une énergie conséquente pour pouvoir y faire face. Sans prise de recul par l'analyse de sa pratique et de ses émotions, l'infirmier peut être amené à éprouver un sentiment ambivalent d'impuissance-omnipotence ainsi qu'un sentiment de frustration et de culpabilité lié à la croyance de ne pas avoir tout mis en œuvre pour repousser la mort (Kuhn, Delacanal & Jung, 2011). Pour les soignants ayant établi une relation signifiante avec le malade, accomplir les soins post-mortem (Blum, 2006) peut s'avérer difficile et heurter la sensibilité des intervenants compte tenu de l'*algor mortis*, du *livor mortis* et du *rigor mortis* lors de la manipulation d'un corps inanimé (Delaune & Ladner, 2010). Cependant, ces derniers actes sont perçus par la plupart des soignants comme bénéfiques pour l'atteinte d'un sentiment d'avoir accompli un accompagnement complet et de qualité (Gueullette, 2008).

Les limites organisationnelles et institutionnelles, collectives et individuelles développées ici, constituent des obstacles à l'exercice du rôle infirmier. Afin de faire face à ces obstacles, le soignant est contraint de fournir plus d'efforts pour effectuer les mêmes tâches, causant chez lui une fatigue intense. Cette constante demande en énergie conduit à la déshumanisation des soins dans la relation au patient et à son entourage et provoque chez l'intervenant une dévalorisation de soi et un faible sentiment d'accomplissement personnel (Halbesleben & Buckley, 2004 ; Canouï & Mauranges, 2001). L'identité professionnelle et l'estime de soi de l'infirmier peuvent être également affectées et conduire à l'épuisement professionnel.

Une certaine maîtrise des émotions et une résistance aux situations pouvant être sources de souffrance sont donc nécessaires (Le Breton, 1998, Canouï & Mauranges, 2001). Afin d'y parvenir, les infirmiers élaborent des stratégies cognitives et comportementales. Dans le cas d'une adaptation inefficace ; les sentiments d'impuissance, d'inutilité et d'absence de contrôle (Castra, 2003) peuvent mener l'infirmier à l'épuisement professionnel. En nuisant à la santé de l'infirmier,

l'épuisement professionnel influence négativement sa performance, son sens de la responsabilité, la qualité des soins et son implication au sein de l'institution. Il peut également amener l'infirmier à surinvestir ou désinvestir l'exercice de son rôle. D'autre part, il diminue sa satisfaction au travail et augmente le taux d'absentéisme, et de turn-over (Dugan et al., 1996 ; Lee & Ashforth, 1996 ; Parasuraman, 1989 ; Stordeur, Vandenberghe & D'hoore, 1999). Canouï et Mauranges (2001), parlent également d'un comportement d'évitement et de difficultés de communication au sein de l'équipe (Figure 4).



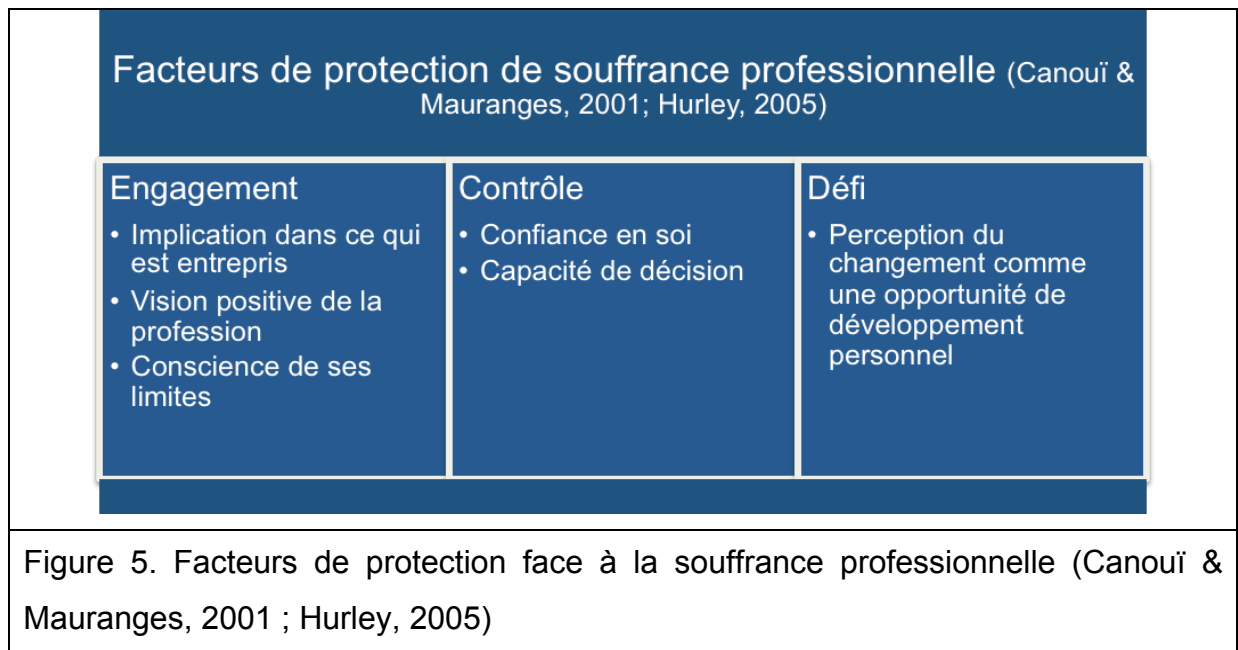
Ces différentes conséquences constituent un défi pour le futur de la profession et indiquent la nécessité pour l'infirmier de moduler l'usage des processus de défense et de développer des stratégies d'adaptation face à la mort de la personne âgée.

3. L'adaptation des infirmiers dans les soins de fin de vie

La confrontation fréquente des infirmiers aux décès des personnes âgées peut constituer une source de souffrance. Ce contexte, provoqué par la multiplicité des prises en soins et une forte mobilisation émotionnelle, implique une charge de travail qui empêche la visibilité du niveau d'expertise de l'infirmier (Castra, 2003).

A terme, l'identité infirmière et l'estime de soi peuvent être touchées, avec de graves conséquences sur le quotidien comme l'épuisement professionnel. Ce dernier peut être favorisé par une insatisfaction de l'infirmier vis-à-vis des soins qu'il a prodigués lors de l'analyse de sa pratique, entraînant des sentiments de culpabilité et de frustration. D'autre part, l'impossibilité de partager le vécu avec l'entourage et d'être entendu par des personnes externes au monde médical provoque chez les soignants un sentiment d'isolement social ayant des répercussions sur leur satisfaction au travail. (Castra, 2003).

Pour exercer dans les métiers de la santé, une certaine maîtrise des émotions est exigée dans le but de favoriser les comportements et attitudes adéquats et prévenir les risques de déshumanisation dans les soins (Le Breton, 1998). La plupart des soignants jouissant de cette capacité présentent également trois caractéristiques agissant comme facteurs de protection face au risque d'épuisement professionnel (Figure 5) (Canoui & Mauranges, 2001 ; Hurley, 2005). La première est la notion d'engagement qui dénote d'une forte implication dans les projets entrepris, facilitée par une vision positive de la profession et la conscience des limites personnelles. Le sentiment de contrôle est également un facteur de protection qui se définit par une grande capacité de décision et une bonne confiance en soi. La troisième est le sens du défi, défini par une perception du changement comme étant une opportunité de développement personnel.



Bien que ces facteurs de protection aient un effet positif sur la maîtrise des émotions, lors d'une situation déstabilisante, l'usage de stratégies d'adaptation est indispensable pour faire face, maintenir l'équilibre psychique et ainsi poursuivre l'activité professionnelle (Castra, 2003 ; Lazarus, 1966 ; Prayez, 2009). Cependant, la méconnaissance du facteur déclenchant ou une réponse émotionnelle en excès peuvent conduire à un syndrome d'épuisement professionnel (Prayez, 2009).

3.1 Mécanismes de défense et processus de *coping*

Selon le contexte de l'accompagnement, le soignant peut être amené à ressentir une multitude d'émotions telles que l'anxiété, l'impuissance ou encore la frustration. Pour faire face au stimulus agresseur et poursuivre les soins, des mécanismes de défense se mettent en place afin de diminuer la tension psychique engendrée (Blum 2006 ; Ruszniewski, 1995).

Les mécanismes amorcés dans ce type de situations peuvent être de nature involontaire et inconsciente, par l'usage de mécanismes de défense répondant à des pulsions (Freud, 1896) ; ou de nature volontaire et consciente par le processus de *coping* permettant le choix d'une réponse jugée comme adéquate (Chabrol, 2005 ; Fleishman, 1984 ; Folkman & Lazarus, 1988 ; Lazarus & Folkman, 1984).

Les mécanismes de défense résultent de la pensée psychanalytique alors que le *coping* est plutôt basé sur une approche cognitive et comportementale (Luminet, 2002). En dépit de cette différenciation théorique, les deux processus sont étroitement liés lors de l'élaboration d'une réponse à un stimulus.

Les mécanismes de défense étant d'origine pulsionnelle et donc involontaires et inconscients, la psychanalyse se présente comme la seule approche possible. En effet, la vision psychodynamique vise l'identification de la source de souffrance mais ne propose pas d'interventions vis-à-vis de celle-ci. C'est pourquoi, nous avons décidé de nous concentrer sur l'approche cognitive et comportementale du *coping* qui, basée sur les réponses à des stimuli, nous permet de proposer des moyens de modifier et d'améliorer les stratégies mobilisées de manière volontaire et consciente.

3.1.2 Processus de *coping*

Le concept de *coping* (Lazarus & Launier, 1978) se définit par l'échange constant qu'il existe entre le sujet et son environnement (modèle transactionnel). Il concerne les processus élaborés face à un stimulus vécu comme offensif (stresseur) dans le but de moduler l'impact de ce dernier sur l'équilibre psychique (Canouï & Mauranges, 2001 ; Luminet, 2002 ; Ray, Lindop & Gibson, 1982). Il existe différentes catégories des stratégies de *coping*. Dans ce travail, le choix s'est porté sur la vision classique du concept, à savoir le modèle binaire de Lazarus (Luminet, 2002 ; Piquemal-Vieu, 2001) définissant les stratégies comme pouvant être de nature active avec une confrontation à la situation et la recherche de solutions, ou de nature passive et

donner lieu à des comportements d'évitement (Prayez, 2009). Ici, ce choix s'argumente par le souhait de mettre en évidence ces deux notions principales et communes à tous les modèles.

Le travail d'identification, de reconnaissance et de compréhension des émotions ressenties et des réponses mises en œuvre est essentiel à l'élaboration de réponses adéquates (Drulhe, 2000 ; Prayez, 2009). Le *coping*, processus cognitivo-comportemental influencé par l'expérience, constitue une ressource importante dans l'ajustement de ces réponses. Lors de ce processus, le sujet est invité à prendre conscience de tous les éléments du contexte le mettant en difficulté et à mobiliser les ressources dont il dispose afin d'y faire face (Corr, 1992).

Le caractère transactionnel de cette approche implique la prise en compte de facteurs individuels et situationnels concernant l'orientation des processus de *coping*. Le degré de perception de la menace avec les notions de *monitoring* dans la cas d'une perception consciente et « blunting » dans le cas où le sujet n'a pas conscience de la menace encourue (Miller, 1981). La prévisibilité de l'issue de la situation, le degré de contrôle, le degré de menace de la situation puis finalement les traits de personnalité définissent l'orientation de l'infirmier vers une stratégie de confrontation ou d'évitement (Luminet, 2002).

3.1.2.1 Stratégies actives : la confrontation

La confrontation est un mode de stratégie de *coping* intervenant lors de la perception consciente d'un stresser ; on appelle ceci le *monitoring*, notion développée par Miller (1981). Deux réponses peuvent être élaborées : la vigilance qui est le fait d'anticiper et de se focaliser sur une émotion/souffrance liée à un stimulus qui n'a pas encore eu lieu, ou la recherche active d'une solution par la sollicitation de soutien au sein d'un groupe (Luminet, 2002). A court terme, cette dernière stratégie ne constitue pas la meilleure des réponses en terme de soulagement de tension psychique, mais elle se révèle plus fonctionnelle sur le long terme (Luminet, 2002). Cette stratégie peut être mise en œuvre plus fréquemment lorsque le sujet exerce un certain contrôle sur la situation (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

Dans ce type de *coping*, l'infirmier fait face à la situation en se concentrant sur la source de difficultés et les ressources dont il dispose tout en prenant en compte de

ses propres réactions face au stresser (Wegner & Pennebaker, 1993). Le but principal de ce processus étant de trouver une solution face au contexte.

Lors de l'accompagnement d'une personne âgée en fin de vie, l'infirmier peut éprouver du stress ou de la souffrance dans sa relation au mourant. En effet, accéder au vécu du patient implique une proximité et une disponibilité pouvant ébranler la juste distance professionnelle, condition essentielle au plein exercice du rôle infirmier (Castra, 2003).

Pour faire face au paradoxe entre l'indéniable nécessité d'humaniser les soins et la mise à distance du vécu du patient, le *coping* de confrontation se révèle satisfaisant. Au travers d'une prise de conscience des émotions et réactions en jeu, l'infirmier identifie le risque de surinvestissement de la relation. Le stresser étant identifié, l'infirmier peut ainsi opter pour un changement d'attitude et de comportement face à celui-ci et rétablir son équilibre psychique. Dans ce cas présent, la recherche du sens de la situation, la consultation des membres de son équipe ou la mise en place d'une planification des soins adaptée aussi bien aux besoins du patient que des soignants constituent des exemples de ressources pouvant être mobilisées et pouvant favoriser la concrétisation de l'objectif initial ; la juste distance professionnelle (Pronost & Tap, 1996).

Le recours à l'équipe soignante est, dans cette stratégie de *coping*, fondamentale car elle permet au soignant de ne pas se sentir seul et démuni dans une relation pouvant être inconfortable. L'omniprésence de la notion de travail en équipe participe à l'établissement d'une distance juste vis-à-vis du mourant (Castra, 2003).

3.1.2.2 Stratégies passives : l'évitement

L'évitement est un mode de stratégie de *coping* intervenant lors de la mise à distance d'un stresser ; on appelle ceci le *blunting*, notion développée par Miller (1981). La réponse élaborée est l'évitement cognitivo-comportemental ou émotionnel (Luminet, 2002). L'attitude adoptée dans cette stratégie de *coping* n'est en aucun aspect comparable à la juste distance professionnelle. En effet, la juste distance professionnelle a un objectif bien-traitant, visant une prise en soins de qualité, alors que la mise à distance dans l'évitement va au-delà de cette dernière et empêche une prise en soins optimale en cherchant uniquement à satisfaire l'intérêt personnel ; éviter la souffrance engendrée par le contact avec le stresser.

Cette stratégie constitue une réponse efficace en terme de soulagement de la tension psychique à court terme, mais elle se révèle dysfonctionnelle sur le long terme avec une réaction paradoxale d'hypersensibilisation au stress (Luminet, 2002). D'autre part, l'usage de ce processus est exacerbé lorsque le sujet exerce un faible niveau de contrôle sur la situation. (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). L'infirmier fait face à la situation en détournant son attention de la source de difficulté et des réactions aussi bien émotionnelles que comportementales qui en découlent (Luminet, 2002). Son but principal est de se désinvestir et se désengager de l'objet source de stress et de souffrance.

Les difficultés de gestion des symptômes et de communication avec le patient, les dissidences au sein de l'équipe soignante interdisciplinaire, une distance professionnelle inadéquate (Castrat, 2003 ; Kastenbaum, 2011) et la proximité de l'infirmier avec la mort (Höpflinger et al., 2011) sont autant de stressors pouvant interférer dans l'équilibre de la tension psychique de l'infirmier (Castrat, 2003). Dans le cas du *coping* d'évitement, la déshumanisation du soin, la focalisation dans les soins techniques au détriment de l'aspect relationnel et la banalisation du contexte peuvent être les réponses élaborées par l'infirmier pour faire face à ce type de situations (Kuhn, et al., 2011) tout comme l'absentéisme, l'indifférence ou la diminution de l'implication professionnelle (Castrat, 2003).

Il existe des facteurs personnels et situationnels favorisant des stratégies de *coping* d'évitement. En effet, une vision négative de la mort (Dunn, Karen, Otten & Stephens, 2005), l'épuisement professionnel (Ceslowitz, 1989 ; Corin & Bibeau, 1985 ; Kimmel, 1981), un soutien inapproprié au sein de l'équipe soignante (Luminet, 2002), le manque de support social (Terry, 1994) et le manque de soutien de l'entourage (Holahan & Moos, 1987) favorisent les attitudes de fuite.

Bien que le *coping* d'évitement n'empêche pas l'infirmier d'administrer les soins prescrits par l'infirmier, l'exercice de son rôle en est inévitablement perturbé et provoque une baisse de qualité dans les soins d'accompagnement. Les conséquences liées à ce retrait et à la souffrance engendrée par la culpabilité d'avoir offert des soins ne répondant pas aux standards de qualité peuvent être multiples ; la fuite de toute situation susceptible d'inclure le stressor, la consommation de tabac ou d'anxiolytiques et l'augmentation de la sensibilité au stressor avec un renforcement de la souffrance vécue par le soignant (Piquemal-Vieu, 2001).

3.1.2.3 Stratégies collectives et organisationnelles

Comme nous avons pu le voir dans le *coping* de confrontation, les pairs et l'équipe soignante sont un soutien logistique et un support protecteur favorisant la gestion des émotions face à une situation difficile et améliorant ainsi les conditions de travail (Roulin, Mayor & Bangerter, 2014). Malgré la diversité des équipes et les degrés différents de fonctionnalité, certains principes sont transposables à la plupart d'entre elles. Le fait d'affronter le stress et la souffrance en groupe crée un climat de solidarité permettant de mieux faire face à la mort (Castra, 2003). Par exemple, lorsque l'un des membres montre un risque de surinvestissement vis-à-vis d'un patient, le reste de l'équipe fait office de tampon (Castra, 2003). Si le groupe n'accorde pas un soutien approprié et se montre réticent à l'expression des émotions, chacun des membres peut être poussé à l'intériorisation de la souffrance et s'orienter dans des attitudes de *coping* évitant (Luminet, 2002). Ce cas de figure peut se présenter dans les équipes considérant la bonne distance comme un critère indispensable à l'exercice du rôle infirmier. La pression véhiculée par ce postulat au sein du groupe peut pousser l'infirmier en souffrance à ne pas demander de soutien au groupe, de peur d'engager ses compétences professionnelles aux yeux de ses pairs (Castra, 2003).

Dans le but de maintenir une dynamique fonctionnelle et protectrice face à une charge de travail conséquente ou à des situations émotionnellement difficiles comme l'accompagnement de personnes âgées en fin de vie, l'équipe soignante met en place des stratégies de *coping* collectives par l'organisation des soins en fonction des tâches techniques à effectuer (Dejours, 1993). La répartition des prises en soins du matin selon les demandes de chacun, le travail en binôme (Castra, 2003) et la délégation des soins lors d'un trop-plein d'émotions soulagent les intervenants (Castra, 2003 ; Luminet, 2002). Ces pratiques sont des stratégies d'évitement collectives et organisées (Castra, 2003), mais la notion de *coping* de confrontation est présente dans la sollicitation de l'équipe en tant que support et par la verbalisation des souhaits et difficultés.

3.1.2.4 Degrés de fonctionnalité des *copings* de confrontation et d'évitement

D'après les éléments des processus d'évitement et de confrontation commentés et la revue de littérature effectuée par Luminet (2002) traitant de l'efficacité des *copings* un tableau récapitulant les degrés de fonctionnalité de chaque stratégie peut être dressé (Figure 6). Selon Piquemal-Vieu (2001), le sentiment d'accomplissement personnel constitue un facteur de protection vis-à-vis des situations induisant stress ou souffrance. Plus l'infirmier se sent accompli dans son rôle, mieux il fait face aux menaces émotionnelles et vice-versa. Dans ce tableau (Figure 6), il apparaît clairement que le *coping* de confrontation est le plus indiqué pour développer ce sentiment et que le *coping* d'évitement a des conséquences négatives en termes d'adaptation professionnelle. Néanmoins, il est important de préciser que ces stratégies sont mises en œuvre en alternance et qu'aucune d'entre elles n'est exclusive et ne constitue un *coping* « par défaut » de l'individu, même si elle peut en indiquer la tendance (Luminet, 2002). D'autre part, Carver et Scheier (1994) précisent qu'il existe une grande quantité de recherches dans la littérature établissant un lien clair entre l'évitement et une adaptation défavorable chez le sujet, mais que le lien entre la confrontation et une adaptation favorable est moins évident et moins documenté.

	<i>coping</i> de confrontation	<i>coping</i> d'évitement
Aspects bénéfiques pour le sujet et son adaptation émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Efficace à court terme si omission d'un traitement émotionnel de l'information (Suls & Fletcher, 1985) • Expression des émotions (Pennebaker & Beall, 1986 ; Mendolia & Kleck, 1993) • Efficace au moyen et long terme (Pennebaker, 1989) • Juste distance émotionnelle (Elias, 1993) • Développement/ accomplissement personnel (Ceslowitz, 1989) 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficace à court terme avec réduction du niveau de stress (Roth & Cohen, 1986)
Aspects néfastes pour le sujet et son adaptation émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Inefficace à court terme car réactivation de détresse émotionnelle initiale (Pennebaker, 1989 ; Suls & Fletcher, 1985 ;) • Risque de pensées auto-accusatrices si focalisation sur soi sans prise en compte du contexte (Aldwin & Revinson, 1987) 	<ul style="list-style-type: none"> • Inefficace au long terme si stress sévère et prolongé (Mathews & McLeod, 1994) • Favorise évitement, vulnérabilité, dépression, épuisement professionnel (Ceslowitz, 1989 ; Corin & Bibeau, 1985 ; Holahan & Moos, 1986 ; Kimmel, 1981 ; Rhode, Lewinsohn, Tilson & Seeley, 1990) • Diminution du bien-être psychologique (Aspinwall & Taylor, 1992 ; McCrae & Costa, 1986) • Dépersonnalisation de l'aidé, distanciation, perte d'accomplissement personnel (Piquemal-Vieu, 2001)

Figure 6. Efficacité des *copings* de confrontation et d'évitement (Luminet, 2002 ; Piquemal-Vieu, 2001)

Les répercussions d'une mauvaise adaptation émotionnelle lors de l'accompagnement et du décès de la personne âgée peuvent aussi affecter l'ensemble des patients, face auxquels l'infirmier pourrait poursuivre l'évitement, compromettant la satisfaction des critères de qualité des soins. Le concept de « bonne mort » offre un cadre qui, lorsqu'il est respecté, permet d'y faire face avec plus de sérénité. Par l'idéalisation et la valorisation de certaines pratiques prônées dans l'idéologie du « bien mourir », le soignant peut trouver face à la mort une source d'accomplissement de soi, malgré la souffrance qu'elle peut infliger (Castra, 2003).

Le *coping* étant de nature transactionnelle et cognitivo-comportementale, les soignants peuvent agir sur leurs facteurs personnels afin de rendre leurs stratégies d'adaptation émotionnelle plus fonctionnelles sur le long terme. Le désir de changement peut être considéré comme une stratégie de conversion permettant d'agir sur le comportement et les valeurs, à savoir ; l'acceptation de sa propre mortalité et celle d'autrui (Piquemal-Vieu, 2001).

3.1.2.5 Stratégies de conversion et sentiment de contrôle

Les conversions identitaires et comportementales sont des stratégies de *coping* permettant le changement et l'évolution de l'identité professionnelle pour la première et la modification des attitudes et comportements pour la deuxième (Pronost, 1993).

Il a été mentionné précédemment que ce type de défense possède un caractère transactionnel, impliquant la prise en compte de facteurs individuels et situationnels. Le degré de perception de la menace, la prévisibilité de l'issue de la situation, le sentiment de contrôle, le degré de menace de la situation puis finalement les traits de personnalité définissent l'orientation de l'infirmier vers une stratégie de confrontation ou d'évitement (Luminet, 2002 ; Piquemal-Vieu, 2001).

Au vu du contexte socio-économique et des prévisions démographiques pour la population et les soignants, il apparaît que le contrôle exercé par l'infirmier sur les facteurs situationnels (ratio de personnel, charge de travail, exigences organisationnelles,...) est extrêmement faible.

Un travail de conversion sur des facteurs individuels est donc nécessaire afin de pouvoir favoriser un *coping* de confrontation, et faire face aux défis du futur. La formation initiale et continue, l'analyse réflexive de la pratique au sein d'un groupe de parole, la sollicitation de l'équipe comme support émotionnel et l'application des

savoirs théoriques dans la pratique professionnelle participent à l'évolution identitaire et comportementale (Piquemal-Vieu, 2001). Ces démarches augmentent le sentiment de contrôle, la confiance et l'estime de soi et diminuent le sentiment d'impuissance, facteur le plus représentatif du stress professionnel chez les soignants (Sonkin, Lacour & Dubus-Duparlor, 1996).

La perception du degré de contrôle s'évalue par les ressources aussi bien personnelles que de support collectif pouvant être mobilisées face à une situation donnée. Le sujet identifie par ce biais, les stratégies de *monitoring* qu'il peut engager pour y faire face (Folkman & Lazarus, 1984). Lorsque les ressources à disposition ne sont pas suffisantes ou adéquates pour établir une réponse adaptée, une tension psychique s'installe et la situation devient une source de stress (Piquemal-Vieu, 2001). Le contrôle constitue la ressource principale du *coping* (Matheny, Aycok, Pugh, Curlette & Cannella, 1986) par l'analyse qu'il exige face à la situation donnée. Un autre aspect jouant un rôle dans la perception de contrôle est la personnalité de l'infirmier. En effet, certains traits de caractère peuvent tendre à un niveau faible de contrôle. Friedman et Rosenmann (1974) ont défini trois catégories de personnalité et décrit les particularités de chacune d'entre elles. Leur travail révèle que selon ses caractéristiques, le sujet aura tendance à opter pour un certain type de *coping*. Concernant les personnalités particulièrement résistantes au stress, c'est Kobasa (1979) qui a décrit les « hardiness » ou personnes à forte valeur d'engagement et de responsabilité. Ces dernières présentent une propension à élaborer des stratégies de *coping* associées au contrôle, à savoir ; les stratégies de confrontation.

De manière plus large, Rotter (1966) dans sa notion de « lieux de contrôle », exprime que le contrôle intrinsèque, à savoir le contrôle propre, est influencé par les compétences acquises et l'estime de soi. D'autres auteurs ont poursuivi le travail de Rotter en ajoutant les corrélations suivantes :

- *coping* de confrontation efficace (Anderson, 1977)
- degré de contrôle de la situation (Rotter, 1966)
- faibles répercussions émotionnelles face au stress (Johnson & Sarason, 1978; Kobasa, 1979)

Dans le cas de l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie, le *coping* de contrôle, appliqué à la gestion, de l'émotion est perçu comme une stratégie positive parmi les pairs (Piquemal-Vieu, 2001). Son usage et développement font partie des

compétences attendues par la profession. Par opposition, un usage excessif du *coping* d'évitement peut induire un sentiment d' « impuissance apprise ». Ce concept, développé par Overmier et Seligman (1967), décrit un processus de diminution de la perception de contrôle provoqué par la répétition de réponses inadaptées à une situation donnée.

Bien que les infirmiers optent pour des stratégies de conversion et parviennent à augmenter leur perception de contrôle, des situations dépassant leur degré de contrôle pour lesquelles aucune réponse peut être apportée peuvent se présenter.

Afin de faire face à ce type de situations, les notions de lâcher-prise et d'acceptation permettent d'élaborer une réponse adéquate face à la tension psychique engendrée par le stresser (Piquemal-Vieu, 2001). Dans le cas de l'accompagnement de la personne âgée en fin de vie, l'acceptation de la mort des patients et de sa propre mortalité (Pronost, 1993) est un élément facilitant l'exercice du rôle infirmier dans le respect des standards de qualité des soins.

Finalement, ces données nous permettent d'avancer que les différentes stratégies de conversion citées permettent d'augmenter la perception de contrôle chez l'infirmier, l'orientant ainsi dans l'usage de stratégies de *coping* de confrontation.

3.2 L'expérience professionnelle

Selon Grasser et Rosé (2000), les connaissances élaborées dans l'exercice d'une profession ou face à une situation vécue est la définition fondamentale définissant l'expérience professionnelle. Celle-ci est influencée par trois dimensions inhérentes au monde professionnel (Grasser & Rosé, 2000);

- Cognitive : savoir et savoir-faire professionnel
- Economique : contraintes de temps, coûts et rythme du travail
- Sociale : intégration au milieu et acquisition des règles organisationnelles.

Le niveau de formation du sujet, les pratiques en usage au sein de l'institution (unité, service, département, institution) ainsi que les conditions de travail, influencent son développement. Lorsqu'un contexte nouveau se présente, l'infirmier fait appel à son expérience par la mobilisation des compétences acquises au cours de la formation et des situations professionnelles déjà vécues. L'expérience constitue donc un mode d'acquisition de compétences à part entière (Grasser & Rosé, 2000).

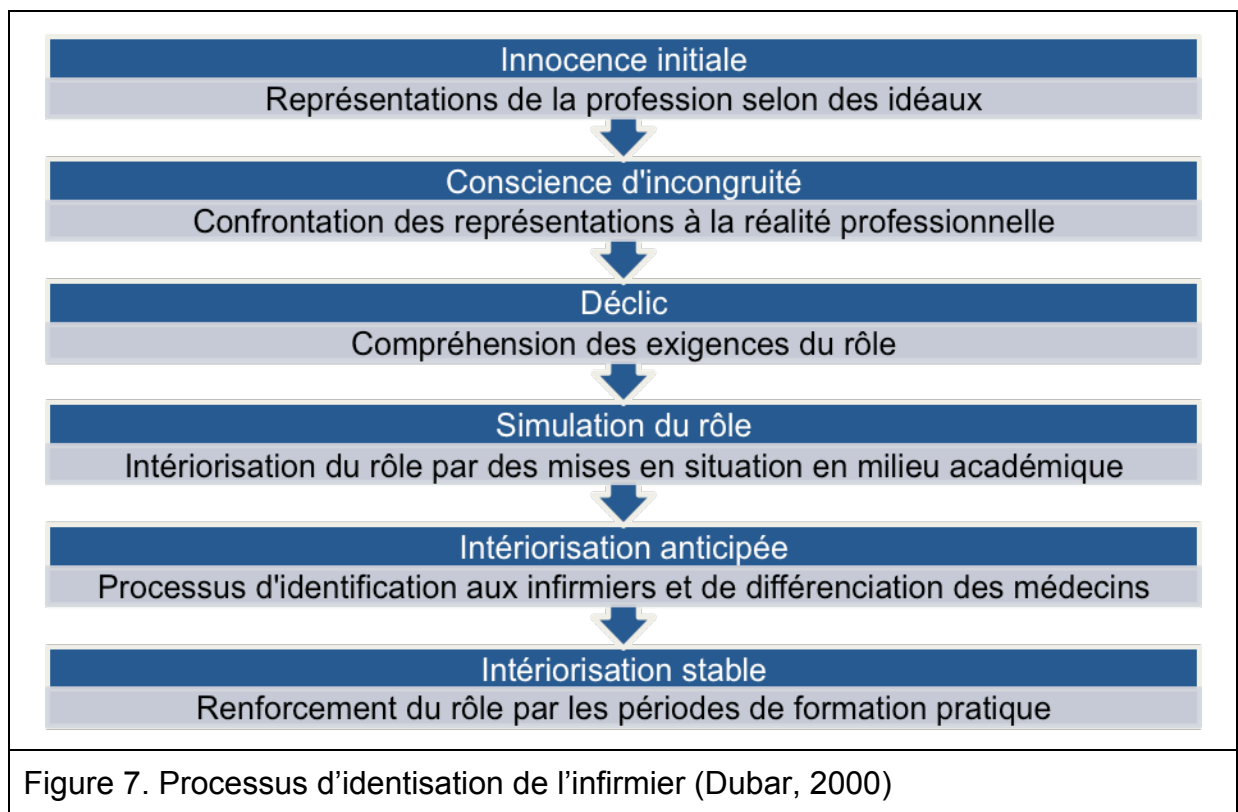
Ainsi, lors de l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie, l'expérience cumulée par le passé oriente l'infirmier dans la gestion des prises en soin suivantes (Hétu, 2005).

A continuation, nous développerons et décrirons l'impact de l'expérience professionnelle sur les stratégies de *coping*, au travers de différents points participant à sa construction comme la formation, la pratique professionnelle et l'accompagnement en fin de vie. Ceci en ayant pour focus l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie.

3.2.1. Formation

Nous avons vu précédemment que l'expérience professionnelle, considérée comme un acquis de ressources cumulées, peut être perçue comme une compétence. Son acquisition peut se faire aussi bien sur le terrain qu'en formation initiale ou spécialisée (Grasser & Rosé, 2000) et la combinaison de ces deux méthodes est la stratégie actuellement en vigueur dans la formation des infirmiers.

Un objectif essentiel de la formation est l'inculcation de l'identité professionnelle. En effet, ce point est crucial lors des trois années d'études car une mauvaise identification au rôle constitue un facteur de risque à plusieurs niveaux ; accomplissement professionnel, investissement dans les soins et avec l'équipe soignant et sentiment d'appartenance à la profession (Piquemal-Vieu, 2001). L'estime de soi étant liée au sentiment d'appartenance et au degré d'adaptation et de compétence (L'Ecuyer, 1981), une bonne assise identitaire professionnelle est indispensable. Davis la décrit comme un processus progressif, comprenant six étapes (figure 7) (Dubar, 2000) :



La première étape concerne les étudiants nouvellement admis en formation. L'étudiant, qui n'a encore aucune expérience du terrain, débute sa formation avec des représentations idéalistes et utopiques de la profession ; on parle d'innocence idéale. Lors des premiers stages pratiques, l'étudiant confronte ses représentations avec la réalité professionnelle et procède à l'ajustement de son image de la profession. C'est à partir de cette étape qu'à lieu le déclat et que l'infirmier en devenir comprend les exigences de son rôle. Les exercices de mise en situation en milieu académique favorisent l'intériorisation du rôle également renforcé par l'identification de l'étudiant aux infirmiers tout en se différenciant des autres corps de métiers. Les dernières périodes de formation pratique dans le cadre de la formation initiale et

l'entrée dans la vie active achèvent le processus d'identisation par l'intériorisation définitive et stable du rôle infirmier.

Les périodes de formation pratique sont donc de véritables premières expériences professionnelles, et selon l'étape de construction de l'identité professionnelle dans laquelle il se trouve, l'étudiant infirmier peut être amené à vivre, tout comme les infirmiers diplômés, des situations difficiles causant stress et souffrance.

Des séances sont organisées en milieu académique afin de permettre l'expression des contextes émotionnels difficiles parmi un groupe de pairs. Lors de ces séances, les étudiants sont invités à analyser les facteurs situationnels ainsi que les réactions et attitudes mises en œuvre dans le contexte (Piquemal-Vieu, 2001). En plus de favoriser la construction identitaire par la confrontation des représentations de l'étudiant avec la réalité du terrain, nous pouvons percevoir cette démarche comme une suggestion et une favorisation de l'usage de stratégies de *coping* de confrontation.

Les infirmiers diplômés quant à eux, peuvent suivre des formations complémentaires. En effet, les échanges interpersonnels étant au cœur de l'accompagnement en fin de vie, le risque d'un surinvestissement de la relation est une réalité qui n'est plus à prouver. Le soignant, en plus des savoirs physiopathologiques et techniques doit également posséder des compétences et une réelle aisance en terme de communication. Les compétences nécessaires pour mener une relation d'aide ou pratiquer la technique de reformulation peuvent s'acquérir au moyen de formations continues. Selon Castra (2003), les bénéfices que l'infirmier peut en retirer sont multiples. En premier lieu, ces techniques de communication permettent de définir un cadre favorisant la juste distance professionnelle et préviennent le risque de surinvestissement de la relation et par conséquent la souffrance émotionnelle.

Dans un deuxième temps, l'analyse des comportements et des attitudes lors de contextes de soins difficiles permet à l'infirmier d'augmenter ses ressources face à ce type de situations (Castra, 2003). Pronost et Tap (1996) corroborent ces propos en affirmant que la formation continue permet d'élever l'estime de soi, le sentiment d'accomplissement personnel et encourage la sollicitation de l'équipe soignante lors de situations à forte charge émotionnelle. Toutes ces stratégies permettent une élévation du sentiment de contrôle, notion fondamentale et nécessaire à une adaptation émotionnelle améliorée que nous verrons en fin de chapitre.

3.2.2 Pratique professionnelle

L'expérience, considérée comme moyen d'acquisition de compétences dans le milieu professionnel, est la résultante des rôles exercés par le passé et de la trajectoire professionnelle suivie. Elle peut être de nature personnelle et collective, et son acquisition implique un processus conscient (Grasser & Rosé, 2000). En effet, le sujet doit effectuer un travail d'analyse réflexive s'il veut enrichir sa pratique et acquérir de l'expérience (Vincens, 1997).

Malgré la formation initiale en soins infirmiers, les étudiants en période de formation pratique et les infirmiers nouvellement diplômés peuvent ressentir de l'appréhension lors de l'accompagnement d'une personne en fin de vie ou d'un décès, en raison d'un manque d'expérience pratique et de savoir-faire (Castra, 2003 ; Gueullette, 2008). En effet, le tabou social installé autour de la mort et la délocalisation des décès en milieu médicalisé ont provoqué, dans la collectivité, l'oubli d'un savoir-faire lié aux soins de fin de vie des personnes âgées (Castra, 2003). Désormais, le développement de ces compétences se fait par la transmission des savoirs entre pairs, augmentant ainsi l'expérience collective des savoirs liés à l'anticipation du trépas par les signes physiopathologiques précurseurs (Castra, 2003). La communication et la coopération au sein d'une équipe sont donc des facteurs d'importance pour l'augmentation de l'expérience professionnelle car ils favorisent ce partage (Grasser & Rosé, 2000 ; Lévy-Garboua, 1994). Il est donc dans l'intérêt du nouvel arrivant de solliciter l'équipe lors de situations déstabilisantes. L'équipe soignante déjà en place initie et informe les nouveaux collaborateurs sur la complexité et la charge que les soins à prodiguer impliquent, en insistant sur la nécessité de développer des compétences émotionnelles et une bonne résistance au stress (Castra, 2003).

La sollicitation de l'équipe, les groupes de parole et les personnes de soutien au sein de l'établissement favorisent ainsi l'usage de *coping* de confrontation par l'analyse et l'évaluation des situations vécues dans le milieu professionnel. Ces ressources permettent l'élévation de l'estime de soi et du sentiment d'accomplissement personnel et encourage la sollicitation de l'équipe soignante comme support lors de situations à forte charge émotionnelle (Piquemal-Vieu, 2001). Toutes ces stratégies et l'accumulation d'expérience permettent également une augmentation du sentiment de contrôle qui favorise l'exercice du rôle (Hétu, 1997).

L'expertise soignante technique et relationnelle spécifique à l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie se construit à partir de l'expérience et l'usage des

techniques de communication et relation d'aide permettant d'apposer la juste distance entre le soignant et le soigné. Dans cette perspective, l'acquisition du rôle infirmier ne se fait pas seulement par la construction identitaire au sein de la formation mais également par l'apprentissage dans le sens constructiviste du terme, c'est-à-dire par l'intériorisation des savoirs sur la base de la pratique professionnelle (Castra, 2003 ; Vernières 1997). Cependant, l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie peut être une source de stress et de souffrance même après plusieurs années d'exercice dans la profession (Castra, 2003). Cette constatation nous permet d'affirmer que le degré d'ancienneté dans la profession ne constitue pas une ressource en soi et que le développement d'une expérience basée sur l'analyse réflexive de la pratique est indispensable pour favoriser l'adaptation émotionnelle.

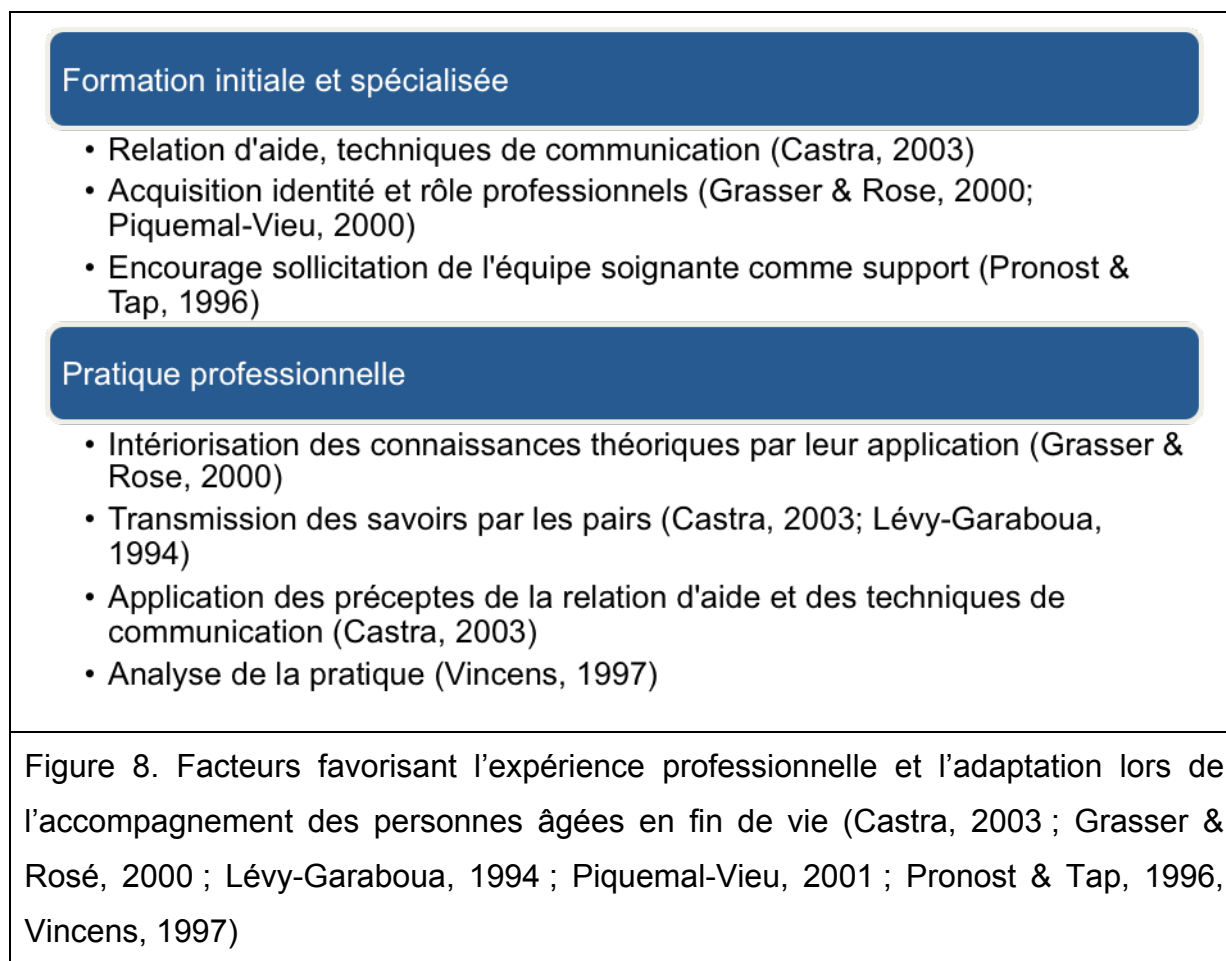
3.2.3 Expérience professionnelle et *coping*

A continuation, nous verrons dans quelle mesure l'expérience constitue une plus-value dans l'adaptation émotionnelle et la nature des liens qu'elle entretient avec les stratégies de *coping* précédemment citées dans ce travail.

3.2.3.1 Expérience professionnelle et adaptation

L'expérience professionnelle, comme définie précédemment, est une accumulation de connaissances élaborées au travers des situations vécues (Grasser & Rosé, 2000) et permettant la construction de l'identité professionnelle (Piquemal-Vieu, 2001). Elle est un processus conscient, individuel et collectif (Lévy-Garboua, 1994) qui permet également d'augmenter les ressources personnelles disponibles ou de les optimiser (Grasser & Rosé, 2000) au moyen de l'analyse réflexive de la pratique (Vincens, 1997). Ces ressources sont utiles à la gestion de la relation que l'infirmier maintient avec le soigné (Hétu, 2005).

Nous avons vu que plusieurs facteurs participent au développement de l'expérience dans le contexte de la gestion des émotions lors de l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie (Figure 8):



Selon Castra (2003), il est attendu que l'infirmier développe et acquiert un savoir émotionnel professionnalisé. L'analyse de la pratique et l'adoption de stratégies de *coping* actifs visant la résolution de problèmes ainsi que la sollicitation de l'équipe soignante comme support permettent d'augmenter son expérience professionnelle aussi bien en terme de gestion des émotions qu'en terme de savoirs techniques. Ces démarches permettent une évolution dans la construction identitaire et peuvent participer au changement des attitudes et des comportements dans le but de les rendre plus adaptés. D'autre part, elles contribuent également à l'élévation de l'expérience collective par la transmission des savoirs acquis de façon individuelle.

Cette conception de l'expérience rejoint Barbier (1996) selon qui, l'expérience revêt une dimension scientifique de l'ordre de la compétence et du savoir lorsqu'elle va de pair avec une adaptation adéquate aux situations.

L'expérience est donc un élément favorisant l'évolution et le changement des facteurs individuels (formation, rôle, valeurs, savoir-faire,...), permettant ainsi un remaniement identitaire et comportemental.

3.2.3.3 Amélioration des stratégies de *coping*

Nous avons vu dans les chapitres précédents que l'expérience est un élément favorisant l'évolution et le changement des facteurs individuels (formation, rôle, valeurs, savoir-faire...) permettant un remaniement identitaire et comportemental. D'autre part, nous avons également pu observer que les différentes stratégies de conversion élèvent le degré de perception de contrôle chez l'infirmier, l'orientant ainsi dans l'usage de stratégies de *coping* de confrontation. L'amélioration des stratégies de *coping* face à un événement source de stress est donc possible et ceci même à l'âge adulte (Aldwin, 2007).

Côté (2013), a récemment développé un modèle intégré de stratégies de *coping* qui correspond aux notions développées jusqu'ici (Figure 9). Sur la base du degré de contrôle face à un stressor, le modèle de Côté (2013) permet d'observer les stratégies efficaces et inefficaces ainsi que leurs répercussions sur la santé psychique du sujet. Le modèle permet également, au travers d'une démarche d'analyse de la pratique, de dresser des objectifs afin d'effectuer une transformation identitaire et comportementale et par conséquent d'améliorer ses stratégies de *coping*. La notion fondamentale autour de laquelle s'articule le modèle est le degré de contrôle de la situation. Selon sa perception, plusieurs issues sont possibles ; la modification de la situation, le lâcher-prise, la déresponsabilisation et l'acharnement (Côté, 2013). Les deux premières stratégies apportent des réponses efficaces, les deux autres sont considérées comme inadaptées à la situation et sources de stress. A continuation, nous allons développer les caractéristiques de ces 4 stratégies appliquées à l'exercice du rôle infirmier en mentionnant en premier les stratégies dans lesquelles l'infirmier possède un degré important de contrôle puis celles où le degré est faible.

Face à une situation où l'infirmier possède un haut degré de contrôle, la stratégie de modification a pour but principal d'apporter une solution sur la base des compétences et ressources à disposition. Cette attitude typique du *coping* de

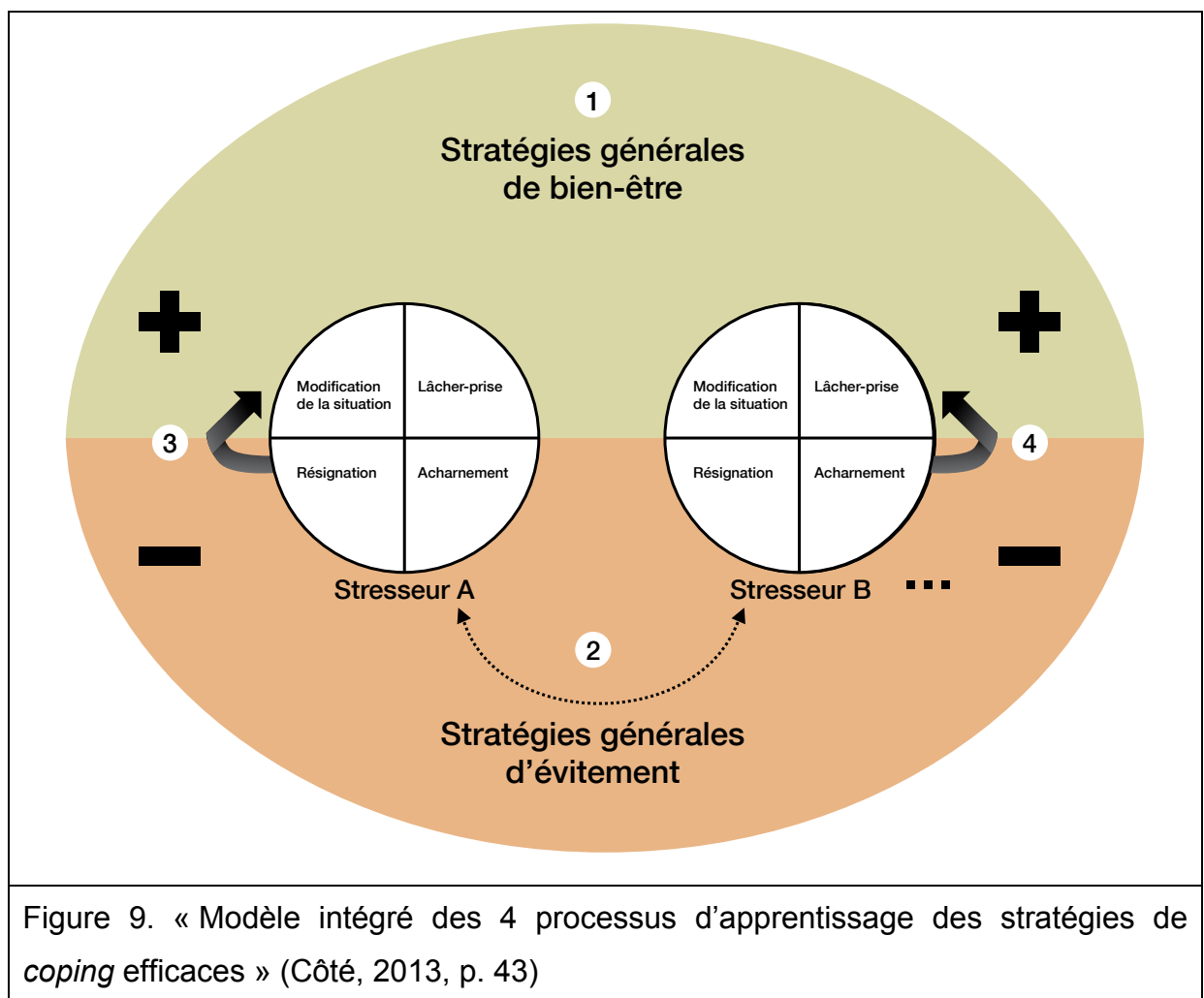
confrontation (Luminet, 2002), permet l'élaboration d'une réponse efficace, constitue une source de satisfaction et engendre un sentiment de compétence chez l'infirmier. A l'opposé, si l'infirmier adopte une attitude de fuite ; la résignation et la déresponsabilisation en sont l'issue. Cette stratégie d'évitement est inefficace et délétère à l'exercice du rôle. Le choix de la passivité, alors qu'il existe une possibilité d'agir, expose l'infirmier au stress, le mène à une baisse de l'estime de lui-même et l'expose à la dépression (Hétu, 1997 ; Sonkin, Lacour & Dubus-Duparlor, 1996).

Dans les situations où le degré de contrôle est faible, voir inexistant, il existe le risque que l'infirmier s'acharne dans la tentative de changer un contexte sur lequel il n'a aucune influence. La poursuite d'un but inatteignable par des actions qui n'ont pas d'effet engendre inévitablement un sentiment de frustration et du stress (Kuhn et al., 2011). Une stratégie de conversion est donc nécessaire pour changer de comportements et se prémunir contre le risque d'épuisement professionnel (Piquemal-Vieu, 2001).

Le lâcher-prise, défini par l'acceptation du manque de contrôle et le deuil de l'idéal inatteignable, est la stratégie permettant d'accepter les situations face auxquelles le degré de contrôle est minime. Les limites organisationnelles et institutionnelles en sont de bons exemples. Dans ce type de contexte, le lâcher-prise permet de maintenir un équilibre psychique par l'atteinte d'une certaine sérénité et tranquillité (Côté, Bertrand & Gosselin, 2009). Cette stratégie pourrait être perçue comme un comportement d'évitement ou de la résignation, pourtant elle ne vise pas la perte de contact avec l'élément stressant. Au contraire, l'analyse de la situation et l'évaluation du degré de contrôle constituent une action à part entière. La prise de conscience du contrôle exercé réellement et l'acceptation de la réalité après avoir tenté d'agir (Côté, Bertrand & Gosselin, 2009), écartent la notion de passivité émotionnelle. Parvenir à lâcher-prise provient d'une certaine maturité professionnelle acquise sur le long terme et d'un processus d'apprentissage actif permettant un changement identitaire et comportemental avec une perception plus réaliste des ressources à disposition (Côté et al., 2009).

D'après le modèle de Côté (2012), l'amélioration des stratégies de *coping* est possible par un travail individuel, avec l'aide d'un professionnel ou au sein d'un groupe de parole (Figure 9). La conversion identitaire et comportementale passe par un processus d'apprentissage comprenant diverses étapes parmi lesquelles l'analyse de la pratique occupe une place importante (Piquemal-Vieu, 2001). Cette dernière permet d'identifier les stressants et d'évaluer les stratégies de confrontation

et d'évitement mises en œuvre. A partir de là, l'infirmier évalue le degré de contrôle qu'il possède sur les stressors identifiés pour ensuite favoriser les stratégies de confrontation et diminuer l'évitement (Côté, 2013). Ainsi, l'infirmier pourra devenir plus actif lorsque la situation permet le contrôle en tentant d'en modifier ses facteurs plutôt que de se résigner ou se déresponsabiliser. Lorsque la situation ne laisse pas de marge de manœuvre et que l'infirmier en a pris conscience au travers de l'analyse de sa pratique, il pourra également abandonner les stratégies inefficaces entreprises et lâcher-prise pour finalement rediriger son énergie dans des contextes où le degré de contrôle est plus important et permet d'agir (Côté, 2013). Effectuer un suivi de la conversion identitaire et comportementale engagée peut se révéler extrêmement intéressant et encourageant par l'observation des comportements améliorés et de ceux qui doivent encore être travaillés (Côté, 2013).



Le modèle de Côté (2013) nous permet de souligner l'importance du degré de contrôle lorsque l'infirmier doit faire face à un stressor. Dans un société où l'approche d'un problème est basée sur la pensée utopique que tout est maîtrisable

(Wong & Wong, 2006), nous avons vu que de nombreux facteurs extrinsèques sur lesquels le degré de contrôle de l'infirmier est minime constituent des obstacles à l'exercice de son rôle. Afin d'améliorer ses stratégies de *coping*, l'infirmier doit effectuer une conversion identitaire et comportementale. L'augmentation de sa perception de contrôle par la formation, une pratique professionnelle riche et la mobilisation des ressources sociales disponibles, favorisent des attitudes de confrontation positives (Kuhn & al., 2011). En effet, l'expérience professionnelle permet de tirer partie des situations complexes et par conséquent de mieux gérer les prises en soin suivantes (Grasser & Rosé, 2000). Aussi, l'apprentissage par l'erreur participe à l'acquisition d'expérience professionnelle et permet à l'infirmier d'expérimenter et intérioriser les limites du rôle (Castra, 2003) au travers de l'analyse de la pratique (Prayez, 2009).

L'usage de stratégies de conversion est indispensable au maintien d'un équilibre psychique stable. Prayez (2009), indique qu'un remaniement de l'identité professionnelle, des valeurs et des priorités (Côté et al., 2009) est nécessaire pour parvenir à l'acceptation des limites imposées par des facteurs hors du contrôle de l'infirmier. Cette transformation de soi, favorise l'établissement d'une juste distance professionnelle, un accompagnement de fin de vie de meilleure qualité et constitue un facteur protecteur face au stress et à l'épuisement professionnel qui pourrait s'en suivre (Prayez, 2009).

Bien qu'il nous apporte de nouveaux éléments concernant le *coping* et les moyens permettant de choisir des stratégies plus efficaces, le modèle de Côté (2013), élaboré suite à une étude qualitative (Côté et al., 2006) puis développé en milieu clinique, doit encore confirmer sa pertinence par des recherches empiriques. Un instrument de recherche validé à ce jour permettra de poursuivre l'étude de ce modèle dans le futur (Côté et al., 2009).

4. L'adaptation dans le modèle de Roy

Dans le cadre de ce travail, le modèle de Callista Roy (1986) permet d'approcher la notion d'adaptation émotionnelle d'un point de vue conceptuel. Les théories développées dans ce modèle permettent d'intégrer la notion d'adaptation dans un projet d'optimisation de la capacité d'adaptation du patient, de ses proches et de l'infirmier. Les différents facteurs individuels et environnementaux décrits par Roy (1986) ayant une influence sur l'adaptation émotionnelle vont nous permettre de définir les actions pouvant être mises en place pour améliorer les mécanismes cognitifs des infirmiers face à la mort.

Après avoir défini les paradigmes et les écoles de pensées des soins infirmiers, nous développerons le modèle de l'adaptation de Roy sous sa forme classique. Nous développerons ensuite le modèle de Roy en regard de l'accompagnement de fin de vie et nous confronterons le rôle infirmier comme il a été défini jusqu'ici avec le rôle infirmier décrit par Roy (1986) en développant également les associations suivantes ;

- « bonne mort » et processus du mourir
- Stratégies de *coping* et mécanismes d'adaptation cognitifs
- Expérience professionnelle et capacité d'adaptation

Le focus sera porté sur l'adaptation de l'infirmier mais les caractéristiques du patient et de ses proches ainsi que l'environnement dans lequel sont prodigués les soins seront également développés car ils font partie intégrante de l'adaptation du modèle au processus du mourir (Roy, 1986) et exercent une influence majeure sur les comportements et attitudes de l'infirmier.

4.1 Paradigme de l'intégration

Les paradigmes sont les grands courants de pensée dans lesquels s'inscrivent les théories de la discipline infirmière. Chaque paradigme se décline en divers postulats définissant les tendances adoptées par l'infirmier vis-à-vis de la personne, de l'environnement, de la santé et du soin. Il n'existe pas de hiérarchie verticale entre eux mais seulement des différences dans leurs influences sur l'exercice du rôle infirmier, la recherche, la gestion, la formation et la politique (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010). Actuellement, nous comptons trois paradigmes dans la discipline infirmière ; la catégorisation, l'intégration et la transformation. Dans le cadre de ce travail, nous allons développer le paradigme de l'intégration qui est le courant de pensée dans lequel s'est inscrit le modèle de Callista Roy dans ses prémisses.

L'intégration est un paradigme dont l'approche se base sur le vécu de la personne et ses proches (Pépin et al., 2010). Cette prise en charge systémique du patient et de ses proches (Duhamel, 2007) prend également en considération leurs dimensions biopsychosociales culturelles et spirituelles. L'objectif des soins est le maintien de la santé qui est considérée comme un idéal à atteindre exempt de pathologies ; la santé et la maladie étant des éléments distincts mais en interaction (Pépin et al., 2010).

Lors des soins, l'infirmier tient compte de ce que le patient exprime et de ses ressources. Il adopte une attitude de « faire avec » afin de répondre à ses besoins, la personne étant considérée comme un partenaire. La mise en pratique des principes de la relation d'aide (Meleis, 2007) est également initiée dans ce paradigme, ce qui offre à l'infirmier un véritable espace de communication lui permettant de remplir son rôle d'expert-conseil par la promotion des attitudes et comportements salutaires. La notion d'adaptation dans l'interaction que la personne maintient avec son environnement est également avancée chargeant l'infirmier de faciliter cette adaptation (Pépin et al., 2010). Au niveau de l'organisation, la mise en place d'un travail collectif avec une répartition des tâches selon les compétences de chacun a lieu (Kérouac, Duquette et Sandhu, 1990).

4.2 Ecole de pensée des effets souhaités

Les différentes écoles de pensée regroupent les conceptions élaborées par les théoriciens de sciences infirmières définissant le rôle infirmier (Fawcett, 2005). Parmi elles, on trouve l'école des besoins, l'école de l'interaction, l'école des effets souhaités, l'école de l'apprentissage de la santé, l'école des *patterns* et l'école du *caring* (Pépin et al., 2010). Au sein de chaque école de pensée, différents modèles conceptuels proposent des tendances influençant la pratique, la recherche, la gestion et la formation. Chaque modèle définit les 4 concepts fondamentaux de la discipline infirmière ainsi que la nature des interactions entre eux. Ainsi ; la personne, l'environnement, la santé et le soin constituent le méta-paradigme de la discipline infirmière (Pépin et al., 2010).

Les différents modèles et leurs théories constituent une source d'inspiration pour l'exercice du rôle infirmier (Fawcett, 2005) en proposant au soignant différentes approches pour ses interventions (Hancock, 2000). Le paradigme de la transformation est à la base de la plus grande partie des modèles existant en soins infirmiers. Cependant, il est important de préciser que de nombreux modèles sont devenus compatibles avec ce paradigme suite à l'évolution et précision de leurs concepts au cours du temps (Pépin et al., 2010).

Le modèle de l'adaptation est considéré par Newman et al. (2008) comme assimilable au paradigme de la transformation. Ce dernier considère la personne et son environnement comme une unité indivisible et en évolution constante. En adéquation avec le paradigme de transformation, le modèle de Roy envisage désormais le soin comme un accompagnement où l'infirmier « est avec » la personne en respectant son rythme au lieu de « faire avec » (Pépin et al., 2010). La personne et ses proches sont donc considérés comme des partenaires et une relation interpersonnelle signifiante est clairement préconisée. La notion d'interdisciplinarité dans la prise en soins a également évolué dans le modèle et la santé est perçue comme un état de bien-être défini par les bénéficiaires des soins (Pépin et al., 2010).

4.3 Description du modèle

Dans son modèle, Roy (Roy & Andrews, 1991 ; 1999) prône une approche humaniste et holistique par des postulats orientant l'infirmier dans une prise en soins multidimensionnelle. La considération des croyances et des valeurs de la personne ainsi que de ses ressources est capitale dans toute intervention infirmière visant une adaptation optimale (Pépin et al., 2010).

Pour Roy (Roy & Andrews, 1991 ; 1999), la personne est un système en recherche perpétuelle d'adaptation à l'environnement qui l'entoure. Afin de faire face aux différents stimuli, des processus internes se mettent en place et donnent lieu à deux types de mécanismes d'adaptation ; les régulateurs et les cognitifs (Pépin et al., 2010 ; Roy, 1986). Les premiers émettent des réponses physiologiques innées à un stimulus et concernent tous les grands systèmes du corps humain, alors que les seconds émettent des réponses psychologiques. Dans le cadre de cette revue de littérature, nous nous concentrerons sur les mécanismes cognitifs en raison de leur rôle indispensable à l'adaptation émotionnelle ainsi que sur les facteurs internes les influençant comme la perception, les émotions et l'apprentissage (Pépin et al., 2010 ; Roy, 1986).

D'après Roy (1986), les mécanismes régulateurs et cognitifs s'expriment au travers des quatre modes d'adaptation suivants (Roy, 1986) ;

- les besoins physiologiques
- l'image de soi
- la fonction de rôle
- l'interdépendance

Comme pour tout modèle en soins infirmiers, les éléments centraux autour desquels s'articulent les postulats sont le soin, la personne, la santé et l'environnement. A continuation, nous allons développer chacun de ces concepts tel qu'ils sont définis dans le modèle de l'adaptation de Roy (Roy & Andrews, 1991 ; 1999).

4.3.1 La personne

La personne et l'environnement avec lequel elle interagit sont considérés comme indissociables et en constants changements et évolution (Roy, 1997 ; 2000). D'après la perspective humaniste et holistique du modèle, tout ce qui se rapporte à la personne peut également se rapporter à un groupe (Roy, 1986).

Nous avons dit précédemment que la personne est un système en recherche perpétuelle d'adaptation à l'environnement qui l'entoure (Roy, 1986). Pour ce faire, des processus internes mobilisent les mécanismes régulateurs et cognitifs afin de faire face aux divers stimuli provenant de l'environnement. La personne fournit ainsi une réponse qui, lorsqu'elle est adaptée, lui permet d'optimiser sa santé par le maintien de son adaptation au milieu. Les comportements et attitudes de la personne sont les expressions effectives et observables de ces mécanismes (Pépin et al., 2010 ; Roy, 1986).

Les stimuli présentent des caractéristiques multidimensionnelles (physiques, psychologiques, sociales,...) et des degrés différents d'intensité. Il peuvent donc provenir aussi bien de l'environnement que de la personne elle-même (Roy, 1986). Concernant les mécanismes cognitifs et selon la façon dont la personne perçoit le stimulus, un traitement cognitif et émotif de l'information véhiculée est engagé par des processus d'apprentissage et de jugement (Roy, 1986). Au niveau émotionnel, les comportements sont considérés comme adaptés lorsque ceux-ci permettent le soulagement de la tension provoquée par le stimulus (Roy, 1986).

L'adaptation est donc étroitement liée à l'environnement et aux compétences de l'individu (Roy, 1997). Le développement des compétences et, par conséquent, de la capacité d'adaptation a lieu à chaque interaction nouvelle avec l'environnement et ses stimuli, l'environnement et la personne étant un système en évolution constante. L'apprentissage de *copings* favorisant une réponse adaptée est donc possible (Roy, 1986).

Comme nous l'avons mentionné dans la section précédente, les mécanismes d'adaptation s'expriment au travers des quatre modes d'adaptation (Pépin et al., 2010 ; Roy, 1986). Dans le mode physiologique, les mécanismes répondent aux besoins exprimés par les différents systèmes du corps humain. L'identité physique et personnelle, ainsi que l'identité de groupe et les relations interpersonnelles répondent au mode d'adaptation de l'image de soi en l'influençant. Concernant le mode de la fonction de rôle, les mécanismes d'adaptation influencent les comportements dans l'exercice d'un rôle afin de l'intégrer (Pépin et al., 2010).

Le dernier mode d'adaptation implique les échanges interpersonnels et le partage de ressources au sein d'un groupe (Fawcett, 2005 ; Roy & Andrews, 1991 ; 1999). Les mécanismes mis en œuvre sont identifiables et évaluables du fait de leur expression par des comportements adaptés ou non (Roy, 1986).

4.3.2 L'environnement

Dans le modèle de Roy, l'environnement est en constante interaction avec la personne par l'émission de stimuli ayant une influence sur la réponse comportementale de la personne ou d'un groupe de personnes (Pépin et al., 2010 ; Roy, 1986). Ces stimuli peuvent être internes et externes et sont classés selon 3 catégories : les facteurs focaux, les facteurs contextuels et les facteurs résiduels (Pépin et al., 2010 ; Helson, 1964 ; Roy, 1986).

4.3.3 La santé

La santé est définie comme un état d'adaptation à l'environnement, permettant à la personne de conserver son intégrité (Pépin et al., 2010 ; Roy, 1986). Afin d'expliquer ce concept, Roy (1986) adopte deux perspectives ; l'état de santé et le processus de santé.

La personne est considérée dans un état de santé satisfaisant lorsque celle-ci montre une adaptation aux quatre modes précités. Quant au processus de santé, il est défini par l'énergie mobilisée par la personne pour atteindre une adaptation optimale et est influencée par la capacité dont la personne dispose pour s'ajuster à son environnement ou le modifier (Pépin et al., 2010 ; Roy, 1986, 1997). Toutefois, il est important de préciser que la définition apportée à la santé s'applique uniquement à la personne et ne peut pas être transposée à un groupe de personnes (Roy, 1986). Lorsque l'adaptation est inefficace, l'énergie mobilisée dans un comportement délétère, si elle est réorientée dans le processus de santé permet de favoriser l'adaptation et par conséquent un état de santé optimal (Roy, 1986). La personne est également considérée comme responsable de son bien-être, qui passe par une maîtrise satisfaisante du stress et la sensibilité à son environnement (Roy, 1986).

4.3.4 Le soin

Roy (1986) conçoit le soin comme un acte de promotion de l'adaptation au travers des quatre modes précités afin d'accompagner la personne dans l'atteinte d'un état de santé et de bien-être optimal, l'élévation de sa qualité de vie et dans un processus du mourir digne (Roy, 1986 ; Roy et Andrews, 1991 ; 1999).

Avant toute chose, le soin implique que l'infirmier accepte la personne ainsi que la manifestation de ses comportements pour ensuite lui apporter protection et soutien dans ses interactions avec l'environnement (Roy, 1986 ; 1997).

L'identification et l'évaluation des facteurs ayant une influence sur l'adaptation quel qu'en soit le mode ainsi que l'encouragement de la personne à adopter des comportements adaptés sont à la base du soin (Fawcett, 2005 ; Roy, 1986). Selon la nature du stimulus, l'infirmier peut également tenter de le modifier afin de favoriser une meilleure capacité d'adaptation (Roy, 1986). L'identification et l'évaluation de ces facteurs ont lieu sur deux niveaux.

Dans le premier niveau d'évaluation, le focus est porté sur les comportements adoptés dans chacun des quatre modes, puis l'infirmier identifie ceux qui ne sont pas adaptés. Le deuxième niveau d'évaluation demande une observation plus précise afin de définir les stimuli à l'origine des comportements inadaptés.

Une fois les deux niveaux évalués, l'infirmier établit des objectifs visant une meilleure adaptation à l'environnement. Pour y parvenir, il peut agir sur les stimuli en les modifiant ou orienter la personne dans un développement de sa capacité d'adaptation. Une évaluation des résultats obtenus permet un réajustement de ces objectifs en cas de besoin (Roy, 1986).

Nous avons dit que les stimuli pouvaient avoir une provenance multi-dimensionnelle et que leur intensité pouvait varier. Selon la théorie des niveaux d'adaptation de Helson (1964), les comportements sont les effets des stimuli sur la personne, déterminés également par son niveau d'adaptation.

Dans le modèle de Roy, les stimuli sont divisés en 3 catégories : le stimulus focal sur lequel la personne concentre toute son attention et son énergie d'adaptation, les stimuli contextuels qui peuvent être internes ou environnementaux et les stimuli résiduels qui sont reliés à la personnalité, aux croyances et aux valeurs de la personne. Face à ces différents stimuli et selon leur intensité, le modèle considère qu'un comportement positif est gage d'adaptation (Helson, 1964). Dans le cas

contraire, l'énergie investie dans un comportement inefficace empêche de pouvoir réaliser d'autres processus cognitifs dans des conditions optimales (Roy, 1986).

Le soin infirmier, tel qu'il est décrit dans le modèle, permet de réorienter cette énergie dans des comportements salutaires et favoriser l'adaptation (1986). Par l'évaluation des comportements en prenant appui sur les deux niveaux d'adaptation décrits ci-dessus, l'infirmier peut identifier le stimulus focal (Roy, 1986). Un climat de communication et une relation soignant-soigné favorisant le partenariat est indispensable pour pouvoir définir le stimulus focal qui est souvent à l'origine de dysfonctionnements de plusieurs modes (Roy, 1986).

Les stimuli contextuels renforcent les comportements et la même démarche doit être adoptée pour les identifier. Une observation subtile des facteurs environnants et individuels est également nécessaire car ils peuvent transformer le stimulus contextuel en stimulus focal et favoriser les comportements inadaptés (Roy, 1986). Concernant les stimuli résiduels, reliés à la personnalité, croyances, valeurs et expériences passées, Roy (1986) met en garde sur la difficulté de les identifier et de les évaluer.

Le soin infirmier consiste donc à orienter la personne dans une tentative de modification du stimulus focal par la méthode de jugement de MacDonald et Harms (1966) qui consiste à envisager les solutions possibles et adopter celle qui est le plus encline d'aboutir (Roy, 1986) ou d'augmenter la capacité d'adaptation de la personne.

4.4 Processus du mourir dans le modèle de Roy

Roy (1986) préconise une fin de vie dans le respect de la dignité de la personne. Afin de pouvoir transposer le modèle de l'adaptation au processus du mourir, le concept de santé défini dans le modèle classique doit être redéfini afin d'offrir une place à la mort (Riehl & Roy, 1980). Etant une étape de la vie inévitable, au même titre que la santé et la maladie, le processus du mourir est également concerné par les quatre modes d'adaptation ; les besoins physiologiques, l'image de soi, la fonction de rôle et l'interdépendance (Roy, 1986). Face à ce processus de déclin menaçant l'intégrité de la personne, les facteurs mis en œuvre pour s'y adapter sont proportionnels à la gravité de ces stimuli (Redman, 1974).

Dans le processus du mourir, l'adaptation est favorisée par des comportements favorisant la mort dans la dignité. L'établissement de relations significantes, le maintien d'un certain bien-être et l'atteinte de l'acceptation de la mort sont des gages d'adaptation (Roy, 1986).

4.4.1 La personne ; le mourant

La personne en fin de vie, ou mourant, est considérée par Roy (1986) comme un être unique auquel les soins doivent être ajustés.

Les quatre modes d'adaptation de la personne sont influencés par le processus du mourir. Au niveau physiologique, le mourant est en besoin de soins et peut également souffrir de douleurs. Le mode de l'image de soi est également touchée, car le mourant en perdant sa vie, perd également son soi. L'interdépendance est également influencée par la sollicitation relationnelle du mourant.

Le mode d'adaptation de fonction de rôle apparaît dans le modèle de Roy comme capital, car il implique que le mourant accepte et intègre un nouveau rôle afin d'atteindre l'adaptation ; apprendre à mourir. Afin d'y parvenir, le mourant doit conserver une place dans la société malgré qu'il soit confronté à une situation indésirable, extrêmement anxiogène et dont la perception sociale est négative (Roy, 1986).

Le processus du mourir implique une multitude de stimuli internes et externes induisant des comportements adaptés et non-adaptés chez le mourant (Roy, 1986). Les comportements et émotions adaptés face à la mort sont en premier lieu la peur

et l'anxiété (Roy, 1986). Ils sont facilement observables, montrent la crainte du mourant face à l'avenir et se manifestent par de l'agitation physique, de la fatigue ou des pleurs (Roy, 1986). Roy se base également sur les stades du processus de deuil de Kübler-Ross (1969) pour définir les comportements des mourants :

- Le refus de la mort imminente
- La colère, qui se répercute sur l'environnement du mourant par une sur-sollicitation des soignants ou la responsabilisation de ses proches au sujet de la souffrance vécue.
- Le marchandage, caractérisé par des promesses envers Dieu ou la vie afin de maintenir l'espoir d'être encore en vie et de diminuer l'anxiété et la culpabilité.
- La dépression, qui survient lorsque la mort est perçue comme inéluctable ; le mourant développe une apathie et un refus d'interaction avec l'environnement.
- L'acceptation, stade auquel le mourant accepte l'issue finale, entame une introspection et accueille la mort avec sérénité.

Le mourant peut également adopter des comportements de confusion, désorientation ou délirants, l'empêchant de s'orienter dans le temps et dans l'espace ainsi que de reconnaître les personnes faisant partie de son environnement (Roy, 1986).

Tous ces comportements sont considérés comme adaptés dans le processus du mourir selon le modèle de Roy (1986). Lorsqu'ils sont excessifs dans leur expression ou que les comportements restent immobiles et n'évoluent pas, ils deviennent inadaptés en empêchant le cheminement du mourant vers l'acceptation (Roy, 1986). L'agressivité envers les infirmiers, le refus de soins, l'agitation mettant son intégrité en danger, les cris et hurlements perturbant la tranquillité des autres personnes font partie des comportements inadaptés du mourant (Roy, 1986).

Nous avons expliqué dans le modèle classique que les comportements sont les effets des stimuli perçus par la personne (Roy, 1986). Chez le mourant, le stimulus focal est défini par le déclin des fonctions biologiques et l'approche de la mort. Les modifications pouvant être apportées à ce stimulus sont nulles en dehors des traitements pouvant être administrés pour la gestion des symptômes. L'énergie du mourant, des proches et des soignants doit être orientée vers les autres catégories de stimuli pouvant être modulées ou modifiées comme les facteurs contextuels et résiduels (Roy, 1986).

Les stimuli contextuels proviennent de l'environnement du mourant ; les proches, les infirmiers, les bénévoles ou les représentants religieux en font partie. La douleur fait aussi partie de cette catégorie de stimuli et sa gestion permet de favoriser des comportements psychosociaux adaptés (Roy, 1986). Les stimuli résiduels concernent les caractéristiques de la personnalité du mourant. Les niveaux de sociabilité et une disposition à l'expression des affects participent à une meilleure capacité d'adaptation au processus du mourir. Les personnes tournées vers la religion sont également plus disposées à s'ajuster à la mort et montrent des niveaux plus faibles d'angoisse (Leming, 1980) par le réconfort de la promesse d'un au-delà.

4.4.2 L'environnement

L'environnement du mourant est constitué de stimuli ayant une influence sur la réponse comportementale du mourant dans le processus du mourir (Roy, 1986).

Le processus du mourir touche à tous les modes d'adaptation. L'état de santé, les caractéristiques de la personnalité du mourant, le lieu de fin de vie, les interactions avec les proches et l'équipe de soins sont des éléments pouvant influencer le mourant dans l'intégration de son rôle ; apprendre à mourir (Roy, 1986).

Roy (1986) attire particulièrement l'attention sur le rôle des personnes entourant le mourant car elles ont une influence très importante sur celui-ci. En effet, elles peuvent renforcer son rôle tout comme le compromettre (Roy, 1986).

4.4.3 La santé ; processus du mourir adapté

Lorsqu'une personne est en fin de vie, le concept de santé doit être redéfini afin d'ajuster les objectifs de prise en soins pour ainsi favoriser une mort digne. Dans le modèle de Roy (1986), l'état de santé est assimilé à l'acceptation de la mort par le mourant et s'obtient par un processus du mourir adapté.

Chaque mourant évolue dans les différents stades du deuil (Kübler-Ross, 1969) de façon aléatoire selon ses particularités et les différents stimuli auxquels il est exposé. Chaque stade est caractérisé par des types de comportements pouvant être perçus comme des mécanismes d'adaptation au rôle d'apprentissage du « bien mourir ». Par conséquent, les stades du deuil de Kübler-Ross (1969) permettent à l'infirmier d'évaluer l'adaptation du mourant selon des repères. Le modèle présente tout de même des limites et d'autres comportements peuvent intervenir dans la fin de la vie (Roy, 1986).

4.4.4 Le soin ; accompagner dans la fin de la vie

Les soins de fin de vie, selon Roy (1986), ont pour rôle de promouvoir l'adaptation au processus du mourir au travers des quatre modes d'adaptation, ceci dans le but d'accompagner la personne vers des comportements adaptés lui permettant d'atteindre un certain bien-être et de parvenir au stade de l'acceptation pour une mort digne (Roy, 1986). L'accompagnement de fin de vie implique que l'infirmier accepte et respecte les particularités du mourant, son rythme et la manifestation de ses comportements afin de lui prodiguer des soins personnalisés visant le maintien de son intégrité (Roy, 1986). Il peut être effectué en tous lieux ; domicile, EMS et hôpital.

Lors de l'accompagnement de fin de vie, l'infirmier doit également considérer les proches comme étant des bénéficiaires de soins. En effet, offrir un espace pour que les familles et proches puissent s'exprimer au sujet de leurs ressentis et émotions favorise des comportements adaptés pour qu'ils puissent accepter le décès et entamer leur processus de deuil (Roy, 1986). Ce rôle se développe de manière importante lorsque la mort est imminente et que le mourant n'est plus en mesure de communiquer (Roy, 1986).

Dans le premier niveau d'évaluation, il convient d'identifier et évaluer les comportements du mourant découlant de facteurs internes. Des compétences dans les techniques de communication, la prise en compte des dimensions biopsychosociales spirituelles et culturelles ainsi qu'une observation subtile des mécanismes d'adaptation permettent d'évaluer la capacité d'ajustement du mourant face à la mort (Roy, 1986). L'observation du lien maintenu entre le mourant et ses proches permet également d'apprécier l'éventuelle présence de stimuli pouvant être à l'origine de certains comportements (Roy, 1986). Après l'identification et l'évaluation des comportements, le deuxième niveau d'évaluation demande une observation plus précise afin de définir les stimuli à l'origine des comportements inadaptés. Le stimulus focal d'une personne en fin de vie est la mort imminente. L'infirmier n'ayant aucun moyen d'exercer un changement sur ce stimulus, seule une évaluation constante de la progression de l'état physiologique et du cheminement psychologique à travers les étapes du deuil sont possibles.

Les facteurs à l'origine des stimuli contextuels peuvent être divers et influencent considérablement les mécanismes d'adaptation du mourant. Les personnes faisant partie de l'environnement du mourant comme les proches ou les membres du

personnel soignant, selon leur attitude avec le mourant, peuvent favoriser ou empêcher son adaptation. Il est du rôle de l'infirmier d'identifier les personnes ayant une influence positive sur le mourant par l'évaluation de leurs interactions.

4.4.4.1 L'adaptation chez l'infirmier et l'équipe de soins

Les soins de fin de vie, l'interaction avec le mourant et la proximité avec la mort demandent à l'infirmier une implication et un travail émotionnel importants (Feigenberg & Schneidman, 1979). Pour exercer son rôle de façon à répondre aux standards de qualité des soins et pour favoriser une mort digne, des comportements et attitudes infirmières positifs et tournés vers le mourant doivent être intégrés, maîtrisés et appliqués (Roy, 1986). Ces compétences sont nécessaires afin de répondre de manière adaptée à la multitude de stimuli provenant aussi bien du contexte de la prise en soins que des contraintes organisationnelles et institutionnelles (Roy, 1986). Le travail en équipe favorise les comportements positifs en augmentant l'efficacité des soins, permettant ainsi une meilleure adaptation des infirmiers dans l'exercice de leur rôle (Roy, 1986).

L'efficacité fonctionnelle de l'équipe infirmière est définie par plusieurs critères (Cummings & Molloy, 1977) ; les soins répondent aux standards de qualité de l'institution, chaque membre exerce un contrôle sur son environnement en fonction d'objectifs réalisables et contribue à l'enrichissement des compétences du groupe par l'information et le partage de ses compétences. Lorsqu'une équipe infirmière répond à ces critères, chaque membre peut développer des compétences et des attitudes favorisant l'adaptation de l'équipe face aux divers stimuli (Cummings & Molloy, 1977).

Parmi ces compétences, la maîtrise des émotions propres face à la mort est nécessaire afin d'adopter des attitudes et des comportements positifs et avenants envers le mourant (Roy, 1986). Les attitudes infirmières les favorisant sont diverses et définissent le rôle de l'infirmier dans l'accompagnement de fin de vie. Signifier sa disponibilité, sa présence et prêter une écoute attentive au mourant, maintenir un contact visuel lors des soins, respecter le droit à l'autodétermination et utiliser des moyens de communication divers sont des attitudes permettant de favoriser l'adaptation du mourant au processus du mourir (Roy, 1986). Les échanges interpersonnels et les espaces de dialogue créés dans une prise en charge

réunissant tous ces critères permettent au mourant d'exprimer ses émotions (Pattison, 1977).

Toutefois, des stimuli peuvent constituer une limite quant à l'exercice de ce rôle et porter une influence sur l'efficacité de l'équipe (Roy, 1986). Les caractéristiques individuelles de chaque membre, l'intensité physique et émotionnelle du soin, le fonctionnement de l'équipe infirmière et les facteurs organisationnels et institutionnels peuvent influencer les comportements et attitudes des soignants (Roy, 1986). Au niveau individuel, le manque d'expérience, de compétences et une mauvaise gestion des émotions face à la mort constituent un facteur de risque à l'exercice des rôles du mourant et de l'infirmier (Roy, 1986). Ces facteurs peuvent se répercuter sur les soins, face auxquels l'infirmier risque d'adopter des comportements négatifs et ne favorisant pas l'adaptation du mourant au processus du mourir (Roy, 1986).

Le manque de compétences et d'expérience est, par conséquent, un obstacle à l'exercice du rôle infirmier, empêchant l'intervenant de prodiguer des soins efficaces et de se satisfaire de leurs résultats. Des mécanismes d'adaptation d'évitement peuvent être mis en œuvre et mènent l'infirmier à une déresponsabilisation de la prise en soins et une perte de motivation. Dans ce cas de figure, l'infirmier peut aussi être amené à adopter des attitudes ayant des effets délétères sur l'adaptation du mourant (Roy, 1986). Les comportements d'évitement face au mourant comme le refus de répondre à ses souhaits et besoins, la focalisation sur les soins techniques au détriment des soins relationnels, la banalisation de l'accompagnement de fin de vie et le refus d'accepter les comportements du patient comme faisant partie du processus du mourir peuvent induire des réponses inadaptées chez le mourant (Roy, 1986).

Au niveau collectif, un dysfonctionnement de l'équipe peut être source de stimuli contextuels ayant une influence négative sur l'adaptation de l'infirmier (Roy, 1986). Ils peuvent être vécus comme des menaces à l'encontre de l'identité infirmière propre. Ces facteurs peuvent être renforcés par des stimuli organisationnels qui influencent également le niveau d'adaptation de l'équipe de soins. Les contraintes de temps et la charge de travail engendrent une planification des soins répondant aux besoins de l'équipe soignante, reléguant ainsi les besoins des patients au deuxième plan (Roy, 1986). L'institution peut également être une source de stimuli chez les infirmiers par l'influence de leurs comportements selon les ressources humaines et matérielles allouées et les résultats attendus (Roy, 1986).

Une mauvaise adaptation à ces stimuli s'exprime chez l'infirmier par un sentiment de frustration, d'anxiété et d'insécurité face à l'exercice d'un rôle qui n'est pas maîtrisé (Roy, 1986). Ces comportements peuvent également se retrouver chez le mourant, sur lequel les attitudes négatives de l'infirmier agissent comme un stimulus contextuel (Roy, 1986). Au sein de l'équipe, une mauvaise adaptation s'exprime par un manque de communication et de collaboration dans les soins et restreint le partage d'informations et de compétences nécessaires à l'enrichissement de l'équipe et à des soins répondant aux standards de qualité (Roy, 1986). Tous ces facteurs ont une influence importante sur la satisfaction de l'infirmier au travail (Roy, 1986).

Afin d'augmenter la capacité d'adaptation des infirmiers et améliorer le fonctionnement de l'équipe de soins, l'identification des comportements et attitudes négatives ne favorisant pas l'exercice du rôle infirmier est nécessaire (Roy, 1986). L'établissement d'un espace de communication et une analyse de la pratique participent à cette évaluation et permettent de définir des objectifs. Cette démarche favorise l'usage de mécanismes d'adaptation de confrontation et l'enrichissement des compétences (Roy, 1986).

4.5 Adaptation émotionnelle de l'infirmier dans les soins de fin de vie et modèle de Roy ; perspectives croisées et empiriques

Tous les concepts précédemment avancés comme la « bonne mort », le rôle infirmier auprès des personnes âgées en fin de vie, les risques pour les professionnels, les stratégies de *coping*, l'expérience professionnelle et les stratégies de conversion comportementale et identitaire sont reflétés dans le modèle du processus du mourir établi selon Roy (1986). Toutefois, certaines notions méritent d'être mises en perspective selon les différentes approches proposées afin d'apprécier les apports et les limites de chacune d'entre elles. Ce regard croisé nous permettra de clarifier certains concepts et d'interroger leur pertinence au travers de 3 articles empiriques :

- La recherche de Dunn, Otten et Stephens (2005), menée dans deux hôpitaux aux USA auprès de 58 infirmiers en oncologie, analyse les relations entre les variables démographiques et l'attitude des infirmiers dans les soins aux mourants. Cette étude descriptive, corrélationnelle et transversale nous permettra de mettre en évidence la pertinence des relations entre l'expérience professionnelle, les stratégies de *coping* et la « bonne mort ».
- Dwyer, Hansebo, Andershed et Ternestedt (2010), décrivent les représentations des soignants au sujet de la mort des personnes âgées par une étude menée dans 4 EMS en Suède auprès de 4 infirmiers et 16 aides-soignants. Cette étude qualitative et descriptive nous permettra de mettre en évidence la notion de « bonne mort » selon sa perception par les professionnels de terrain.
- La recherche de Kuhn, Delacanal et Jung (2011), menée dans un hôpital privé au Brésil auprès de 4 infirmiers et 6 aides-soignants en médecine interne et chirurgie, étudie les comportements des soignants face à la mort. Cette étude qualitative et descriptive nous permettra de mettre en évidence les émotions ressenties par les infirmiers ainsi que les stratégies de *coping* engagées face aux soins mortuaires. La plus-value de l'expérience professionnelle est également citée.

4.5.1 « Bonne mort » et processus du mourir

Dans son modèle, Roy (1986) préconise des soins favorisant une fin de vie digne pouvant s'assimiler au concept de « bonne mort ». En effet, ces deux approches poursuivent le même objectif ; l'accompagnement des bénéficiaires des soins sur le chemin de l'acceptation de la mort. Ces deux approches se rejoignent également dans l'importance d'effectuer une prise en soins systémique, c'est-à-dire du mourant et de ses proches en adoptant une vision biopsychosociale et spirituelle.

La favorisation de la communication, une présence et écoute attentive, la réponse aux besoins physiologiques et relationnels ainsi que l'importance pour l'infirmier d'être à l'écoute de ses émotions propres sont des éléments évoqués aussi bien dans le modèle de Roy (1986) que dans les critères de « bonne mort » établis dans les travaux de Kalish (1970), Humphrey (1986) et Rando (1986). Toutefois, les notions concernant le rôle infirmier envers lui-même comme la juste distance professionnelle ainsi que la connaissance et le respect de ses limites personnelles apparaissent uniquement dans les critères favorisant la « bonne mort » (Figure 3). En effet, le modèle conceptuel de l'adaptation de Roy (1986), bien qu'il mentionne la nécessité que l'infirmier identifie et reconnaisse les émotions propres suscitées par la prise en soins et la mort, ne s'exprime pas sur la distance professionnelle avec clarté.

Au niveau empirique, l'étude menée aux USA par Dunn et al. (2005) indique que les infirmiers ont conscience de l'importance d'une prise en soins systémique. Ces derniers expriment aussi l'importance d'un accompagnement des bénéficiaires de soins dans l'acceptation de la mort. Les infirmiers interrogés dans cette étude disent ne pas présenter de difficultés à établir une relation signifiante avec les mourants. Toutefois, il convient de rappeler que cette étude s'est basée sur une population exerçant en oncologie, service dans lequel la démarche palliative est préconisée. Les infirmiers formés à cette approche seraient donc plus compétents dans leur communication avec le patient et par conséquent dans la gestion d'une juste distance professionnelle.

Au sein de 4 EMS suédois, les soignants des *focus groups* menés par Dwyer et al. (2010) ont considéré que l'interaction entre le mourant et ses proches ainsi que la gestion de la douleur sont les conditions les plus importantes pour une « bonne mort ». Ils précisent que chez les personnes âgées, les comorbidités comme les douleurs articulaires ou dorsales ne sont pas toujours diagnostiquées ce qui rend difficile leur prise en soins. En plus du grand âge, ces symptômes créent une grande

dépendance chez cette population qui nécessite davantage de soins. D'autre part, les soignants affirment que la prise en considération des souhaits et des besoins des résidents et de leurs proches au moment du décès est également un critère de « bonne mort ». Bien que la personne soit déjà décédée, le respect de la tenue vestimentaire choisie ainsi que des rituels mortuaires, permet aux proches mais aussi aux soignants de rendre un dernier hommage et de clore la relation avec le défunt. Par ces résultats, cette étude qualitative et descriptive met en évidence la notion de « bonne mort » qui correspond en tous points aux travaux de Kalish (1970), Humphrey (1986) et Rando (1986).

4.5.2 Stratégies de *coping* et mécanismes d'adaptation cognitifs

Le modèle de l'adaptation selon Roy (1986) met en évidence les facteurs pouvant influencer les comportements des personnes ; les stimuli. Ces facteurs peuvent avoir des sources diverses et sont classés selon trois catégories ; les focaux, les contextuels et les résiduels. Dans le chapitre concernant les risques pour les infirmiers, nous avons défini les obstacles à l'exercice du rôle infirmier comme étant des facteurs de risque et pouvant être de nature organisationnelle, institutionnelle, collective et individuelle (Kastenbaum, 2011). Malgré que la classification des stimuli et des facteurs de risque ne soit pas identique, il demeure que les deux approches visent l'identification des éléments produisant un comportement adaptatif chez l'infirmier. Le modèle de Roy (1986) est un apport intéressant dans le cadre de ce travail car il propose une démarche permettant d'identifier les stimuli ou facteurs de risque par l'évaluation des comportements inadaptés. Les objectifs et interventions infirmières peuvent clairement être définis par cette évaluation à deux niveaux.

Les stratégies de *coping* (Luminet, 2002) peuvent être assimilées aux mécanismes d'adaptation cognitifs présentés dans le modèle de Roy (1986). Selon les deux points de vue, une attitude de confrontation produit une réponse adaptative efficace alors qu'une attitude d'évitement (Luminet, 2002) mène à des comportements inadaptés et inefficaces. Les travaux de Côté (2013) traitant du degré de contrôle et du choix des stratégies de *coping*, corroborent cette affirmation. Côté (2013) ajoute que les comportements de confrontation sont également adaptés lorsque l'infirmier ne présente pas un degré de contrôle lui permettant d'agir sur la situation, à la condition qu'il effectue une analyse de sa pratique et adopte le lâcher-prise (Côté, 2013). Ceci nous amène au changement comportemental et identitaire qui est

plébiscité par les deux approches lorsque les réponses adaptatives ne sont pas efficaces. Pour le modèle de Roy (1986), il est favorisé par l'analyse de la pratique et un changement des comportements d'évitement en comportements de confrontation. Dans le concept de *coping*, Côté (2013) et Luminet (2002) parlent d'une stratégie de conversion suite à une analyse de la pratique permettant d'adopter des comportements plus efficaces.

Bien que nous puissions établir une relation entre les mécanismes d'adaptation cognitifs du modèle de l'adaptation (Roy, 1986) et les stratégies de *coping*, il est important de préciser que Roy ne mentionne que succinctement les notions de confrontation et d'évitement. Cependant, les interventions infirmières que le modèle propose dans le but de changer les comportements, à savoir : l'évaluation des comportements, l'identification des stimuli, l'élaboration d'objectifs et l'évaluation des résultats obtenus, correspondent en tous points à la stratégie d'amélioration des stratégies de *coping* proposée par Côté (2013). La même démarche peut également être transposée aux stratégies collectives d'adaptation de l'équipe et aux stratégies individuelles de l'infirmier.

Des entretiens semi-structurés auprès d'une équipe soignante en médecine interne et chirurgie (Kuhn et al., 2011) ont permis d'explorer les sentiments ressentis par les infirmiers face à la mort. Les infirmiers interrogés parlent d'un côtoiement constant des limites de la vie humaine et du rôle infirmier mettant à rude épreuve leur stabilité émotionnelle. En effet, ils expriment être sujets à frustration et culpabilité face à un décès. Malgré l'implacabilité de la mort, ils regrettent parfois de ne pas avoir été en mesure de mettre en place d'autres interventions pour la repousser ou l'éviter. Cette impression de non-finitude du soin mène à une insatisfaction personnelle de soins prodigués. L'étude émet une différence pour les personnes en fin de vie d'âge avancé. En effet, les soignants disent être moins affectés par le décès de personnes âgées que ceux de personnes jeunes. Le propos est toutefois nuancé lorsqu'ils évoquent la souffrance ressentie lors de décès de personnes âgées avec lesquelles ils ont établi des liens forts.

Après analyse du contenu des entretiens, les auteurs observent que des mécanismes de défense et stratégies de *coping* sont mobilisés par les infirmiers afin de maintenir leur stabilité émotionnelle. Les comportements d'évitement sont clairement évoqués, notamment la focalisation sur les soins techniques et le désinvestissement de la relation par la banalisation du contexte de soins. La mise en

évidence des émotions ressenties par les soignants et les stratégies de défense choisies est claire et les auteurs définissent leur lien comme une cause à effet. Toutefois, les conséquences de ces comportements comme par exemple la déshumanisation des soins sont seulement évoqués en surface. Il aurait été intéressant et pertinent que les auteurs développent les risques que ces attitudes constituent pour l'exercice du rôle infirmier et de proposer des méthodes pour les modifier. La solidarité au sein de l'équipe soignante et tout de même citée comme un support favorisant l'adaptation émotionnelle face aux soins de fin de vie et à la mort, appuyant notre propos dans le cadre de cette recherche.

Cette étude est intéressante car elle nous permet d'observer une homogénéité dans les propos des infirmiers et aides-soignants, collègues avec lesquels la collaboration infirmière est extrêmement étroite. D'autre part, elle apporte également des données sur l'environnement, en mentionnant l'existence de codes implicites dans certains établissements n'encourageant pas l'expression des émotions du personnel soignant. La notion d'analyse de la pratique transparaît dans ce propos mais n'est pas clairement citée et expliquée. Le manque d'informations concernant les risques de la confrontation avec la mort est à considérer mais une éventuelle poursuite de la recherche en ayant pour focus l'identification de ces facteurs pourrait enrichir le propos. Un échantillon plus représentatif serait à envisager car celui-ci ne permet pas une généralisation des résultats à la population. Les résultats sont donc à percevoir comme un complément et ne peuvent pas être considérés comme des données probantes dans le cadre de ce travail.

L'étude de Dunn et al. (2005) nous apporte davantage d'informations par la mise en évidence des facteurs individuels dans l'élaboration de stratégies d'adaptation. L'analyse des relations entre les variables démographiques et les attitudes adoptées face aux soins des personnes en fin de vie a permis d'identifier certaines caractéristiques ayant une influence sur le rôle de 58 infirmiers travaillant en oncologie. L'étude affirme que plus les infirmiers sont âgés, plus ils acceptent la mort avec facilité. Dans le cadre de cette étude, il aurait été intéressant de déterminer si cette relation est également liée avec l'expérience telle que nous l'avons définie dans ce travail (Grasser & Rose, 2000). L'étude corrobore notre travail par l'affirmation que les pensées négatives face à la mort favorisent les comportements d'évitement. La majorité des infirmiers interrogés exprime avoir des attitudes positives lors des soins aux mourants, ce qui pourrait être expliqué par l'approche palliative prônée dans ce type de lieu de soins.

4.5.3 Expérience professionnelle et capacité d'adaptation

Le concept de *coping* et le modèle de Roy (1986) mettent en avant la notion d'apprentissage et d'expérience comme étant des ressources permettant d'améliorer les stratégies d'adaptation. Les ressources personnelles permettant de produire ces stratégies définissent la capacité d'adaptation dans le modèle de Roy (1986).

Les théories des sciences infirmières étant conçues dans le but de développer des démarches soignantes au bénéfice des patients, le modèle de Roy ne constitue pas un réel apport concernant l'expérience professionnelle de l'infirmier. Toutefois, cette notion correspond en plusieurs points au concept de capacité d'adaptation développée par Roy (1986). La mise en perspective de ces deux éléments est donc pertinente et nous permet d'apprécier les limites du modèle et les apports de l'expérience professionnelle dans l'adaptation émotionnelle des infirmiers.

L'acquisition et le développement de compétences favorisant les comportements adaptés sont mentionnés comme nécessaires dans les deux approches. En effet, la maîtrise des différentes techniques de communication et des concepts de la relation d'aide favorise la mise en place d'une juste distance professionnelle, protégeant l'infirmier d'un surinvestissement de la relation au mourant et ses proches.

Grasser et Rosé (2000) affirment que l'expérience professionnelle peut être accumulée aussi bien par la pratique professionnelle que par la formation théorique. Le modèle de l'adaptation (Roy, 1986) réaffirme cette notion mais ne mentionne pas la formation théorique de façon claire. Pourtant, elle renforce l'identité infirmière et permet d'intégrer le rôle attendu (Dubar, 2000 ; Grasser & Rose, 2000 ; Piquemal-Vieu, 2001). Une autre différence entre les deux conceptions apparaît dans la perception de l'équipe soignante comme un support. En plus du partage d'informations et la collaboration au sein de l'équipe évoqués par Roy (1986), Piquemal-Vieu (2001) ajoute que le groupe peut également être un support émotionnel dans lequel l'infirmier peut trouver soutien et protection.

L'analyse de la pratique professionnelle demeure la notion commune au modèle de Roy (1986) et au concept d'expérience professionnelle développé dans ce travail. Elle est vivement promue par les deux approches qui la décrivent comme étant un facteur favorisant l'acquisition de compétences. D'autre part, elle permet de considérer tous les éléments du contexte afin d'établir des objectifs réalistes.

Le modèle de Roy (1986) présente aussi une limite vis-à-vis des stimuli sur lesquels le degré de contrôle de l'infirmier est faible, voire nul. Héту (1997) et Côté (2013)

permettent de clarifier le lien entre l'expérience professionnelle et l'adaptation émotionnelle en postulant que la perception de contrôle doit être considérée lors du choix de la stratégie d'adaptation face à un contexte source de stress. Ces auteurs affirment que l'augmentation du sentiment de contrôle favorise les comportements de confrontation. Afin d'y parvenir, deux interventions sont possibles ; l'augmentation du sentiment de contrôle par l'analyse de la pratique et l'acquisition d'expérience professionnelle, qu'elle soit théorique ou pratique (Grasser & Rose, 2000 ; Piquemal-Vieu, 2001). Dans le cas où la situation ne permette d'exercer aucun type de contrôle, le modèle de Côté (2013) met en avant la possibilité d'opter pour un changement comportemental et identitaire menant au lâcher-prise.

Empiriquement, le lien entre l'expérience professionnelle pratique et les attitudes des infirmiers est clairement identifié dans l'étude de Dunn et al. (2005). Les infirmiers consacrant plus de temps aux mourants développent des attitudes plus positives face à la mort que les autres. Les stratégies de *coping* de confrontation transparaissent ici comme des moyens d'acquérir des compétences favorisant la solidité émotionnelle. A l'inverse, nous pouvons constater que les infirmiers évitant le contact avec le mourant ne sont pas bénéficiés par cet apport. Afin d'apporter plus de précisions à ce sujet, il aurait été intéressant que l'étude explore les risques liés à ce retrait dans la relation.

Concernant les soignants en médecine interne et chirurgie interrogés dans l'étude de Kuhn et al. (2011), ils expliquent que leur expérience professionnelle est essentiellement basée sur la pratique mais qu'une formation théorique concernant la mort et les soins de fin de vie pourrait améliorer leurs attitudes et augmenter la qualité des soins de fin de vie et mortuaires. Ce résultat nous confirme également la pertinence de citer la formation comme un moyen d'acquisition d'expérience et, par conséquent, d'améliorer les stratégies de *coping*.

Finalement, il semblerait que le choix de stratégies de *coping* adaptés, favorisé par l'expérience, l'analyse de la pratique et les stratégies de conversion, permette à l'infirmier d'élaborer des réponses efficaces et de se prémunir contre le risque d'épuisement professionnel.

5. Discussion

Les projections démographiques de vieillissement de la population (Office fédéral de la statistique (OFS, 2010), l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance (Mathers & Loncar, 2006) et le vieillissement de la génération « baby-boom » indiquent une future augmentation du nombre de personnes âgées dans les 50 prochaines années. Lorsque cette population est prise en charge par le réseau de soins, les personnes présentent un âge très avancé et une grande vulnérabilité (Höpflinger et al., 2011) ; la théorie de la compression de la morbidité (Fries, 2005) explique ce phénomène. Compte tenu de la pénurie infirmière (Heinz, 2004 ; Jaccard Ruedin et al., 2009 ; Janiszewski Goodin, 2003 ; Simoens et al., 2005) constatée dans toutes les structures accueillant les personnes âgées, un nombre accru de prises en charge de personnes très âgées et, par conséquent, proches de la mort est à considérer.

Pour faire face aux défis que ces prévisions impliquent, une politique de maintien à domicile a été mise en place à Genève (Secrétariat du Grand Conseil de l'Etat de Genève) afin de répondre aux besoins de cette population et respecter la viabilité économique du système socio-sanitaire. Le développement des structures intermédiaires (Höpflinger et al., 2011) et des EMS est également considéré afin d'accueillir les personnes pour qui la prise en soins à domicile n'est plus adaptée, avec parfois des détours par des hospitalisations répétées (Cavalli, 2012).

Ce contexte implique pour les infirmiers travaillant aussi bien dans les structures de soins à domicile qu'en EMS ou à l'hôpital, une augmentation des accompagnements de fin de vie et, par conséquent, un risque qu'ils soient confrontés avec plus de fréquence à la mort. Nous avons pu observer que les soins de fin de vie peuvent être une source de stress et de souffrance chez les infirmiers (Dunn et al., 2005 ; Kuhn et al., 2011). Pour y faire face, les infirmiers engagent des stratégies de *coping* qui leur permettent de maintenir une certaine stabilité émotionnelle (Cosnier et al., 1993). (Castra, 2003). Le but de cette revue de littérature était donc d'identifier ces stratégies et de déterminer le rôle de l'expérience professionnelle dans l'élaboration de ces dernières. La confrontation de ces concepts au modèle de l'adaptation de Roy (1986) nous a ensuite permis d'apprécier leur pertinence au regard de la science infirmière.

En premier lieu, il apparaît dans ce travail que le concept de « bonne mort » (Kalish, 1970 ; Humphrey, 1986 ; Rando 1986) et la démarche palliative s'accordent à définir l'accompagnement de fin de vie comme étant multidimensionnel et systémique (Aunier et al., 2006) et proposent des interventions similaires. Les ressources que ces deux approches présentent sont pertinentes pour faire face aux défis précités et devraient être généralisées à toutes les personnes très âgées en fin de vie, même si celles-ci ne présentent pas de pathologies évolutives et mortelles, condition stricte pour pouvoir bénéficier de ce type de soins (Castra, 2003 ; Hervy et al., 2003 ; Sebag-Lanoë, 2003).

Au niveau infirmier, la démarche palliative permet un encadrement des soins de fin de vie en favorisant ainsi des comportements adaptés (Aunier et al., 2006). En effet, l'identification des émotions propres à l'infirmier ainsi que le respect des limites personnelles sont des critères faisant partie du concept de « bonne mort » (Kalish, 1970 ; Humphrey, 1986 ; Rando 1986) qui prend en compte la dimension affective et émotionnelle du soin. Ceci nous amène à postuler que le respect des critères de « bonne mort » permet une meilleure adaptation émotionnelle face à la mort (Kastenbaum, 2011 ; Legault & Lauzier, 1993). Ce concept fait également écho dans la démarche infirmière du modèle de Roy (1986) au travers de ses deux niveaux d'évaluation des comportements inadaptés (1986). Les infirmiers expriment une adhésion franche au concept de « bonne mort » mais notifient la nécessité d'une formation théorique à ces approches (Kabengele Mpinga et al., 2005).

Le rôle infirmier dans les soins de fin de vie demande une prise en soins systémique du mourant et de ses proches (Aunier et al., 2006 ; Castra, 2003 ; Kastenbaum, 2011 ; Prayez, 2009). L'établissement d'une relation signifiante avec les bénéficiaires des soins, maîtriser les techniques de communication ainsi que la relation d'aide (Aunier et al.) sont également des éléments permettant de parvenir à l'objectif des soins relationnels de fin de vie ; l'acceptation de la mort par le mourant et ses proches. Toutefois, l'exercice d'un tel rôle expose l'infirmier à différents facteurs pouvant être sources de stress, notamment la détresse vécue par le mourant lors de sa fin de vie décrite aussi bien dans le cadre de recherche que dans le modèle de l'adaptation par la mention commune du processus du deuil, établi par Kübler-Ross (1969). Ainsi, les interactions avec le mourant et ses proches donnent inévitablement naissance à des affects (Jacquemin & De Broucker, 2014).

Parallèlement aux sources de stress pouvant provenir de la prise en soins à proprement parler, des limitations organisationnelles, institutionnelles, collectives et individuelles peuvent également être des facteurs de risque pour la qualité de soins et la santé des infirmiers (Kastenbaum, 2011). La pénurie des soignants, la multiplicité des accompagnements en fin de vie, la charge de travail et le manque de temps (Castra, 2003) sont des limitations institutionnelles et organisationnelles qui contribuent à la dégradation des conditions de travail (Kastenbaum, 2011) et causent une souffrance exprimée par un sentiment de culpabilité et d'impuissance (Aunier et al., 2006 ; Prayez, 2009 ; Sonkin et al., 1996) face au rôle que l'infirmier ne peut satisfaire dans toutes ses exigences. Ces sentiments peuvent aussi être renforcés par un manque d'expérience et de compétences dans les soins de fin de vie ou par un manque de communication au sein de l'équipe soignante (Castra, 2003). Ces éléments constituent des risques d'épuisement professionnel et peuvent provoquer chez l'infirmier une fatigue intense, une dévalorisation de l'estime de soi et un faible sentiment d'accomplissement personnel (Halbesleben & Buckley ; Canouï & Mauranges, 2001), se répercutant sur les soins par des comportements d'évitement et une baisse de la qualité (Canouï & Mauranges, 2001).

Afin de parvenir à maîtriser ces émotions et se protéger de la souffrance, les stratégies de *coping* de confrontation et d'évitement (Luminet, 2002) permettent de maintenir un équilibre émotionnel (Chabrol, 2005 ; Fleishman, 1984 ; Folkman & Lazarus, 1988 ; Castra, 2003, Lazarus 1966 ; Lazarus & Folkman, 1984 ; Prayez, 2009). Au cours de ce travail, nous avons pu mettre en évidence que l'usage de stratégies de confrontation favorise une adaptation émotionnelle sur le long terme (Pennebaker, 1989) et un sentiment d'accomplissement personnel (Piquemal-Vieu, 2001), tous deux considérés comme des facteurs de protection face à l'épuisement professionnel. A l'inverse, nous avons pu constater que les stratégies de *coping* d'évitement, favorisées par une vision négative de la mort (Dunn et al., 2005), l'épuisement professionnel (Ceslowitz, 1989 ; Corin & Bibeau, 1985 ; Kimmel, 1981) et un soutien inapproprié de l'équipe (Luminet, 2002) empêchent l'exercice du rôle infirmier et produisent une baisse de qualité dans les soins. D'autre part, les stratégies d'évitement constituent une réponse efficace uniquement à court terme (Roth & Cohen, 1986). A long terme, leurs effets sont délétères et on peut observer une diminution du bien-être psychologique (Aspinwall & Taylor, 1992 ; Mc Crae & Costa, 1986), de la vulnérabilité, dépression et un épuisement professionnel (Ceslowitz, 1989 ; Corin & Bibeau, 1985 ; Holahan & Moos, 1986 ; Kimmel, 1981 ;

Rhode et al., 1990) chez l'infirmier. Face aux bénéficiaires des soins, ces comportements s'expriment par la déshumanisation du soin, la focalisation de l'attention sur les soins techniques au détriment de l'aspect relationnel et la banalisation de la situation (Kuhn, et al., 2011). Les stratégies d'évitement peuvent également se répercuter sur l'institution par de l'absentéisme, l'indifférence ou la diminution de l'implication professionnelle (Castra, 2003). Tous ces éléments induisent une perte du sentiment d'accomplissement personnel (Piquemal-Vieu, 2001), exposant l'infirmier à un risque d'épuisement professionnel.

Afin d'améliorer l'adaptation émotionnelle des infirmiers, un changement comportemental et identitaire par des stratégies de conversion est possible (Piquemal-Vieu, 2001). La formation initiale et continue, l'analyse de la pratique et la sollicitation de l'équipe infirmière (Castra, 2003) favorisent ce changement (Piquemal-Vieu, 2001). L'analyse de la pratique apparaît dans ce travail comme un facteur favorisant le remaniement identitaire et comportemental. Cette approche s'apparente grandement à la démarche infirmière développée dans le modèle de Roy (1986) par l'analyse des comportements et l'identification de leur élément déclenchant (Druhle, 2000 ; Prayez, 2009). Elle s'inscrit dans une démarche de *coping* de confrontation par l'analyse active des comportements et de leurs facteurs-sources, permettant à l'infirmier de réajuster ses comportements ou de tenter de modifier les sources de cette souffrance. L'établissement d'une juste distance professionnelle peut notamment être atteinte par ce biais (Druhle, 2000) et prémunit l'infirmier d'un surinvestissement professionnel.

Cette approche est efficace lorsque l'infirmier peut exercer un contrôle sur les facteurs-sources. En effet, dans les situations face auxquelles l'infirmier ne perçoit qu'un faible sentiment de contrôle (Canouï & Mauranges, 2001 ; Hurley, 2005), seul un remaniement comportemental et identitaire est possible (Côté, 2013). Le contrôle que l'infirmier exerce sur son environnement peut cependant être modifié par l'acquisition d'expérience professionnelle qui renforce les ressources disponibles face à une situation donnée.

Dans ce travail nous avons défini l'expérience professionnelle comme étant l'accumulation des compétences acquises par la formation et la pratique professionnelle (Grasser & Rosé, 2000). L'identification infirmière pendant la formation initiale (Dubar, 2000 ; Piquemal-Vieu, 2001), l'apprentissage des techniques de

communication et des principes de relation d'aide (Castra, 2003 ; Druhle, 2000), la sollicitation de l'équipe soignante (Pronost & Tap, 1996), l'application des connaissances pratiques (Grasser & Rose, 2000), la transmission des connaissances entre pairs (Castra, 2003 ; Lévy-Garaboua, 1994) et l'analyse de la pratique (Vincens, 1997) permettent l'acquisition de nouvelles connaissances et participent à l'accumulation d'expérience professionnelle. En plus d'être une stratégie de conversion notable, tous ces éléments permettent à l'infirmier d'augmenter sa notion de contrôle face aux soins de fin de vie, favorisant ainsi l'usage de stratégie de *coping* de confrontation. Nous pouvons donc confirmer que l'expérience professionnelle constitue une plus-value dans l'usage des stratégies de *coping* par la favorisation de comportements de confrontation garantissant des soins de qualité et une adaptation émotionnelle efficace.

Dans les situations génératrices des souffrances face auxquelles l'infirmier ne peut exercer de contrôle, comme par exemple les limitations institutionnelles et organisationnelles citées, le modèle de Côté (2013) constitue une approche intéressante. En premier lieu, la démarche de conversion identitaire qu'elle propose s'inscrit dans une analyse de la pratique et s'assimile également à la démarche infirmière promue par Roy (1986). Ce modèle est donc applicable par les membres de la profession infirmière et tient compte de la notion de contrôle non mentionnée par Roy (1986) mais faisant partie d'une réalité professionnelle. En accord avec les affirmations avancées selon lesquelles les stratégies de *coping* de confrontation constituent des réponses d'adaptation positives, Côté (2013) attire toutefois l'attention sur l'échec de ce type de stratégies lorsque le degré de contrôle est pauvre, voire nul. Pour ce cas de figure, Côté (2013) propose une conversion identitaire et comportementale conduisant au lâcher-prise. C'est pourquoi nous pensons que cette approche pourrait être un apport pour les infirmiers étant face à des situations non modifiables comme la mort, le manque de personnel ou l'augmentation des prises en charge. L'énergie consacrée à des causes sans effets pourrait ainsi être redirigée vers la modification d'autres facteurs permettant l'augmentation du degré de contrôle.

Nous avons dit précédemment que le modèle de Roy (1986) nous a permis d'apprécier le rôle infirmier dans la démarche favorisant l'adaptation du mourant dans son dernier rôle ; apprendre à mourir. Les concepts de Roy (1986) nous ont

également permis d'observer les interventions nécessaires au fonctionnement adapté d'une équipe. En accord avec le méta-concept de la discipline infirmière, nous avons décidé de présenter le modèle sous sa forme classique, en considérant la personne comme le mourant. Toutefois, nous souhaiterions indiquer qu'il aurait également été possible de considérer l'infirmier en souffrance à cette même position (1986). Notre choix s'est porté sur la première option car nous jugions nécessaire de mettre en évidence les effets des comportements infirmiers inadaptés sur le patient.

Cette recherche contient tout de même des limites dont il faut tenir compte.

La première critique s'adresse à l'échantillonnage des études empiriques citées (Dunn et al., 2005 ; Kuhn et al., 2011 ; Dwyer et al., 2010). En effet, les petits échantillons ne nous permettent pas une généralisation des résultats et par conséquent, ils ne constituent qu'un complément au propos et ne doivent pas être considérés comme des données probantes.

La seconde limite concerne la notion selon laquelle les stratégies de *coping* de confrontation favorisent une adaptation émotionnelle satisfaisante. Une réserve est à émettre dans cette affirmation. En effet, dans la littérature le lien entre la confrontation et l'adaptation efficace n'a pas encore été établi clairement (Carver & Scheier, 1994).

La limite suivante concerne le modèle de Côté (2013) qui est encore au stade d'élaboration et qui nécessite une confirmation de sa validité par des recherches empiriques.

La dernière limite concerne le modèle de Roy (1986) qui, comme nous l'avons déjà cité, est initialement orienté pour le soin aux personnes et non tournée vers le bien-être de l'infirmier. D'autre part, l'expérience professionnelle n'y est pas évoquée de façon claire dans le sens par lequel nous l'avons définie car seule la pratique professionnelle y est présente, la théorie n'étant pas citée de façon explicite. La notion de contrôle n'est pas non plus mentionnée ce qui implique que selon le modèle, toute adaptation est possible.

6. Conclusion

La future pénurie de personnel infirmier et l'augmentation du nombre de personnes âgées en besoin de soins dénote l'importance de ce sujet pour des futures formulations politiques de santé en adéquation avec les attentes de la population au sujet de la « bonne mort » et d'« introduire la mort comme un objectif de santé publique » (Kabengele Mpinga et al., 2005, p.5).

Afin de répondre aux défis sanitaires du vieillissement démographique de la population, nous encourageons la poursuite des efforts de la Confédération Helvétique pour l'intégration des soins palliatifs dans les prises en soins à domicile et en EMS (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2012 ; Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2014b) ainsi qu'un positionnement politique officiel de tous les cantons pour l'intégration de cette spécialité dans la totalité du réseau de soins. En effet, une extension des soins palliatifs aux personnes âgées en fin de vie sans distinction de statut de santé devrait être décidée dans toutes les structures de soins et notamment les structures de soins à domicile et EMS.

L'aménagement d'un espace-temps dédié à l'échange et la promotion de l'analyse de la pratique individuelle et collective sont également recommandés dans toutes les structures de soins, notamment dans les équipes de soins à domicile afin de renforcer l'esprit d'équipe et son rôle de support pour chacun des membres.

Le vieillissement de la population demandera dans le futur une meilleure expertise dans les soins aux personnes âgées en fin de vie. Le besoin de personnel soignant ayant des connaissances des critères de qualité d'une « bonne mort » est indéniable. La promotion au sein des institutions de la formation aux soins de fin de vie, aux techniques de communication et à la relation d'aide est également conseillée.

Des notions complémentaires concernant les raisons qui poussent l'infirmier à choisir des stratégies de *coping* d'évitement permettraient d'apporter de nouvelles propositions pour favoriser une adaptation émotionnelle. Des perspectives de recherche empiriques sur la perception de contrôle et le lâcher-prise chez les infirmiers se présentent également et permettraient d'apprécier la pertinence du modèle développé par Côté (2013). Finalement il serait intéressant d'évaluer les

bénéfices de l'analyse de la pratique sur l'adaptation émotionnelle des infirmiers ainsi que la qualité des soins.

Avec ces nouvelles connaissances et l'investissement des autorités dans ces nouveaux outils, l'énergie dépensée par les infirmiers dans des comportements inadaptés tels que l'évitement ou les attitudes négatives face au patient en fin de vie, pourrait être mise au profit de l'exercice de la profession sur les bases d'une identité professionnelle forte et l'offre de soins répondant aux standards de qualité.

7. Bibliographie

- L'initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS). (2006). *Principes et cadre de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires*. Ottawa: ACIS
- Ahmedzai, S. (1997). Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis. *Clinical Medicine Journal of the Royal College of Physicians*, 6(2), 197-201.
- Ahmedzai, S. H. (1997). Supportive, palliative and terminal care. In F. Cavalli, H. H. Hansen & S. B. Kaye (Eds). *Textbook of Medical Oncology* (2^e éd., pp. 665-689). Londres: Martin Dunitz.
- Aldwin, C. M., & Reverson, T. A. (1987). Does coping help ? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 337-348.
- Aldwin, C.M. (2007). *Stress, coping and development: an integrative perspective* (2^e éd.). New York: The Guilford Press.
- Anderson, C.R. (1977). Locus of control, coping behaviors and performance in a stress setting longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 62(4), 446-451.
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: a longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 989-1003.

- Aunier, C. A., Bernard, M.-F., Besse, M., Bourdil, M.-J., Cozzi, P., Dayde, M.-C., Deberge, C., Fernandez, H., Glorion, F., Hentgen, M.-G., Krakowski, I., Lecacheur, J., Loubere, C., Marcerou, A., Measson-Bouhafs, L., Nathanaelle, S., Petrognani, A., Ungbao-Pierron, G., & Thominet, P. (2006). *Soins palliatifs en équipe: le rôle infirmier*. Rueil-Malmaison: Institut Union Pharmaceutique Scientifiques Appliquée (UPSA) de la douleur.
- Barbier, J.-M. (Ed.). (1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135.
- Blum, C. (2006). « Til death do us part ? » The nurse's role in the care of the dead a historical perspective: 1850-2004. *Geriatric Nursing*, 27(1), 58-63.
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5(1), 58-67.
- Buchan, J. (2002). Nursing shortages and evidence-based interventions: a case study from Scotland. *International Nursing Review*, 49(4), 209-218.
- Byrne, D. (1964). *Repression-sensitization as a dimension of personality*. In B. A. Maher. (Ed.). *Progress in Experimental Personality Research* (1^{re} éd., pp. 169-220). New York : Academic Press.
- Canouï, P., & Mauranges, A. (2001). *Le Syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses* (2^e éd.). Paris: Masson.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

- Castra, M. (2003). *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Cavalli, S. (2012). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse*. Genève : Georg Editeur.
- Ceslowitz, S.B. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 14(5), 553-557.
- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, (82), 31-42.
- Cigole, C. T., Langa, K. M., Kabeto, M. U., Tian, Z., & Blaum, C. S. (2007). Geriatric conditions and disability: the health and retirement study. *Annals of Internal Medicine*, 147(3), 156-164.
- Clark, D., & Centeno, C. (2006). Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis. *Clinical Medicine Journal*, 6(2), 197-201.
- Corin, V.M. et Bibeau, G. (1985). Le burnout: une perspective anthropologique psychopathologique. *Annales Médico-Psychologiques*, 143(7), 621-627.
- Corr, C. A. (1992). A task-based approach to coping with dying. *Omega*, 24(2), 81-94.
- Cosnier, J., Grosjean, M., & Lacoste M. (1993). *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Côté, L., Edwards, H., & Benoit, N. (2005). S'épuiser et en guérir: analyse de deux trajectoires selon le niveau d'emploi. *Revue internationale sur le travail et la société*, 3(2), 835-865.
- Côté, L., Edwards, H., & Benoit, N. (2006). La crise du burnout dans les institutions financières: élaboration d'un modèle à partir d'une expérience canadienne. In G. Chasseigne (Ed.), *Stress, Santé et Société, volume 3* (pp. 119-161). Reims: Editions et Presses Universitaires de Reims.

- Côté, L., Bertrand, M., & Gosselin, E. (2009). Le stress chez les enseignants: une analyse des stressseurs, des stratégies de coping et du processus de lâcher-prise. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 15(4), 354-379.
- Côté, L. (2013). Améliorer ses stratégies de coping pour affronter le stress au travail. *Psychologie Québec*, 30(5), 41-44.
- Cummings, T. G., & Molloy, E. S. (1977). *Improving productivity and the quality of work life*. New York: Praeger.
- Dejours, C. (1993). *Travail, usure mentale*. Paris: Bayard Editions.
- Delaune, S. C., & Ladner, P.K. (2010). *Fundamentals of nursing : standards and practice* (4^e éd.). Clifton Park, NY, USA: Cengage Learning.
- Del Río, M. I., & Palma, A. (2007). Cuidados paliativos : historia y desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica de Chile*, 32(1), 16-22.
- Druhle, M. (2000). Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier. In G. Cresson & F.-X. Schweyer (Eds). *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*. Rennes : Editions Ecole Nationale de Santé Publique.
- Dubar, C. (2000). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin.
- Dugan, J.-D., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B.K., Smith, M., & Widmeyer, G. (1996). Stressful nurses: the effect on patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 10(3), 46-58.
- Duhamel, F. (Ed) (2007). *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers* (2^e éd.). Montréal: Chenlière Education.
- Dunn, K. S., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology nursing forum*, 32(1), 97-104.

- Dussault, G. S., & Dubois, C. A. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *BioMed Central*, 1(1), 1-16.
- Dwyer, L.-L., Hansebo, G., Andershed, B., & Ternestedt, B.-M. (2010). Nursing home residents' views on dying and death: nursing home employee's perspective. *International Journal of Older People Nursing*, 6(4), 251-260.
- Elias, N. (1993). *Engagement et distanciation*. Paris: Fayard.
- Estryn-Béhar, M. (1997). *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Reconnaissance, analyse et prévention*. Paris: Estem.
- Fawcett, J. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories*. Philadelphie: F. A. Davis.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (2^e éd.). Philadelphie: F. A. Davis.
- Feigenberg, L., & Schneidman, E. (1979). Clinical thanatology and psychotherapy: some reflections on caring for the dying person. *Omega*, 10(1), 1-8.
- Fleishman, J. A. (1984). Personality characteristics and coping patterns. *Journal of Health and Social Behavior*, 25(2), 229-244.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social Science & Medicine*, 26(3), 309-317.
- Formarier, M. (2004). La place de l'interdisciplinarité dans les soins. *Recherche en soins infirmiers*, 79, 12-18.
- Freeman, L. (2004). Voleurs de foies voleurs de coeurs. *Terrain*, 43, 85-106.
- Freud, S. (1896/2000). Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense. In J. Bourguignon & P. Cotet (Eds). *Sigmund Freud: Oeuvres complètes, vol.III*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., McBurnie, M. A., & Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology*, 56(3), 146-156.
- Friedman, H.S., & Rosenman, R.H. (1974). *Type of behavior and your heart*. New York: Alfred A. Knopf.
- Fries, J.F. (2003). Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine*, 139(5), 455-459.
- Fries, J.F. (2005). The compression of morbidity. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 801-823.
- Grasser, B., & Rosé, J. (2000). L'expérience professionnelle, son acquisition et ses liens à la formation. *Formation Emploi*, 71, 5-19.
- Gueullette, J.-M. (2008). « La toilette funéraire » Dernier des soins, premier des rites. *Etudes*, 409, 463-472.
- Halbesleben, J. R. B., & Buckley, M. R. (2004). Burnout in organizational life. *Journal of Management*, 30(6), 859-879.
- Hancock, B. (2000). Are nursing theories holistic? *Nursing Standard*, 14(17), 37-41.
- Hart, J., & Mucchielli, A. (2002). *Soigner l'hôpital: diagnostics de crise et traitements de choc*. Paris: Éditions Lamarre.
- Heinz, D. (2004). Hospital nurse staffing and patient outcomes: a review of current literature. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 23(1), 44-50.
- Hervy, M.-P., Morize, V., & Sachet, A. (2003). Spécificité des soins palliatifs en gériatrie. *La lettre de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs*, 17, 4-6.
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris: Masson.

- Héту, J.-L. (1997). *Psychologie du mourir et du deuil*. Montréal: Editions du Méridien.
- Hoggatt, L., & Spilka, B. (1978). The nurse and the terminally ill patient: some perspectives and projected actions. *Omega*, 9(3), 225-266.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1986). Personality, coping, and family resources in stress resistance: a longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(2), 389-395.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.
- Höpflinger, F., & Hugentober, V. (2006). *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires de personnes âgées en Suisse – Observations et perspectives*. Genève: Médecine & Hygiène.
- Höpflinger, F., Boyer-Oglesby, L., & Zumbrunn, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée: scénarios actualisés pour la Suisse*. Neuchâtel: Office Fédéral de la Statistique.
- Humphrey, M. A. (1986). Effects of anticipatory grief for the patient, family member, and caregiver. In T.A. Rando (Ed.). *Loss and anticipatory grief* (pp. 63-79). New York: Lexington Books.
- Jaccard Ruedin, H., Weaver, F., Roth, M., & Widmer, M. (2009). *Personnel de santé en Suisse - état des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Berne: Hans Huber.
- Jacquemin, D., & De Broucker, D. (Eds) (2014). *Manuel de soins palliatifs: clinique, psychologie, éthique* (4^e éd.). Paris: Dunod.
- Janiszewski Goodin, H. (2003). The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 335-343.
- Jeudy-Ballini, M. & Voisenat, C. (2004). Ethnographier la peur. *Terrain*, 43, 5-14.

- Johnson, J.H. et Sarason, I.G. (1978). Life stress, depression and anxiety: internal-external control as a moderator variable. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 205-208.
- Kabengele Mpinga, E., Chastonay, P., Burgenmeier, B., & Rapin, C.-H. (2003). Lieux de décès en Suisse : champs et perspectives de recherche. *Revue médicale de la Suisse romande*, 123, 515-518.
- Kabengele Mpinga, E., Chastonay, P., Pellissier, F., Salvi, M., Bondolfi, A., & Rapin, C.-H. (2005). La « Bonne Mort »: Perceptions des professionnels de soins en Suisse Romande. *Recherche en soins infirmiers*, 80, 4-11.
- Kalish, R. A. (1970). The onset of the dying process. *OMEGA: Journal of Death and Dying*, 1(1), 57-69.
- Kastenbaum, R. J. (2011). *Death, society and human experience*. New Jersey: Pearson Education.
- Kéroutac, S., Duquette, A., & Sandhu, B. K. (1990). Les systèmes de prestation des soins. *Infirmière canadienne*, 86(6), 39-42.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan
- Kuhn, T., Delacanal Lazzari, D. & Jung, W. (2011). Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6), 1075-1081.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S., & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. A. Pervin, & M. Lewis (Eds), *Perspectives in interactional psychology* (pp. 287-327). New York: Plenum Press.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Le Breton, D. (1998). *Les passions ordinaires. Anthropologie des émotions*. Paris: Armand Colin.
- L'Ecuyer, R. (1981). The development of the self-concept through the life span. In M.D. Lynch, A.A. Norem-Hebeisen & K.J. Gergen (Eds). *Self-concept: advances in theory and research* (pp. 203-218). Cambridge: Ballinger.
- Lee, R.T., & Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133.
- Legault, A., & Lauzier, D. (1993). Le personnel soignant face à la mort des personnes âgées dans un centre d'accueil. *Frontières*, 6(2), 49-51.
- Leming, M. R. (1980). Religion and death: a test of human thesis. *Omega*, 10(4), 347-364.
- Lévy-Garboua, L. (1994). Formation sur le tas et rendement de l'expérience: un modèle de diffusion du savoir. *Economie et Prévision*, 116(5), 79-88.
- Ludwig, C., Cavalli, S., & Oris, M. (2014). "Vivre / Leben / Vivere": An interdisciplinary survey addressing progress and inequalities of aging over the past 30 years in Switzerland. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. doi: 10.1016/j.archger.2014.04.004
- Luminet, O. (2002). *Psychologie des émotions : confrontation et évitement*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Lynn, M. R., & Redman, R. W. (2005). Faces of the nursing shortage: influences on staff nurses' intentions to leave their positions or nursing. *Journal of Nursing Administration*, 35(5), 264-270.
- Martin, M., Moor, C., & Sutter C. (2010). *Kantonale Alterspolitiken in der Schweiz*. Berne: Office Fédéral des Assurances Sociales

- Maslow, A. H. (2010). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- Matheny, K.B., Aycock, D.W., Pugh, J.L, Curlette, W. L., & Cannella, K. A. (1986). Stress, coping: a qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment. *The Counseling Psychologist*, 14(4) 499-549.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *Public Library of Science Medicine*, 3(11), 2011-2030.
- Mathews, A. & McLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. *Annual Review of Psychology*, 45, 25-50.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. J. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54(2), 385-405.
- McDonald, f. J., & Harms, M. (1966). Theoretical model for an experimental curriculum. *Nursing Outlook*, 14(8), 48-51.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: development and progress* (4^e éd.). Philadelphie: Lippincott.
- Mendolia, M., & Kleck, R. E. (1993). Effects of talking about stressful event on arousal: does what we talk about make a difference ?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 675-680.
- Mercadier, C. (2008). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Paris: Seli Arslan.
- Miller, S. M. (1981). Predictability and human stress: towards a clarification of evidence and theory. In L. Berkowitz (Ed.). *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 14, pp. 203-256). New York: Academic Press.
- Moulinié, V. (2004). Peur, méfiance et défi face à la machine. *Terrain*, 43, 47-62.
- M'Uzan, M. (1977). *De l'art à la mort*. Paris: Gallimard.
- Newman, M. A., Smith, M. C., Pharris, M. D., & Jones, D. (2008). The focus of the discipline revisited. *Advances in Nursing Science*, 31(1), E16-E27.

- Gómez Sancho, M. (Ed) (1999). *Medicina paliativa en la cultura latina*. Madrid: Ediciones Arán.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2012). *Rapport : inventaire des données sur les soins palliatifs*. Berne: OFSP
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2014a). *Stratégie soins palliatifs: stratégie nationale 2010 - 2012*. Berne: OFSP
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2014b). *Stratégie soins palliatifs: stratégie nationale 2013 - 2015*. Berne: OFSP
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2009a). *80 journées d'hospitalisation avant l'admission en EMS*. Neuchâtel: OFS
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2009b). *Le futur de la longévité en Suisse*. Neuchâtel: OFS.
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2012). *La géographie de la mortalité en Suisse depuis 1970*. Neuchâtel: OFS
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2010). *Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2010 - 2060*. Neuchâtel: OFS.
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2013). *Statistique des institutions médico-sociales 2011 (SOMED)*. Neuchâtel: OFS
- Overmier, J.B., & Seligman, M. E. P. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding, *Journal of Comparative and Psychological Psychology*, 63(1), 28-33.
- Pandelé, S. (Ed) (2009). *Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité*. Paris: Seli Arslan.
- Parasuraman, S. (1989). Nursing turnover: an integrated model. *Research in Nursing and Health*, 12(4), 267-277.
- Pattison, M. E. (1977). *The experience of dying*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.

- Paugam, S. (2000). *Le salarié de la précarité*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Pennebaker, J. W. (1989). Confession inhibition and disease. In L. Berkowitz (Ed.). *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 22, pp. 211-244). New York: Academic Press.
- Pennebaker, J. W. & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 274-281.
- Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Montréal: Chenelière Education.
- Perez, M., & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping and health: a situation-behavior approach theory, methods and applications*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Piquemal-Vieu, L. (2001). Concepts, stress, coping : le coping : une ressource à identifier dans le soin infirmier. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 84-98.
- Prayez, P. (2009). *Distance professionnelle et qualité du soin* (2^e éd.). Paris : Editions Lamarre.
- Pronost, A. M., & Tap, P. (1996). La prévention du burnout chez les infirmières et ses incidences sur les stratégies de coping. *Psychologie Française*, 41(2), 165-172.
- Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2010). *Nursing Theorists and Their Work* (7^e éd.). Maryland Heights, Mo: Mosby Elsevier.
- Rando, T. A. (1986). *Loss and Anticipatory Grief* (1^{re} éd.). Washington: Lexington Books.
- Rapin, C.-H. (2002). Edito: Regards sur l'histoire des soins palliatifs et de l'accompagnement à Genève. *Revue Médicale Suisse*, 602, 1.
- Ray, C., Lindop, J., & Gibson, S. (1982). The concept of coping. *Psychological Medicine*, 12(2), 385-395.

- Redman, B. K. (1974). Why develop a conceptual framework?. *Journal of Nursing Education, 13*(3), 2-10.
- Reverdin, C., Poletti, R., Rosset, G., & Gonsalves, P. (1982). *La mort restituée: l'expérience médicale et humaine des hospices*. Genève: Labor et Fides.
- Riehl, J. P., & Roy, C. (1980). *Conceptual models for nursing practice* (2^e éd.). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Rhode, P., Lewinsohn, P. M., Tilson, M., & Seeley, J. R. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(3), 499-511.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rousseau, N. (2008). Sacrifier l'autonomie pour obtenir la "profession": les choix des élites infirmières à travers l'histoire et leurs conséquences. In C. Dallaire (Ed.). *Le savoir infirmier: au coeur de la discipline et de la profession* (pp. 383-401). Montréal: Gaëtan Morin.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *The American Psychologist, 41*(7), 813-819.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, 80*(1), 1-28.
- Roulin, N., Mayor, E., & Bangerter, A. (2014). How to satisfy and retain employees despite job market shortage ? Multilevel predictors of nurses' job satisfaction and intent to leave. *Swiss Journal of Psychology, 73*(1), 13-24.
- Roy, C. (1986). *Introduction aux soins infirmiers: un modèle de l'adaptation*. Québec: Gaëtan Morin.
- Roy, C. (1988). An explication of the philosophical assumptions of the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly, 1*(1), 26-34.
- Roy, C. (1997). Future of the Roy model: challenge to redefine adaptation. *Nursing Science Quarterly, 10*(1), 42-48.

- Roy, C. (2000). A theorist envisions the future and speaks to nursing administrators. *Nursing Administration Quarterly*, 24(2), 1-12.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (1991). *The Roy adaptation model: the definitive statement*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model* (2^e éd.). Stanford, CT: Appleton & Lange.
- Rusziwski, M. (1995). *Face à la maladie grave*. Paris: Dunod.
- Santos-Eggiman, B. (2007). La santé des personnes de 65 à 70 ans: un profil instantané. *Revue Médicale Suisse*, 3(132), 2546-2552.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., & Shearin, E.N. (1986). Social support as an individual difference variable: its stability origins and relational aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(4), 845-855.
- Saunders, C. (1993). Foreword. In D. Doyle, G. Hanks & N. MacDonald (Eds). *The Oxford Textbook of Palliative Medicine* (pp. V-VIII). Oxford: Oxford University Press.
- Sebag-Lanoë, R. (2003). La place de la fin de la vie des hommes et des femmes âgés dans notre société. *La lettre de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs*, 17, 3-4.
- Simoens, S., Villeneuve, M. & Hurst, J. (2005). *Tackling nurse shortages in OECD countries*. Paris: The Organisation for Economic Co-operation and Development Health Working Papers.
- Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs. (2013). *Historique des soins palliatifs*. Berne: Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs
- Sonkin, R., Lacour, M. C., & Dubus-Duparlor, F. (1996). Les soignants malades du stress, *La Santé de l'Homme*, 321, 2-29.

- Stordeur, S., Vandenberghe, C., & D'Hoore, W. (1999). Prédicteurs de l'épuisement professionnel des infirmières : une étude dans un hôpital universitaire. *Recherche en soins infirmiers*, 59, 57-67.
- Suls, J. & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychology*, 4(3), 249-288.
- Terry, D. J. (1994). Determinants of coping: the role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 895-910.
- The Non-Communicable Disease Alliance (The NCD Alliance) (2014). *WHO/WPCA Global atlas of palliative care*. S.l.: The NCD Alliance
- Tribolet, S. (Ed.) (1996). *Soins infirmiers en psychiatrie: rôle propre et cas concrets* (2^e éd.). Paris: Heures de France.
- Trivalle, C. (2008). Le syndrome de fragilité. *L'Infirmière Magazine*, 240, 5-9.
- Twycross, R. G. (1980). Hospice care - redressing the balance in medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 73(7), 475-481.
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptative mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55(1), 89-98.
- Vernières, M. (1997). *L'insertion professionnelle, analyses et débats*. Paris: Economica.
- Vincens, J. (1997). *L'expérience professionnelle des débutants*. Toulouse: Laboratoire interdisciplinaire sur les ressources humaines et l'emploi.
- Wegner, D. M., Pennebaker, J. W. (Eds) (1993). *Handbook of mental control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Weisman, A. D. (1988). Appropriate death and the hospice program. *The Hospice Journal*, 4(1), 65-77.
- Wong, P.T.P., & Wong, L.C.J. (Eds) (2006). *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping*. New York: Springer.

- World Health Organization (WHO) (2013). Le développement des soins palliatifs alimente le débat. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 91(12), 902-903.
- World Health Organization (WHO) (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Genève: WHO Press.
- World Health Organization (WHO) (2014). *Le premier Atlas mondial répertorie les besoins non satisfaits en soins palliatifs*. Genève: WHO
- World Health Organization (WHO) (2014). *WHO definition of palliative care*. Genève: WHO
- Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. Londres: WPCA.