MINISTÈRE DE LA SANTÉ RÉGION LORRAINE INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY



Le décès d'un patient, sommes-nous préparés ?

Mémoire présenté par Jennifer MEYER étudiante en 3^{ème} année de Masso-Kinésithérapie en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute 2011-2012

SOMMAIRE

	page
RÉSUMÉ	
1. INTRODUCTION	1
2. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	2
3. RAPPELS	4
3. 1. La Masso- Kinésithérapie	4
3. 1. 1. La formation	4
3. 1. 2. La législation et la déontologie du Masseur-Kinésithérapeute (M. l	(.) 5
3. 2. Le Masseur-Kinésithérapeute face à la mort dans son exercice profession	onnel
	6
3. 3. La Mort, sujet tabou ?	7
3. 4. La problématique	8
4. MATÉRIEL ET MÉTHODE	9
4. 1. Le questionnaire diffusé auprès des M.K. sur le terrain	9
4. 2. Les contacts avec les Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie	
(I.F.M.K.)	9
4. 3. Le questionnaire pour nos condisciples de l'1.F.M.K.	10
4. 3. 1. La population	10
4. 3. 2. L'élaboration du questionnaire	10
4. 3. 3. Le traitement des réponses	11
4. 3. 4. Les buts	11
4. 4. L'entretien avec des psychologues	11

5. RÉSULTAT S	12
5. 1. La réponse des M.K. sur le terrain	12
5. 2. La réponse des I.F.M.K.	12
5. 3. La réponse de nos condisciples de l'I.F.M.K	14
5. 3. 1. La population	15
5. 3. 2. Le questionnaire	17
5. 4. L'entretien avec des psychologues	20
6. DISCUSSION	21
6. 1. L'analyse des résultats La réponse des M.K. sur le terrain	21
6. 1. 1. La réponse des M.K. sur le terrain	21
6. 1. 2. La réponse des I.F.M.K.	22
6. 1. 3. La réponse de nos condisciples de l'I.F.M.K	22
6. 1. 4. L'entretien avec des psychologues	24
6. 2. Sommes-nous préparés ?	25
7. CONCLUSION	29

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RÉSUMÉ:

Dans le cadre de sa pratique professionnelle, le Masseur-Kinésithérapeute (M.K.), dont la vocation première est de soulager et de rééduquer son patient, sera très probablement confronté de façon plus ou moins récurrente au décès de celui-ci. Y sera-t-il préparé ?

Lorsque nous observons la prise en compte de cette question lors de la formation du M.K., nous nous apercevons qu'elle est très peu développée aujourd'hui, alors que la demande est, elle, bien réelle.

L'étude des différentes prises en charge et formations existantes dans les autres filières médicales, notamment chez les infirmières, ainsi que celles des formations déjà proposées dans certains instituts de formation en Masso-Kinésithérapie en France, nous fournit des pistes sérieuses et concrètes. Cela nous permet de penser qu'une préparation adéquate lors des études du M.K. lui permettrait de faire face à cette situation avec sérénité et efficacité lorsqu'elle se présentera à lui, en lui offrant, au moment opportun, un bagage psychologique, éthique et technique, auquel il pourra alors se référer.

S'il reste évident que la confrontation à la mort, quelle qu'elle soit, n'est jamais anodine, une étude préalable de la question ne peut être qu'un plus dans la carrière d'un M.K., qu'il exerce en libéral ou dans le cadre d'une institution médicalisée.

Mots clés : Décès - Étudiants - Formation - Kinésithérapeute - Patient

Death - Students - Formation - Kinesitherapist - Patient

1. INTRODUCTION

La durée de vie progresse, les soins médicaux s'améliorent. Notre médecine, plus performante, et notre système social et familial se sont profondément modifiés au cours des soixante dernières années. Nous ne mourons plus à la maison. De plus en plus de personnes meurent à l'hôpital, en service de Médecine, en Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R.) et/ou, en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.).

À ce titre, l'équipe pluridisciplinaire (le médecin, les Infirmières Diplômées d'État (I.D.E.), les Aides Soignantes (A.S.), les Agents de Services Hospitaliers Qualifiés (A.S.H.Q.), a souvent reçu une formation proposée par l'employeur, en général d'une semaine, faite par des organismes spécialisés (Agence Régionale de Santé: A.R.S.). « [A cette équipe peut se greffer parfois des masseurs-kinésithérapeutes (M.K.), des ergothérapeutes et des psychologues qui vont aussi recevoir] une formation axée sur l'approche curative et interventionniste. La mort, qui demande une approche palliative et d'accompagnement, exige une grande capacité d'adaptation de leur part. » (1).

Dans certains hôpitaux, il existe une équipe mobile de soins palliatifs (médecin, I.D.E., psychologues, A.S., parfois un M.K.).

Cette évolution fait que le M.K. est plus qu'auparavant confronté à la mort d'un patient, il doit plus souvent assister « aux demiers instants de vie [du] patient dans des conditions parfois difficiles. » (2).

Il est sûr que le confrère libéral n'aura souvent que sa propre expérience face à ces situations de décès.

Comment être préparé à cette forme si particulière de deuil ? Comment garder à la fois intégrité, humanité et sang froid ? Comment accepter qu'à l'avenir, inéluctablement, en particulier lorsque nous choisissons de travailler dans le milieu hospitalier, notre activité professionnelle dédiée au soin et à la rééducation du patient, donc à la Vie, soit visitée par la Mort qui à nouveau nous réclamera attention, compassion, et finalement résilience ?

Après avoir rappelé les textes en vigueur, approché le thème « Mort, sujet tabou ? » et présenté la problématique, nous décrirons les moyens mis en œuvre pour y répondre, les demandes et les réponses déjà existantes.

2. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Nous l'avons débuté sur le site E.M.consulte.fr. Un article de « La revue de l'infirmière » (3) nous a particulièrement intéressé. Nous l'avons retrouvé en intégralité à RÉÉDOC (Service de documentation de l'I.R.R. (Institut Régional de Réadaptation)). Ensuite, nous avons essayé de contacter les auteurs du questionnaire afin de les interroger, sans réponse de leur part. Cet article nous a aidé cependant à trouver la trame de travail pour d'élaborer notre propre questionnaire.

Les bases de données le plus utilisées sont RÉÉDOC, les sites privilégiés E.M. consulte, le site de l'Ordre des Kinésithérapeutes, le site de Haute Autorité Santé (H.A.S.), A.R.S. et celui du Centre Psychothérapique de Nancy (C.P.N.). Les mots-clés sont « mort », « deuil», « stagiaire », « souffrance », « kinésithérapeute »,

« soins palliatifs », « réanimation », « néo-natalité », « gériatrie »... Nous avons procédé ainsi avec chacun d'eux, en les utilisant indépendamment puis en les combinant.

Sur le site E.M. consulte, en tapant le mot « mort », nous avons obtenu 53 465 résultats. Pour affiner notre recherche, nous avons sélectionné la spécialité - Kinésithérapeute, ostéopathe – ce qui a réduit le nombre de réponses à 382. En ajoutant le mot « kinésithérapeute » au mot « mort », le résultat tombe à 243. La sélection, qui est classée par pertinence automatique par le serveur, se fait pour nous ,dans un 1^{er} temps, par la gratuité de l'article, puis dans un 2nd temps, par sa pertinence lors de la lecture. Pour cet exemple, le critère retenu est la spécificité de notre profession dans des services de soins palliatifs (4). Toujours sur le même site, avec la même démarche, nous prenons le groupe de mots « fin de vie » et obtenons 32 956 puis 682 résultats. Pour affiner la recherche, nous choisissons l'item : Kinésithérapie, la Revue, et cela nous donne 263 articles (5). Le critère est l'accompagnement de la personne en fin de vie, vu par le M.K. La période de recherche s'étend sur 20 ans. Nous avons continué de manière manuelle les prospections suivant les conseils de différents professionnels.

3. RAPPELS

3.1. La Masso-Kinésithérapie

3.1.1. La formation

La kinésithérapie est l'«ensemble des traitements qui utilise la mobilisation active ou passive pour donner ou rendre à un malade, à un blessé, le geste et la fonction des différentes parties du corps.» (6).

« La formation professionnelle des masseurs kinésithérapeutes est accessible sur concours, soit après une année d'études universitaires, soit directement après le baccalauréat. [Elle] dure trois ans. À partir de la deuxième année, la formation se déroule en alternance en institut et en stages professionnels. » (7).

Bien que chaque module aborde le côté psychologique des différentes pathologies, d'après le décret n°89-633 du 5 septembre 1989 (8), un module s'intéresse plus particulièrement à l'enseignement psycho-sociologique de l'étudiant. Ses objectifs sont de « faire acquérir aux futurs professionnels un bagage élémentaire de terminologie courante en insistant sur les facteurs psychologiques qui permettent le dialogue avec le malade et les partenaires de l'équipe médicale. L'aspect psychologique doit être mis en parallèle dès le début des études avec l'aspect organique afin qu'il n'y ait pas d'opposition. Le malade doit être perçu globalement. La relation thérapeutique sera considérée comme un moment privilégié de l'apprentissage psychologique et sera ensuite complétée par un vécu quotidien dans la pratique. » (8).

À l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (I.F.M.K.) de Nancy, d'après le rapport du conseil pédagogique du 27 juin 2011, avec le module psycho-sociologie l'étudiant doit:

- en 1^{ère} année :

- √ être en mesure d'écouter et de s'exprimer.
- ✓ acquérir un comportement social,
- ✓ prendre conscience de l'incidence affective face au malade,
- ✓ acquérir un comportement adapté face à la maladie, le handicap, la mort,
- ✓ prendre conscience de la place du stagiaire/du thérapeute,

- En 2ème et 3ème année :

 ✓ acquérir les connaissances de psychologie et de sociologie nécessaires à la compréhension du processus de réadaptation.

Au vu du temps de la formation initiale et de la quantité d'enseignements, il est difficile de s'étendre sur tous les sujets. De ce fait, certaines situations abordées, lors du cursus, ne seront pas rencontrées par les stagiaires dans le cadre d'une prise en charge masso-kinésithérapique, en particulier le décès d'un patient.

3.1.2. La législation et la déontologie du Masseur-Kinésithérapeute (M.K.)

La profession de M.K. est régie par le code de la santé publique, plus particulièrement par le décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 portant sur le code déontologie des M.K. Il fait référence à la capacité de soin, de conseil et d'écoute des M.K. Ces derniers doivent lutter contre les douleurs, soulager les souffrances afin de conserver au maximum la qualité de vie des patients. Quels que soient leurs

actes professionnels, ils doivent respecter la vie humaine et la dignité des patients qu'ils prennent en charge.

3.2. Le Masseur-Kinésithérapeute face à la mort dans son exercice professionnel

Le M.K. accompagne des patients de tous âges, atteints de différentes pathologies. Lorsque le pronostic vital est engagé, le M.K., qu'il exerce en libéral comme en centre hospitalier ou de rééducation, adaptera sa prise en soin (P.E.S.). « [Les] compétences [du M.K.] liées d'une part à la spécificité de la prise en charge du point de vue du confort du malade et d'autre part aux techniques de réadaptation retardant au maximum la perte d'autonomie, l'autorisent à jouer un rôle irremplaçable dans l'accompagnement en fin de vie. » (6).

En service de soins palliatifs, par exemple, le M.K. concentre sa P.E.S. sur les soins de confort (mobilisations douces, massages, installations) et la kinésithérapie respiratoire : éviter l'encombrement, pratiquer le drainage bronchique, faire les aspirations, mettre en place les aérosols et régler ou vérifier les humidificateurs et les Ventilations Non Invasives (V.N.I.). La priorité est de guider la personne en fin de vie en privilégiant la non-douleur et l'écoute pour répondre au mieux aux besoins du patient. Le M.K. libéral, en P.E.S. à domicile, peut intervenir auprès de patients souffrants de maladies neuromusculaires dégénératives et/ou de personnes âgées. Il doit évaluer le changement de l'état général au fur et à mesure des séances et accompagner en réexpliquant les différentes étapes de l'évolution de la pathologie. Le M.K. intervient aussi auprès des enfants porteurs de maladies neuromusculaires se terminant parfois précocement par la mort.

La P.E.S. se fait avec un patient qui est plus ou moins préparé à son pronostic vital et qui va passer par différents stades comme le décrit Elisabeth Kübler Ross (9). Cette P.E.S. doit souvent s'élargir aux aidants (famille, amis,...). Le M.K., comme l'I.D.E., est un trait d'union essentiel entre le médecin, moins présent que nous, et la famille. Cette proximité nous permet de traduire en un vocabulaire accessible le langage médical.

De plus, nous n'avons pas toujours les connaissances des différents cultes ni les convictions de l'au-delà existant ou non et souvent, nous n'avons que notre empathie à proposer.

3.3. La mort, sujet tabou?

La définition la plus simple de la mort est la « cessation complète et définitive de la vie ». (10).

À chaque mort correspondent différentes manières de l'accompagner, de l'accepter et de la surmonter. Ces attitudes sont propres à chacun et sont souvent définies par l'éducation, l'histoire de vie, la culture ou encore la religion.

Le vécu de chacun définit sa manière de vivre les deuils futurs. Qu'ils interviennent dans la vie personnelle ou professionnelle, chaque décès est une épreuve qui nous affecte plus ou moins.

La mort est un sujet tabou, bien qu'aucune vie ne puisse se finir autrement.

Dans notre culture occidentale, la mort est un sujet qui n'est abordé que par nécessité.

Les interrogations sur la mort sont pourtant nombreuses. Y a-t-il une vie après la mort ? Que pouvons-nous ressentir lorsque l'heure de notre fin approche ? Est-ce

que cela fait mal ? Pourquoi maintenant ? Pourquoi nous ou un de nos proches ? Et lorsqu'enfin nous en parlons, parlons-nous de notre mort, de notre ressenti face à la mort d'un proche, ou nous contentons-nous de raconter des expériences vécues ? Toutes ces problématiques, rencontrées plus ou moins systématiquement au cours de la vie privée de chacun, peuvent s'infiltrer et se trouver amplifiées lors de la confrontation à la mort dans le cadre de la vie professionnelle, en particulier dans le milieu médical.

Le deuil est abordé de différentes manières mais les mots pour expliquer la mort sont toujours difficiles à trouver. Lors d'une hospitalisation, par exemple, rares sont les personnes qui pensent ou disent « Aujourd'hui, je rentre à l'hôpital pour mourir ».

Les soignants, eux aussi, occultent la plupart du temps l'idée de mort dans le cadre du travail, excepté au sein d'un service de soins palliatifs. Leur but est toujours de soigner au mieux. Le décès d'un patient est souvent vécu comme un échec. Par devoir et par humanisme, les soignants, lorsqu'ils savent que la fin du patient est proche, s'évertuent à accompagner celui-ci au mieux vers la mort. « C'est le malade qui va mourir, pas le soignant. Cette fois c'est « le malade » qui montre le chemin. »(5). C'est alors, que dans chaque profession médicale et paramédicale, le manque de formation spécifique se fait sentir.

3.4. La problématique

Face à la mort, le soignant possède son propre bagage, acquis au cours de la vie. Est-ce une base suffisante pour lui permettre de faire face à la mort d'un patient

dans le cadre d'une expérience professionnelle ? Est-il bien préparé à l'affronter sur le terrain et à le gérer?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous nous proposons d'interroger les professionnels et futurs professionnels sur ce sujet, en leur demandant leur éventuel vécu et avis sur leur formation. De la même manière, nous questionnons tous les I.F.M.K de France quant à leur manière d'aborder cet enseignement. Nous contactons également d'autres professionnels comme des psychologues.

4. MATÉRIEL ET MÉTHODE

4.1. Le questionnaire diffusé auprès des M.K. sur le terrain.

Au cours de notre stage en Réanimation chirurgicale et médicale, les rencontres avec les M.K. ont permis de les interroger sur le sujet de notre mémoire grâce à un questionnaire (ANNEXE I) de neuf questions ouvertes.

4.2. Les contacts avec les Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie (I.F.M.K.)

Nous avons contacté les 39 I.F.M.K. de France afin de recueillir des éléments relatifs à la formation qu'ils proposent à leurs étudiants dans ce domaine, sous forme d'un courriel (ANNEXE II). Nous avons reçu des réponses plus ou moins détaillées qui nous ont conduit à poursuivre nos échanges par un questionnement plus personnalisé.

4.3. Le questionnaire diffusé à nos condisciples de l'I.F.M.K.

L'élaboration d'un questionnaire (ANNEXE III) portant sur le vécu d'un décès dans la sphère privée et/ou professionnelle permet de mener une enquête auprès des étudiants et des jeunes diplômés 2011 de l'I.F.M.K. Nancy.

4.3.1. La population

Les destinataires du questionnaire correspondent aux critères suivants

- Etre étudiant ou jeune diplômé à l'I.F.M.K. Nancy.
- Avoir effectué au moins un stage dans le cadre du cursus formatif.

Nous avons divisé l'analyse du questionnaire en deux groupes :

- Les étudiants K2 (2^{ème} année), K1 redoublants (1^{ère} année) et K3.
- Les jeunes diplômés (sessions 2011) qui ont fait l'intégralité des stages.
 Le questionnaire a été envoyé en plusieurs fois par courrier électronique. La liste des adresses électroniques des étudiants nous a été communiquée par l'association
 Corpo Kiné Nancy Etudiante (Co.Ki.N.É.).

4.3.2. L'élaboration du questionnaire

Pour réaliser le questionnaire nous nous sommes inspirés des questions posées dans l'article précédemment cité dans la recherche bibliographique. Nous les avons retravaillées afin qu'elles répondent à une problématique de M.K.

Le questionnaire se compose de quinze questions : douze questions sont de type fermé et trois sont de type ouvert pour un complément d'information, en particulier pour la dernière qui interroge les étudiants sur la manière dont ils souhaitent aborder le thème de la mort à l'I.F.M.K.

4.3.3. Le traitement des réponses

La messagerie électronique (gmail.com) permet de réaliser un système de formulaire. Les destinataires renvoient le questionnaire de manière anonyme et les réponses sont automatiquement intégrées dans un tableau Excel® pour l'analyse statistique.

Le questionnaire a été distribué à partir du 07 septembre 2011 jusqu'au 31 décembre 2011.

Les questions fermées sont analysées sous forme de graphiques de type diagramme avec un code couleur précisant le pourcentage de réponses. Les questions ouvertes ont été remises en intégralité en annexes (ANNEXES IV et V) et synthétisées dans l'analyse.

4.3.4. Les buts

Le questionnaire a été distribué pour appuyer la démarche de notre mémoire et connaître le ressenti des étudiants et des jeunes diplômés confrontés au décès d'un de leurs patients.

Dans un premier temps, les questions ont pour but de pointer les sujets qui les mettent mal à l'aise et dans un second temps, de définir sous quelle forme ils souhaiteraient les aborder et résoudre la problématique.

4.4. L'entretien avec des psychologues

Pendant nos recherches, nous avons eu l'occasion d'obtenir les coordonnées de deux psychologues qui nous ont accordé une entrevue d'une heure environ.

5. RÉSULTATS

5.1. La réponse des M.K. du terrain

Ils sont diplômés depuis 2002, 1993 et 1986. Ils travaillent en réanimation depuis plusieurs années, respectivement 3, 19 et 22 ans, et leurs réflexions sur leur service sont sensiblement identiques. Ils considèrent, tous les trois, que le travail pluridisciplinaire est un des points les plus positifs du service et que le manque d'information sur le devenir des patients à leur sortie est un des points les plus négatifs.

À la question « D'un point de vue émotionnel, quel type de patient est le plus difficile à prendre en charge? », tous répondent « les patients victimes de traumatisme crânien avec lesquels ils n'y a pas de contact ».

À la question « quelles sont les situations les plus difficiles à vivre au sein du service ? », tous s'accordent à dire qu'il s'agit des décès des jeunes patients.

Enfin, les moments d'hyperactivité du service sont bien gérés grâce à la solidarité de l'équipe.

Aucun d'entre eux n'a eu de cours spécifique sur la mort durant son cursus de formation initiale.

5.2. La réponse des I.F.M.K.

Notre prise de contact nous a permis d'obtenir 6 réponses des I.F.M.K de Grenoble, de Reims, de Montpellier, de Toulouse, de Nice et de Marseille.

À Grenoble, le responsable pédagogique de 3^{ème} année nous a répondu en détails. Un cours théorique est dispensé aux K1, à travers le module « Individu et

Santé », d'une durée de quatre heures, puis en K3, toujours de manière théorique, dans le cadre du module de soins palliatifs, pour une durée de six heures. Parallèlement, l'aspect pratique et le retour d'expériences sont abordés en travaux de groupe durant les années K2/K3 avec une psychologue clinicienne. Cette approche existe à Grenoble depuis plus de dix ans et le retour étudiant est très positif.

À Reims, le sujet est abordé pour la première fois lors d'un cours magistral de deux heures en K2, intitulé « Soins palliatifs et Kinésithérapie ». Tout au cours de cette année-là, une psychologue analyse les situations rencontrées par l'étudiant au retour de chaque stage. L'enseignement théorique est assuré par un intervenant extérieur (un kinésithérapeute parisien). Cette formation est récente – 2010 – il est difficile d'en analyser l'impact sur les étudiants.

À Montpellier, une psychologue clinicienne aborde cette question à partir du processus de deuil et des mécanismes de défense depuis sept ans, aussi bien en cours magistraux qu'en travaux pratiques, auprès des K1 et des K2. Elle évalue le nombre d'heures à environ vingt-cinq par an et son spectre d'intervention est très large : « comment parler : de la mort aux enfants, des conduites à risque chez les adolescents, de la réponse à apporter à un patient suicidaire, du processus de deuil suite à l'annonce du diagnostic, d'un handicap, de l'accompagnement en fin de vie, de la question du déni et autres mécanismes de défense chez les patients et les soignants. La question de la mort est donc abordée très régulièrement en première année et approfondie en seconde année». Elle constate un retour des étudiants rapide et très positif. Elle remarque, en particulier, que beaucoup sont déçus lorsqu'ils réalisent « qu'ils côtoient bien plus la mort que la guérison pour certains.»

À Toulouse, la question est abordée au cours de deux rotations de travaux dirigés (groupes de parole) animés par une psychologue au cours des 1^{er} et 2^{ème} trimestres de la K3.

À Nice, c'est en K1 que ce thème est abordé dans le cadre du module de psychologie, par la suite, le sujet est approfondi en « Gérontologie et en Soins Palliatifs ». L'équipe compte sur les stages pour que les étudiants soient confrontés à la problématique. L'abord est autant théorique que pratique durant toute la formation initiale sans délimitation horaire particulière. Les intervenants sont multiples : médecin, M.K. et psychologue.

Enfin à Marseille, c'est un psychologue clinicien qui traite le sujet lors de l'année de K3.

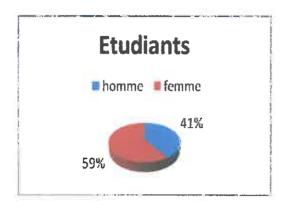
5.3. La réponse de nos condisciples de l'I.F.M.K. (ANNEXE IV et V)

Le questionnaire a été distribué durant quatre mois avec 272 envois au total.

Nous avons obtenus 105 réponses : K1 redoublants/K2 : 23 réponses sur 92 envois,

K3 : 53 réponses sur 96 envois et jeunes diplômés 29 réponses sur 84 envois.

5.3.1. La population



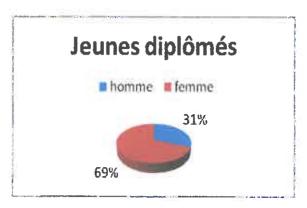
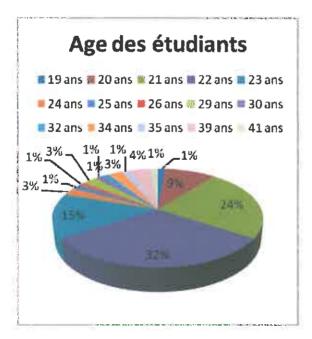


Figure 1 Répartition de la population des Étudiants

Figure 2 Répartition de la population des jeurses Diplômés

Nous constatons que la majorité des personnes ayant répondu au questionnaire sont des femmes. Or, la proportion de l'ensemble des destinataires Hommes/ Femmes est 144/128. Cela nous donne une proportion pour les K2/K1 : 59 / 33, pour les K3 : 53 / 43 et pour les jeunes diplômés : 32 / 52.





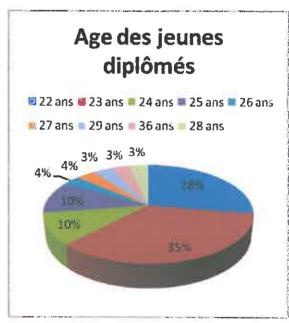


Figure 4 Répartition de l'âge des jeunes diplômés

La moyenne d'âge des personnes ayant répondu au questionnaire (étudiants et jeunes diplômés) est de 23 ans et l'écart type est de 4,91 ans.

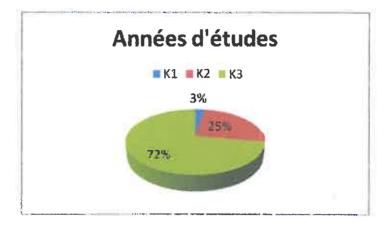


Figure 5 Répartition des étudiants en fonction de l'année d'études

Les étudiants ayant le plus répondu au questionnaire se trouvent être en troisième année à l'I.F.M.K. Le 3% de K1 correspond aux étudiants redoublant de la promotion 2010-2013.

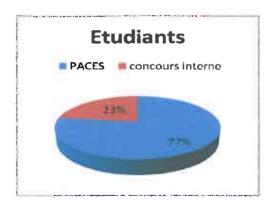


Figure 6 Répartition des étudiants en fonction de l'accès à l'école

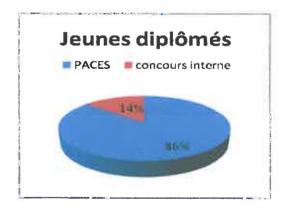


Figure 7 Répartition des jeunes diplômés en fonction de l'accès à l'école

Une très grande majorité des étudiants et des jeunes diplômés ont intégré l'I.F.M.K. par la Première Année Commune aux Etudes de Santé.

5.3.2. Le questionnaire

Avez-vous déjà pris en charge une personne en fin de vie?



Figure 8 Répartition de la PEC de personne en fin de vie chez les étudiants



Figure 9 Répartition de la PEC de personne en fin de vie chez les leunes d'inlòmés

Plus de 60% des étudiants et jeunes diplômés reconnaissent avoir déjà pris en charge des patients en fin de vie.

Avez-vous déjà été confronté(e) à un décès ?

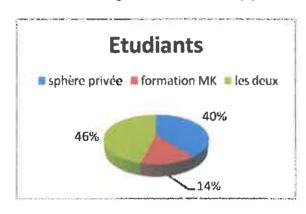


Figure 10 Répartition des étudiants confrontés à un décès



Figure 11 Répartition des jeunes diplômés confrontés à un décès

La majorité des personnes ont été confrontées à des décès dans leur vie personnelle et lors de la formation (service pneumologie, oncologie, réanimation, soins palliatifs, pédiatrie, soins à domicile, gériatrie...). Plus de 80% des répondants ont été confrontés au décès d'un de leurs proches (grand parent, parent, autre membre de la famille, ami, parent d'ami...).

Avez-vous déjà rencontré la famille d'un patient décédé?







l'igure 13 Répartition des jeunes diplômés rencontrant la famille d'un patient décédé

Dans plus de 85% des cas, les étudiants et jeunes diplômés n'ont pas été en contact avec la famille du patient décédé qu'ils prenaient en charge.

Avez-vous pu en discuter par la suite?

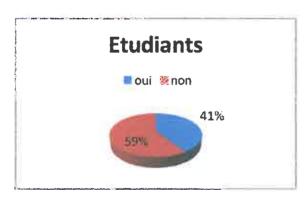


Figure 14 Répartition des étudiants pouvant discuter du décès d'un patient

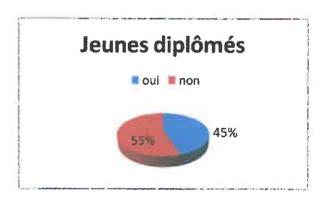


Figure 15 Répartition des jeunes diplômés pouvant discuter du décès d'un patient

Nous pouvons constater qu'une minorité d'entre eux a pu parler de cette expérience soit avec leur maître de stage, soit avec d'autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire à laquelle ils étaient rattachés et parfois avec leur entourage.

Aimeriez-vous le faire (en stage ou à l'école) ?



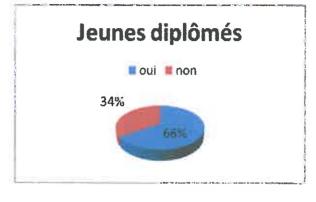
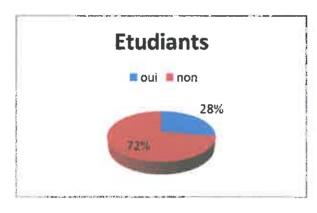


Figure 16 Répartition des étudiants qu'aimeraient discuter du décès d'un patient

Figure 17 Répartition des jeunes diplômés qui aimeraient discuter du décès d'un patient

Les étudiants sont très partagés sur la question, cependant la plupart des jeunes diplômés auraient aimé parler de ce type d'expérience.

Lors de votre formation, le thème de la mort a-t-il déjà été évoqué?



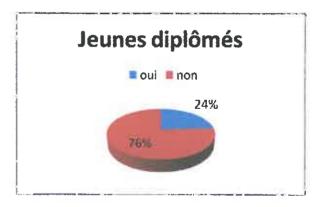


Figure 18 Répartition du thème de la mort évoqué pendant la formation chez les étudiants

Figure 19 Répartition du thème de la mort évoqué pendant la formation chez les Jeunes diplômés

Plus de 70% des personnes ayant répondu au questionnaire ne se souviennent pas que le thème de la mort ait été évoqué lors de leur formation.

Souhaiteriez-vous que ce thème soit abordé de manière plus importante?

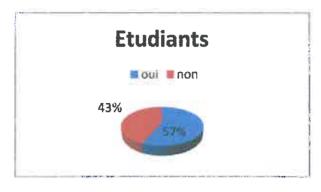




Figure 20 Répartition des étudiants souhaitant aborder de manière plus importante du thème de la mort d'un patient

Figure 21 Répartition des jeunes diplômés souhaitant aborder de manière plus importante du thème de la mort d'un patient

Une majorité d'entre eux souhaiteraient cependant aborder ce thème plus longuement.

5.4. L'entretien avec les psychologues

Une psychologue, en Soins de Suite et de Réadaptation et en Soins Palliatifs, a accepté de répondre à quelques questions pour nous aider dans la démarche du mémoire. Elle pense qu'il est nécessaire d'avoir des cours théoriques lors d'une formation paramédicale sur différents thèmes tels que les principes de la relation d'aide, l'anxiété et la dépression, les traumatismes psychiques, la mort, les pertes, le deuil et les transferts et contre-transferts. Elle souligne que chacun aura ses propres ressentis face au décès d'un patient. Il est important de comprendre ce qui les fait émerger, de trouver la « bonne » distance avec le patient sachant que l'empathie est un atout précieux, de ne pas juger, et surtout de savoir passer la main. En soins palliatifs des groupes de paroles sont mis en place une fois par mois pour l'équipe pluridisciplinaire. Le but de ces groupes de parole est de s'exprimer en mettant des mots sur les émotions, en réfléchissant à la prise en charge et à ce qui a été difficile.

Une autre psychologue, intervenant au sein d'une association qui prend en charge les adolescents de Meurthe-et Moselle, nous a accordé un entretien. Elle propose dans une formation initiale un espace de parole « neutre ». Chaque étudiant peut faire part de son ressenti, de son vécu subjectif et des questions qu'il se pose quant à sa fonction de stagiaire, sa fonction au sein d'une équipe pluridisciplinaire ou encore sa position thérapeutique par rapport aux patients. Chaque participant s'engage auprès de la psychologue et de ses collègues à assister au groupe de parole auquel il adhère. Au vu de son expérience, les groupes de parole doivent être restreint à 8-10 personnes. Elle propose un cours intitulé « psychologie des groupes ». Les thèmes abordés seraient : « la position de stagiaire vis à vis de son référent de stage et de l'équipe pluridisciplinaire / la dimension relationnelle avec le patient et en prolongation, la dimension thérapeutique (hors outils rééducatifs) / les questions qui tournent autour d'une parole douloureuse, d'un vécu traumatique / la façon dont les patients peuvent se confier auprès du futur soignant. Nous sommes donc là pour réfléchir et apporter quelques outils qui vont orienter ce travail. »

6. DISCUSSION

6.1. L'analyse des résultats

6.1.1. La réponse des M.K. sur le terrain

Malgré des profils et des parcours professionnels différents, ils trouveraient pertinent d'aborder la problématique de la mort sous forme de groupes de parole et/ou de jeux de rôles lors d'une formation.

6.1.2. La réponse des I.F.M.K.

Chaque I.F.M.K. est libre d'organiser l'enseignement à sa manière. C'est pourquoi il est important de savoir comment le thème de la mort est abordé dans d'autres établissements afin de pouvoir proposer un projet pertinent. Après enquête, nous avons constaté que l'approche existe de façon polymorphe et approfondie dans plusieurs I.F.M.K. tels que Montpellier, Marseille, Reims, Nice, Grenoble et Toulouse. La question est bien réelle et de plus en plus abordée dans le cadre de la formation initiale des M.K..

Ces constatations nous amènent à comprendre que l'approche de la mort est très différente d'un I.F.M.K. à l'autre et que, si certains l'ont abordée depuis longtemps, d'autres commencent seulement à en entrevoir la nécessité.

6.1.3. La réponse de nos condisciples de l'I.F.M.K.

Dans l'analyse, nous avons volontairement écarté les étudiants de 1ère année qui, d'une part, n'ont pas été confrontés à la P.E.S. de patients faute de stage et, d'autre part, n'ont pas encore de recul sur les différentes pathologies. De plus, compte tenu de la date d'envoi et de la date de retour souhaitée, nous n'avons pas cru pertinent de leur envoyer un tel questionnaire, alors qu'ils commencent leur formation.

Auprès des K2 : le 7 septembre 2011, le 25 septembre 2011 et le 06 octobre 2011. Ces dates correspondent à leur temps de présence à l'I.F.M.K. et non à une période de stage pendant laquelle ils restent plus difficiles à joindre.

Auprès des K3 : le 08 novembre 2011, le 05 décembre 2011. Nous avons choisi ces dates pour les raisons citées précédemment.

Auprès des jeunes diplômés : le 6 octobre 2011, le 17 novembre 2011. Ils sont à quelques mois de leur sortie de l'école et ont un peu de recul par rapport à la formation initiale.

Certains obstacles ont surgi lors de la diffusion :

- Notre planning personnel ne nous a pas permis d'informer la promotion $2^{\text{ème}}$ année avec une annonce en amphithéâtre de la diffusion future du questionnaire.
- La liste des adresses électroniques des différents étudiants et anciens étudiants était incomplète, en raison d'une absence ou de la non diffusion de leur adresse mail à la Co.Ki.N.É.

Certains questionnaires sont peut-être partis dans la corbeille ou ont été considérés comme des spam, en raison de la non reconnaissance de notre adresse email ou parce qu'ils ont été jugés inintéressants par les destinataires. Au travers de notre questionnaire, nous avons pu déterminer les principales difficultés rencontrées par les étudiants comme par les jeunes diplômés, et recueillir leurs souhaits quant à une formation leur permettant d'aborder plus sereinement la mort d'un de leur patient.

De manière générale, il apparaît que beaucoup d'entre eux — au total 60% pour les étudiants et 66% pour les jeunes diplômés - ont été confrontés à la mort et qu'ils n'ont pas tous su y faire face et gérer le stress généré par l'évènement. Parmi ceux qui n'expriment pas de difficulté particulière, c'est l'endurcissement dû à l'habitude qui est systématiquement évoqué. Il s'agit là d'une stratégie d'évitement déguisée. Les conséquences à long terme peuvent être importantes tant au point de vue psychologique que par rapport à la qualité des soins. Pratiquement tous ont un souvenir vague de quelques heures de théorie où le sujet a été survolé. Beaucoup

d'entre eux expriment clairement le souhait d'une formation plus complète et solide, qui leur serait utile au quotidien. L'intervention des professionnels compétents est presque systématiquement évoquée, et dans la grande majorité des cas, le débat groupe de parole et d'échange- est souhaité plus que la théorie pure. Nous pouvons d'ailleurs nous interroger sur la fréquentation d'un simple cours théorique. Il est probable que, parmi les étudiants qui nous ont répondu n'avoir aucun souvenir à propos du sujet qui nous intéresse ici, nombre d'entre eux n'ont pas assisté au cours théorique qui a pu leur être proposé, soit par manque d'intérêt, soit par manque de maturité face au sujet abordé (ANNEXE V, p.13).

6.1.4. L'entretien avec les psychologues

Que cela soit en milieu professionnel ou scolaire, la manière la plus fréquemment proposée par ces professionnels est un groupe de parole. C'est-à-dire un temps détaché des modules théoriques et notés de la formation pour l'étudiant ou en dehors des heures de travail pour le professionnel soignant.

Il est également important de bien se connaître afin de comprendre les répercussions de la mort d'un patient sur sa pratique. Ainsi, il est proposé un cours plus scolaire, pour présenter les divers courants théoriques qui se sont intéressés à la prise en charge des groupes. Le but est de donner quelques clés afin de mieux s'en sortir et d'expliquer les bases de la psychologie humaine.

6.2. Sommes-nous préparés ? (1,2,5,10,11,12)

« On est habitué... on s'habitue jamais » (10), très souvent, le réflexe de protection utilisé par l'équipe soignante face au décès d'un patient s'apparente à une forme de déni. Faire comme si de rien n'était peut rapidement devenir un réflexe (ANNEXE IV, p.14 alinéa 4 et V, p.7). En l'occultant, cela n'existe pas et par là même cela n'a pas de conséquence sur le soignant.

Très souvent au sein d'une équipe, la verbalisation passe par le « on ». On, c'est personne et tout le monde à la fois. En ne disant pas « je », le soignant se désincarne et se protège. Il est évident que s'habituer d'une certaine façon à la mort d'un patient fait partie intégrante de l'expérience du métier. Dans toute activité professionnelle, des situations plus ou moins identiques se succèdent, créant l'habitude et alimentant l'expérience. Pour un soignant, la confrontation régulière à la mort peut en adoucir petit à petit les conséquences (ANNEXE IV, p.12 alinéa 4), encore faut-il que l'événement soit accepté et analysé. Dans le cas contraire, le danger serait une forte souffrance psychologique pour le soignant (ANNEXE IV, p.9 alinéa 2 et p.11 alinéa 3), un sentiment d'échec répété (ANNEXE IV, p.10 alinéa 1, p.12 alinéa 10 et V, p.8) qui peut conduire à la dépression (ANNEXE IV, p.14 alinéa 3). Face à la souffrance du patient, l'équipe soignante peut être amenée à souhaiter la fin rapide ou tout du moins l'arrêt des souffrances (ANNEXE IV, p.13 et V, p.6). Après le décès, une forte culpabilité peut s'en suivre et le soignant peut être amené à rechercher auprès des siens (ANNEXE IV, p.15 et V, p.9) une forme de consolation. Forme de consolation qui lui sera difficile d'obtenir puisque ses proches ne sont pas concernés par le décès du patient en question.

En exprimant le « On ne s'habitue jamais », les soignants démentent en quelque sorte le « On est habitué » et replace l'expérience du deuil dans un vécu intime et affectif (ANNEXE IV, p.10 alinéa 2 et p.12 alinéa 1) qui est le propre de l'être humain.

Dans le cadre d'un travail dans une institution, la nécessité d'une prise en charge pour le personnel soignant, dont le M.K., est de plus en plus reconnue et organisée (soutien psychologique, groupe de parole, etc...). Le M.K., confronté à un décès, pourra avec ses collègues verbaliser les difficultés rencontrées, le stress engendré par la mort du patient, en bref, surmonter l'épreuve. Dans les services, où l'on travaille en équipe, il existe des temps de paroles informels (pauses café et repas) où parfois se dénouent plus de situations complexes que dans nos temps de paroles donnés. Les plus anciens ou les plus endurcis font partager leurs expériences aux nouveaux qui subissent « le baptême du feu » : le massage cardiaque, la fermeture des yeux, les premières condoléances aux familles, les premières toilettes mortuaires qui sont des parcours initiatiques, voire des « bizutages » qu'il faut dédramatiser (ANNEXE IV, p. 12 alinéa 2). Le fait d'en discuter entre collègues permet d'éviter d'en parler dans notre propre famille et de la protéger. Le M.K. ne peut pas prendre le deuil de toutes les familles (ANNEXE IV. p.11 alinéa 9) et de tous ses mourants. Dans ces structures, comme nous le rappelle une des psychologues, des temps de paroles formels sont mis en place de manière plus ou moins régulière. « L'écoute peut ainsi permettre d'aider la souffrance à se dire en restant « entier » sans se sentir « attaqué » avec un effet libérateur, des mots sur des émotions, la possibilité de se réapproprier une expérience traumatique en

progressant dans la représentation qu'on peut avoir et contribution à la restauration de l'estime de soi. »(11). Ils se font sous la tutelle d'un professionnel de la psychologie.

Par contre, en ce qui concerne le M.K. qui travaille en libéral, les situations sont différentes. Confronté au décès d'un patient, il se retrouve tout seul : face à luimême, face à la famille du défunt. Dans ce cas, soit il a comme support sa formation initiale seule, soit il a déjà pu faire des formations spécifiques.

Les conditions de travail sont très importantes ainsi que la communication entre les différents corps de métier afin de permettre une bonne gestion du stress généré par le décès d'un patient.

Nous nous sommes penchés ensuite sur les pistes retenues par d'autres professionnels de santé, I.D.E. en particulier aux travers de publications parues dans la presse spécialisée. Ainsi, dans son article « l'infirmière face à ses deuils, quelques stratégies d'intervention » (12), Jacques Chalifour met en exergue les principales difficultés rencontrées et propose solutions et pistes de réflexion. Comme le relève la psychologue clinicienne de Montpellier, le premier réflexe est souvent l'évitement (ANNEXE IV, p.20 alinéa 5). C'est un réflexe de peur qui n'est pas constructif : apprendre à gérer le stress et l'angoisse face à la mort pourrait être un point de départ concret permettant de digérer la situation au lieu de la nier. Pour J. Chalifour, il semble essentiel que le soignant considère et analyse la peine ou autres sentiments - colère, culpabilité, impuissance - qu'il éprouve, de manière à pouvoir exercer son activité déontologiquement et dans le plaisir, parant ainsi « à l'épuisement professionnel » (12). Le contact du soignant au mourant puis à la mort

n'est pas anodin. Le professionnel de santé doit avoir conscience que son hygiène de vie et son attention à lui même (ANNEXE V, p.12) sont les garants d'un soin de qualité pour son patient. Alerter l'étudiant, dès le début de sa formation, sur cette notion qui peut paraître floue voire négligeable pour un être jeune et dénué d'expérience, apparaît fondamental. Savoir décrypter ses stratégies personnelles, face à une expérience de mort, est un premier pas vers l'autonomie.

Un des points communs de toutes les formations mises en place par les I.F.M.K. qui nous ont répondu est l'organisation de groupe de parole et d'échange qui nous est également proposé par une des psychologues -. Cela peut être vu comme la préfiguration des temps d'échange entre les différents professionnels de santé à la suite du décès d'un patient, dans le cadre d'une pratique hospitalière ou au sein d'institutions médicalisées. C'est ce qu'évoque J. Chalifour. Certes, le futur M.K. libéral n'aura pas forcément la possibilité de bénéficier de ce type de prise en charge ou de lieu de « décompression », mais il pourra toujours en garder le souvenir et échanger avec les autres intervenants, même extérieurs, s'il en a l'occasion. Les approches très diverses que peuvent apporter les différents professionnels - médecin, psychologues, M.K. ... - sont également très importantes. La prise en charge sera alors plus globale et polyvalente, puisqu'elle sera diversifiée, et permettra au jeune professionnel de ne pas limiter son analyse et son ressenti. C'est l'option retenue par l'I.F.M.K. de Nice. La prise en charge de la mort d'un patient devrait être gérée à part, elle ne devrait pas faire appel à l'intime, ou le moins possible. Durant sa formation initiale, il serait sans aucun doute bénéfique au futur M.K. de recevoir des bases détaillées, explicites et techniques, aussi détachées que possible de ces propres affects. Cela lui permettrait de se sentir prêt et compétent s'il

est confronté à ce problème (autant qu'il est possible de l'être). Ces bases apparaîtraient le moment venu comme un matériau exploitable, une réserve dans laquelle il pourrait puiser les éléments nécessaires à la gestion de ce moment de stress professionnel, voire de deuil si l'attachement au patient est plus important, notamment dans le cadre d'une P.E.S. sur le long terme (ANNEXE IV question 13 et V question 12).

7. CONCLUSION

De nos jours, la confrontation à la mort est un sujet difficile dans notre société. Dans notre profession, la confrontation au décès d'un patient est un problème que nous ne devons pas ignorer. Notre travail met en évidence la nécessité de prendre en charge cette situation dès la formation initiale (66% pour les jeunes professionnels et 57% pour les étudiants). Plusieurs I.F.M.K l'abordent de manière différente, bien souvent succincte.

La difficulté d'aborder ce sujet dans les Instituts réside dans le melting pot qui fait aussi la richesse de chacune des promotions - que forment les étudiants : différence de sexe, d'âge, d'origine, d'opinion politique et religieuse. Y a t-il une manière plus efficace qu'une autre de le présenter? Le rôle de l'I.F.M.K reste de former les étudiants et d'en faire aussi des hommes et des femmes capables de mieux gérer toutes les pathologies et les situations qu'ils peuvent traiter, malgré un pronostic engagé. Il faut y associer un maximum de compétences et un maximum de qualités morales.

Et demain? Notre profession avance vers la réforme des études et la réingénierie. Est-ce que l'introduction des Unités d'Enseignement (U.E.), au sein notre formation initiale, n'aiderait pas à aborder le décès du patient pour y être mieux préparé?

Bibliographie:

- 1. CHALIFOUR J. L'infirmière face à ses deuils (Quelques éléments de réflexion). Soins, 1998, n°622, p. 39 44
- 2. LEGRAND M. Le soignant face à la mort en milieu hospitalier. Soins gérontologie,1999, n° 19, p. 14 17
- GABORIT B., PIOLOT A., POAC C. La souffrance des stagiaires face à la mort. Revue de l'infirmière, 2005, n° 115
- JÉROME N. Place du kinésithérapeute dans les soins palliatifs.
 Kinésithérapie la revue, les cahiers, 2003, n° 20-21, p. 63 68
- 5. VILLIOT-DANGER J-C.- A propos de la fin de vie. Kinésithérapie la revue, 2008, n° 75, p. 5- 7
- 6. LAROUSSE LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ. 2009, p. 569 570 et p. 663
- 7. ORDRE DES MASSEURS KINESITHERAPEUTE/ Devenir masseur kinésithérapeute

http://www.ordremk.fr/exercer-la-profession/formation/devenir-masseur-kinesitherapeute/ (Page consultée le 30 avril 2012)

- 8. Décret n°89-633 du 5 septembre 1989 relatif aux études de Masso-Kinésithérapie (ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale)
- 9. ELISABETH KÜBLER-ROSS FRANCE Association loi 1901 Agréée Formation Professionnelle n° 24360071036 / Deuil :

http://ekr.france.free.fr/deuil.htm (Page consultée le 30 avril 2012)

- 10.BUFFARD D., GLAIZE B. On est habitué... On ne s'habitue jamais. Soins, 1998, n° 626, p. 12 13
- 11. ZAMORA B. et al. Deuils et pertes en institution pour personnes âgées. Études sur la mort, 2009/1, n° 135, p. 107 - 112
- 12. CHALIFOUR J. L'infirmière face à ses deuils (Quelques stratégies d'intervention). Soins, 1998, n° 623, p. 39 42

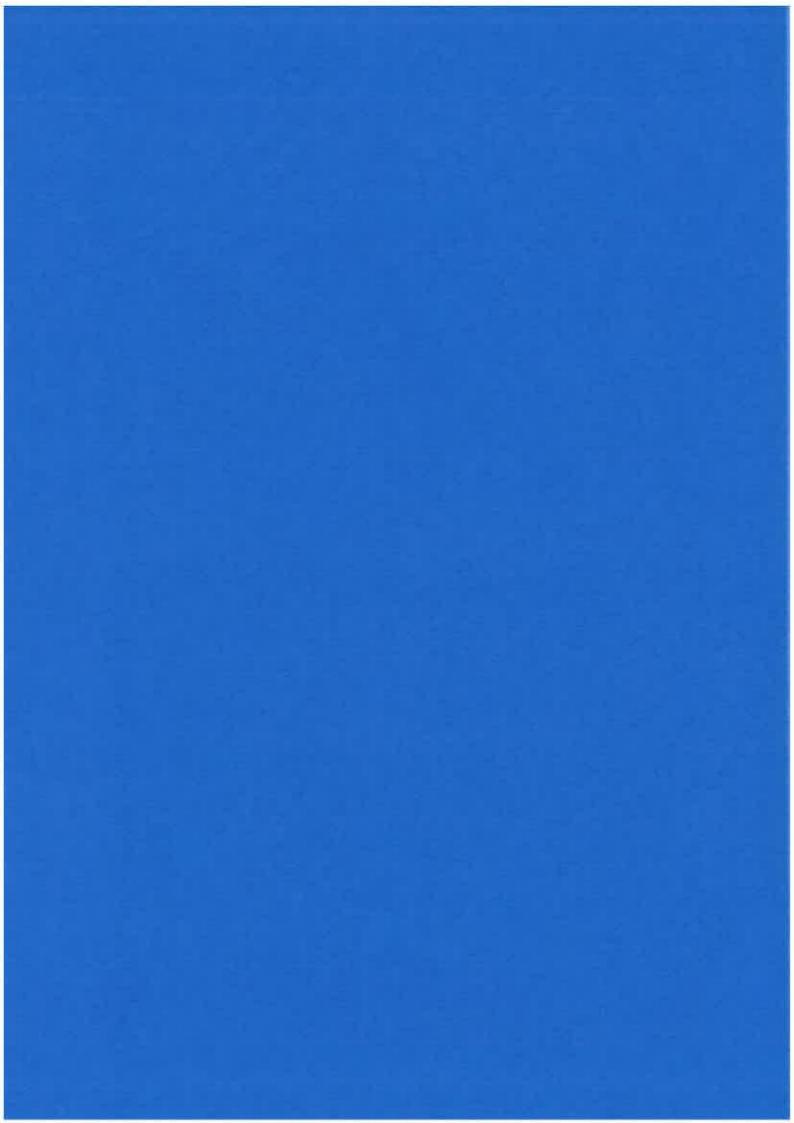
Pour en savoir plus :

HELFTER C. - Aider ceux qui ont à regarder la mort en face. Actualités Sociales Hebdomadaires, 1998, n° 2092, p. 23 - 24

CANOUÏ P. - La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques. Revue internationale de soins palliatifs, 2003/2, Vol.18, p. 101 - 104

S.E.R. - Deuils. Études, 2001/11, tome 395, p. 475 - 491

PRIEUR-BERTRAND M. – Le deuil des soignants. Études sur la mort, 2001/1, n° 119, p. 147 - 153



ANNEXES

SOMMAIRE:

ANNEXE I : Le questionnaire destiné aux M.K. de la Réanimation

ANNEXE II : Le mail commun envoyé aux I.F.M.K.

ANNEXE III : Le questionnaire destiné à nos condisciples de I.F.M.K. de Nancy

ANNEXE IV: L'analyse des étudiants K1, K2 et K3 de Nancy (p.1-24)

ANNEXE V : L'analyse des jeunes diplômés de Nancy (p.1-13)

ANNEXE I : Le questionnaire destiné aux M.K. de la Réanimation

Le questionnaire destiné aux M.K. de la Réanimation

Prénom: Age: 1) Quelle est votre année de diplôme? 2) Quel est votre parcours professionnel avant la Réanimation? 3) Depuis combien de temps dans le service de Réanimation? 4) Quelles ont été les motivations pour travailler dans le service? 5) Quelles sont les dispositions positives et négatives du service de Réa? 6) Quelles sont les situations les plus difficiles à vivre au sein du service? 7) D'un point de vue émotionnel, quel type de patient est le plus difficile à prendre en charge? 8) Quels sont les moyens qui vous permettent de tenir dans ce service? 9) Le sujet de la mort a-t-il été abordé lors de votre formation à l'IFMK: si oui, de quelle manière et si non, l'auriez-vous souhaité et de quelle manière?	Nom	
 Quelle est votre année de diplôme? Quel est votre parcours professionnel avant la Réanimation? Depuis combien de temps dans le service de Réanimation? Quelles ont été les motivations pour travailler dans le service? Quelles sont les dispositions positives et négatives du service de Réa? Quelles sont les situations les plus difficiles à vivre au sein du service? D'un point de vue émotionnel, quel type de patient est le plus difficile à prendre en charge? Quels sont les moyens qui vous permettent de tenir dans ce service? Le sujet de la mort a-t-il été abordé lors de votre formation à l'IFMK : si oui, de quelle 	Prénor	n:
 Quel est votre parcours professionnel avant la Réanimation? Depuis combien de temps dans le service de Réanimation? Quelles ont été les motivations pour travailler dans le service? Quelles sont les dispositions positives et négatives du service de Réa? Quelles sont les situations les plus difficiles à vivre au sein du service? D'un point de vue émotionnel, quel type de patient est le plus difficile à prendre en charge? Quels sont les moyens qui vous permettent de tenir dans ce service? Le sujet de la mort a-t-il été abordé lors de votre formation à l'IFMK : si oui, de quelle 	Age	
 3) Depuis combien de temps dans le service de Réanimation ? 4) Quelles ont été les motivations pour travailler dans le service ? 5) Quelles sont les dispositions positives et négatives du service de Réa ? 6) Quelles sont les situations les plus difficiles à vivre au sein du service ? 7) D'un point de vue émotionnel, quel type de patient est le plus difficile à prendre en charge ? 8) Quels sont les moyens qui vous permettent de tenir dans ce service ? 9) Le sujet de la mort a-t-il été abordé lors de votre formation à l'IFMK : si oui, de quelle 	1)	Quelle est votre année de diplôme ?
 4) Quelles ont été les motivations pour travailler dans le service ? 5) Quelles sont les dispositions positives et négatives du service de Réa ? 6) Quelles sont les situations les plus difficiles à vivre au sein du service ? 7) D'un point de vue émotionnel, quel type de patient est le plus difficile à prendre en charge ? 8) Quels sont les moyens qui vous permettent de tenir dans ce service ? 9) Le sujet de la mort a-t-il été abordé lors de votre formation à l'IFMK : si oui, de quelle 	2)	Quel est votre parcours professionnel avant la Réanimation ?
 5) Quelles sont les dispositions positives et négatives du service de Réa ? 6) Quelles sont les situations les plus difficiles à vivre au sein du service ? 7) D'un point de vue émotionnel, quel type de patient est le plus difficile à prendre en charge ? 8) Quels sont les moyens qui vous permettent de tenir dans ce service ? 9) Le sujet de la mort a-t-il été abordé lors de votre formation à l'IFMK : si oui, de quelle 	3)	Depuis combien de temps dans le service de Réanimation ?
 6) Quelles sont les situations les plus difficiles à vivre au sein du service ? 7) D'un point de vue émotionnel, quel type de patient est le plus difficile à prendre en charge ? 8) Quels sont les moyens qui vous permettent de tenir dans ce service ? 9) Le sujet de la mort a-t-il été abordé lors de votre formation à l'IFMK : si oui, de quelle 	4)	Quelles ont été les motivations pour travailler dans le service ?
 7) D'un point de vue émotionnel, quel type de patient est le plus difficile à prendre en charge ? 8) Quels sont les moyens qui vous permettent de tenir dans ce service ? 9) Le sujet de la mort a-t-il été abordé lors de votre formation à l'IFMK : si oui, de quelle 	5)	Quelles sont les dispositions positives et négatives du service de Réa ?
charge ? 8) Quels sont les moyens qui vous permettent de tenir dans ce service ? 9) Le sujet de la mort a-t-il été abordé lors de votre formation à l'IFMK : si oui, de quelle	6)	Quelles sont les situations les plus difficiles à vivre au sein du service ?
9) Le sujet de la mort a-t-il été abordé lors de votre formation à l'IFMK : si oui, de quelle	7)	
	8)	Quels sont les moyens qui vous permettent de tenir dans ce service ?
illustrate at alliarid constrain radio continuing at an algorithm triplicate.	9)	Le sujet de la mort a-t-il été abordé lors de votre formation à l'IFMK : si oui, de quelle manière et si non, l'auriez-vous souhaité et de quelle manière ?

ANNEXE II : Le mail commun envoyé aux I.F.M.K.

Le mail commun envoyé aux I.F.M.K.

« Madame, Monsieur, bonjour,

Je me présente : Jennifer MEYER, étudiante en 3éme année à L'IFMK de Nancy. J'élabore actuellement mon mémoire de fin d'études sur le thème « l'étudiant masseur-kinésithérapeute face à la mort » et la façon de l'aborder lors de la formation initiale.

Pour compléter mon étude et mes recherches, je me permets de vous contacter afin de savoir si ce thème est évoqué lors de la formation dans votre IFMK, et si oui, de quelle façon.

En attente d'une réponse de votre part et en vous remerciant par avance,

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Jennifer Meyer »

Envoyé le 08 novembre 2011

ANNEXE III : Le questionnaire destiné à nos condisciples de I.F.M.K. de Nancy

Le questionnaire destiné à nos condisciples de I.F.M.K. de

Nancy

Ce questionnaire est réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Masso-Kinésithérapeute. Il est destiné à tout étudiant inscrit à l'ILFMK, sous forme anonyme.

1.	Vous êtes :	un homme		une femme				
2.	Quel âge avez-vous ? ans							
3.	Quelle est vo	tre année d'é	tude?	1	2	3		
4.	Quelle est vo	tre modalité (d'entrée à	i'IFMK?	PACES		Concours	
interne)							
	_							

- Profession antérieure éventuelle :
- 5. Avez-vous déjà pris en charge une personne en fin de vie ? oui non
- 6. Avez-vous déjà été confronté à un décès :
 - dans votre sphère privée ?
 - dans le cadre de votre formation de masso-kinésithérapeute?
 oui * non
 * si oui, merci de préciser dans quelles circonstances :
- 7. Avez-vous déjà rencontré la famille d'un patient décédé ? oui non
- 8. Comment avez-vous vécu le décès d'un patient et quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrées face à cela ?
- Avez-vous pu en discuter par la suite? oui* non
 *si oui, avec qui en avez vous discuté?
 Aimeriez-vous le faire? oui non
- 10. Lors de votre formation, le thème de la mort a-t-il déjà été évoqué? oui* non * si oui, merci d'en indiquer les grandes lignes et vos remarques éventuelles
- 11. Souhaiteriez-vous que ce thème soit abordé de manière plus importante ? oui* non
 - * si oui, merci de préciser de quelle manière et pourquoi :

Merci de votre participation à ce questionnaire !

Jennifer MEYER, Etudiante en 3° année à l'I.L.F.M.K.

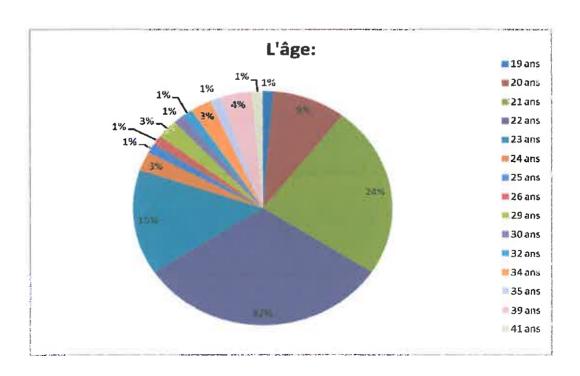
ANNEXE IV: L'analyse des étudiants K1, K2 et K3 de Nancy (p.1-24)

L'analyse des étudiants K1, K2 et K3 de Nancy

1. Vous êtes



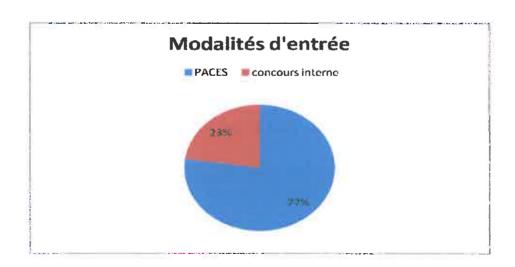
2. Quel âge avez-vous?



3. Vous êtes en quelle année d'études ?



4. Quelle est votre modalité d'entrée à l'IFMK ?



5. Profession antérieure éventuelle :

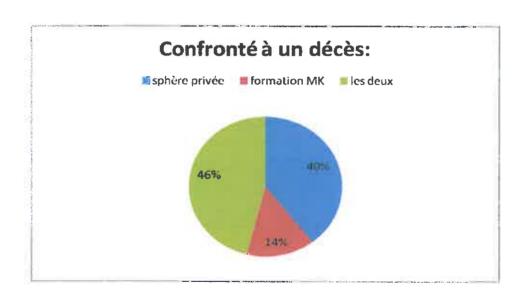
Artiste chorégraphique
Ingénieur Hospitalier
Chargé de projets en santé publique
Professeur d'EPS/ APA
Ergothérapeute
Comptable

Infirmière Diplômée d'État Maître de conférence

6. Avez-vous déjà pris en charge une personne en fin de vie ?



7. Avez-vous déjà été confronté à un décès :



- * si oui, merci de préciser dans quelles circonstances :
- > De la famille par accident ou en fin de vie
- Famille

- Suicide de mon père quand j'avais 15 ans, nous l'avons nous même retrouvé.
- Mon grand-père est décédé il y a 2 ans d'une tumeur à l'œil qui comprimait son cerveau.
- Décès de trois grands parents et d'un parent.
- Vieillesse, maladie (cancer...)
- Décès dans la famille.
- Lorsque j'étais petit , mes grands-parents sont morts.
- J'ai perdu mon grand-père paternel il y a 5 ans.
- > Dans le cadre de mon travail: lors d'installations pour améliorer le confort et éviter des douleurs ou des escarres.
 - Dans ma sphère privée: décès de grands-parents.
- > En emploi d'été en tant qu'aide soignante.
- Je n'ai jamais été confronté à un décès dans ma sphère privée ou ma formation MK. Cependant, (je ne sais pas si c'est important et ou utile à raconter) mon compagnon a perdu sa mère un mois avant que je le rencontre. Il m'en a parlé quelques fois et cela m'a affectée même si je ne la connaissais pas. Je m'imaginais à sa place. Devant lui je ne laissais rien paraitre, mais souvent j'y pensais quand j'étais seule, et cela me rendait triste.
- Grands-parents, amis, parents d'amis.
- Mon meilleur ami est décédé dans un accident de moto.
- Ma grand-mère est décédée de vieillesse lorsque j'étais au primaire. Mon grand-père d'un cancer au pancréas, il y a 3 ans. Mon oncle s'est suicidé, il y a un an, et un autre de mes oncles est décédé d'un cancer au pancréas lorsque j'étais au collège. Ma nourrisse est morte d'un cancer au cerveau lorsque j'étais au collège. J'ai aussi connu un patient que j'avais fait marcher pour une prothèse de hanche et qui est mort, le jour d'après.
- J'ai été confronté à cette situation dans ma famille, lors des décès de mon grand-père et de ma tante.
- Dans ma famille proche, dans des circonstances de fin de vie après un cancer généralisé

- J'ai assisté au décès de mon beau-père, des suites d'un cancer. Et j'ai également été confronté à plusieurs décès de personnes hospitalisées en service de réanimation.
- Dans un service de soins palliatifs et un service de pneumologie.
 - Dans le cadre familial.
 - En stage : à l'hôpital, dans un service de pneumologie et oncologie.
- La mort d'une petit cousine alors que j'avais environ 6 ans, ma grand-mère quand j'étais au lycée, le suicide d'un cousin, la mort de mon grand-père. Par rapport aux patients, j'ai juste appris la mort d'un patient que j'avais vu trois fois, mais je ne connaissais personne de sa famille.
- Décès d'un patient que je prenais en charge, après un mois en réanimation.
- Cancer phase terminale, patiente en traction suspension car fracture du fémur sur métastases osseuses.
 - Patients âgés hémiplégiques en syndrome de glissement. Patients insuffisants respiratoires en fin de vie.
- Suite à un AVC grave.
- > En réanimation cardiague.
- En réanimation, la personne prise en charge est décédée le week-end.
- Le décès de mon père lorsque j'avais l'âge de 6 ans, j'en ai donc que très peu de souvenirs.
- Un patient est décédé, mais pas dans le service dans lequel j'étais. Il a été transféré en réanimation.
- Décès de membres de ma famille. Décès de patients connus mais non pris en charge.
- En stage à l'hôpital en service d'oncologie, un patient dont je m'occupais tous les jours depuis 2 semaines. Je suis arrivée dans le service d'oncologie, un matin, pour m'occuper de lui et les infirmières m'ont annoncé qu'il était décédé dans la matinée.
- ➤ A l'hôpital: 2 patients atteints de métastases cérébrales que j'ai pris en charge jusqu'à leur fin de vie.

A titre personnel:

Une amie victime d'un accident de voiture, 23 ans.

Un ancien ami, overdose, 24 ans.

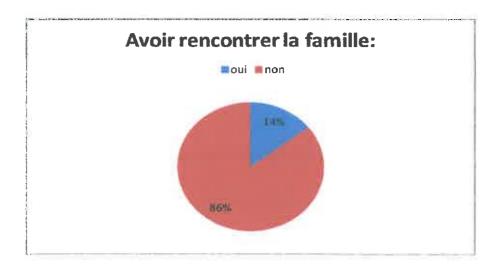
Une collègue de ma mère, assassinée par son mari, 40 ans. Le père d'une amie, crise cardiaque, 50 ans.

- ➤ Décès d'un membre proche de la famille suite à une longue maladie.
 Patient pris en charge pour un drainage bronchique, suivi pendant 2 semaines, puis fausse route ayant causé une décompensation et le décès.
- ➤ Décès de ma mère, retrouvée décédée à mon domicile Décès de 7 patients suite à un stage en soins palliatifs et en réanimation polyvalente.
- Dans ma sphère privée, j'ai déjà été confrontée aux décès de ma grand-mère, de la mère d'une amie et d'une amie à ma mère. J'ai également été amenée à réaliser une réanimation cardio-pulmonaire (bouche à bouche) à une personne âgée victime d'un arrêt cardiaque en pleine rue en attendant l'arrivée des secours. mais hélas elle n'a pas survécu... Enfin durant ma formation kiné, je n'ai pas été confrontée directement à une situation de décès d'un patient, mais j'ai appris, durant un cours, par une intervenante kiné, le décès d'un adolescent de 17 ans, atteint de myopathie de Duchesne, dont je mettais occupée 2 mois auparavant durant mon stage de 2ème année à Flavigny. L'annonce pour moi a été un peu brutale car cette même intervenante nous avait parlé et montré des vidéos du jeune adolescent qui était encore en vie à ce moment là, et la semaine suivante, elle nous a annoncé qu'il venait de mourir...
- N'étant plus en stage dans l'établissement concerné, je n'ai pas été directement confrontée au décès et surtout aux réactions des personnes de l'entourage (famille, soignants, enfants...), qui apparemment ont été très touchées. Il paraît que ses amis, qui étaient à Flavigny avec lui, ont appris son décès en direct par une annonce facebook, faite par sa tante... Du coup, beaucoup d'enfants ont eu l'information avant même que les soignants ne soient au courant... l'annonce a donc été très brutale pour eux, et apparemment la cellule psychologique mise en place a eu du mal à gérer et à anticiper les réactions des enfants qui n'étaient pas du tout préparés...

- > Patiente qui avait subi un AVC et des complications importantes suite a cet accident à l'hôpital.
- > Décès de personnes proches.
 - Décès d'un patient en phase terminale d'un cancer du poumon dont je m'occupais depuis 2 semaines.
 - Je suis arrivée dans sa chambre le matin et toute la famille était auprès de lui... il était décédé tôt le matin.
- Décès suite à un trauma crânien, il était dans le coma sous respirateur et il a fallu prendre la décision de le débrancher.
- > Dans le cadre d'un stage en réanimation : Un jeune homme attient de tuberculose.
 - Une vieille dame avec un problème d'encombrement important.
- ➤ En secteur de soins continus, à Brabois adulte et en secteur de réanimation neurochirurgicale.
 - dans le cadre personnel : accident de la route d'une amie.
 - dans le cadre professionnel : cancer et gériatrie principalement.
- ➤ 1er stage. Central service COT-ATOL (traumatologie) Patient en soin pour fracture col du fémur suite à métastases osseuses, pulmonaires, foie,... Lors d'une séance de kiné visant à le désencombrer car il ne toussait plus (aspirations nasales.)
- > Cancer métastasé, prise en charge de lymphoedème, prise en charge d'une personne âgée en long séjour.
- Dans un service de réanimation et dans un service de néphrologie où j'ai été le premier témoin du décès de la personne.
- ➤ Patient à l'hôpital atteint d'un cancer du colon avec métastases au niveau de la moelle épinière. Prise en charge initiale pour des mobilisations passives et actives aidées au niveau des membres inférieurs. Diminution force et douleurs augmentées au cours des semaines, patient placé sous morphine et qui a régressé jusqu'à arrêt prise en charge MK car trop fatigué.
- Décès d'une grand-mère, de cousin, d'oncles et de tantes pour la sphère privée.

- Décès de patients atteints de cancers généralisés en service d'oncologie et de patients âgés en réanimation et en service post-opératoire.
- Décès suite à la maladie dans la famille, décès d'amis proches dans des accidents, décès de patients en service de réanimation lors d'un stage d'observation.
- > J'ai été confronté à 2 décès à une semaine d'intervalle. J'ai perdu un patient atteint d'un cancer lors d'un stage en clinique et un membre de ma famille, la semaine suivante, avec le même diagnostic.
- Pendant un travail d'été dans une maison de retraite, une pensionnaire est décédée.
- J'ai assisté à la mise en place d'une intubation lors d'un stage en réanimation. Cette intubation s'est mal déroulée et la personne a fait un arrêt cardiaque sur la table...
- ➤ En réanimation néo natalité, lorsque je faisais une séance de kiné à un bébé l'enfant à côté de moi était en train de mourir. Les parents et le pédiatre étaient présents.
- Dans le cadre privé : j'ai été confronté au décès de personnes de ma famille ou de mes amis. Dans le cadre de ma formation : j'ai été confronté plusieurs fois à des patients en fin de vie à l'hôpital, dans des services de gériatrie, soins palliatifs, réanimation.

8. Avez-vous déjà rencontré la famille d'un patient décédé ?



- 9. Comment avez-vous vécu le décès d'un patient et quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrées face à cela ?
 - Oui, je n'ai pas rencontré de difficultés car on pouvait en parler en équipe et même dans certain cas avec la psychologue de l'établissement.
 - Je n'ai pas vécu le décès d'un patient, mais je pense que si c'était le cas je serai triste, car j'ai beaucoup d'empathie et je m'attache très vite aux gens.
 - Je n'ai honnêtement pas eu de difficultés étant donné que je me suis occupée une seule fois de ce patient...
 - ➢ Il y 4 ans, en tant que professeur d'activité physique et sportive, j'ai été confronté au décès d'un patient que j'avais pris en charge la veille et que je prenais en charge depuis quelques semaines. J'ai été surpris du décès car rien ne le laisser présager. J'avoue avoir accusé le coup...
 - J'ai systématiquement vécu ces décès comme un moment de délivrance, de par les circonstances qui entourent ces décès: hospitalisation de longue durée pour des maladies incurables et dont les traitements sont difficiles à supporter.
 - Oui mais pas en direct. Rester de marbre, c'est la vie.

- ➢ Ca m'a fait un peu "bizarre" de savoir que la personne, prise en charge la veille, était morte. Le plus dur est d'accepter que les techniques réalisées aient un objectif de confort et non un objectif de réhabilitation à long terme je pense. Il faut trouver d'autres raisons que les raisons habituelles de réaliser les actes : améliorer la fin de vie.
- Difficile, car même si on prend nos distances par rapport au patient, "on s'attache " toujours plus ou moins. De plus, on se dit que ça pourrait bien être nous. Enfin, cela nous refait penser aux décès de nos proches.
- La dernière fois où je l'ai vu, l'odeur avait changé, il était différent, ça m'a plutôt soulagée pour lui, pour moi aussi. Ce qui m'a gênée, c'est de ne pas avoir pu dire ce soulagement et d'avoir à paraître triste plutôt qu'apaisée.
- ➤ Cela m'a touché car ce patient allait bien, et discutait bien avec le personnel, puis son état s'est progressivement dégradé. Du coup, j'ai été touché par son décès car c'est la 1ère fois que j'étais dans cette situation, de plus il était relativement jeune.
- Un peu choqué en apprenant la nouvelle mais c'est la vie.
- ➤ La surprise principalement, on a beau nous dire que ça va bien, on a du mal de réaliser. Une autre difficulté : le manque d'écoute sur certains terrains de stage où c'est visiblement monnaie courante.
- ➤ En arrivant le matin dans le service, le nom de la patiente n'était plus affiché et la chambre était vide... et c'est tout. Ce n'est pas très facile de continuer à travailler sans y penser même si c'est un patient, il reste un humain. Ce n'est pas facile.
- Faire la différence entre le professionnel et le relationnel, pour moi le métier ne doit pas empiéter sur la vie privée, aucun sentiment ne doit sortir du travail.
- Plutôt avec du recul même si ça ne laisse pas indifférent. La personne était âgée donc je trouve ça un peu moins dur à comprendre qu'un jeune.
- Pas de difficultés.
- Je n'ai pas rencontré de réelles difficultés, j'ai trouvé ça juste étrange comme sensation mais le lendemain c'était passé.

- Un patient est décédé, mais je ne m'en étais pas beaucoup occupé; je n'ai pas eu beaucoup de difficultés face à cela, car je connaissais peu le patient et il est décédé dans un autre service que celui dans lequel j'étais.
- Pas de difficultés mais je ne prenais pas en charge ces patients, par contre je les connaissais, j'avais déjà discuté avec eux.
- > Lors de l'annonce du décès d'un patient, j'ai été choquée. En 2 semaines, je m'étais "attachée" à lui et son décès m'a rendue triste.
- Le premier, la veille de son décès, a désaturé très fortement, j'ai alerté l'infirmière prenant en charge le patient, qui n'a pas apprécié que je m'occupe de son travail... et a attendu une bonne heure avant d'aller le voir. J'arrivai le lendemain, l'homme allongé sur son brancard dans l'entrée de sa chambre était recouvert d'un drap blanc. L'autre patient, lui aussi atteint de métastases, était bon vivant mais ses capacités diminuaient très nettement et la rééducation allait dans le sens inverse. On m'a prévenu, avant que je rentre en chambre, qu'il était décédé pendant la nuit.
- Sur le coup : un choc parce que le patient allait bien auparavant puis on se fait à l'idée. Pas de difficultés particulières.
- Les décès de certains de mes patients m'ont affecté, par le lien que j'avais tissé avec eux. La majorité des décès que j'ai pu rencontrer furent dans des services où ce type de phénomène arrive de manière récurrente, donc je m'y étais préparé .Malgré cela, je reste une personne avec un cœur et la mort d'une personne reste toujours sensible. Maintenant, j'ai appris à laisser de côté mes émotions et à poursuivre mon travail.
- > Je n'ai pas été confrontée directement au décès d'un patient...
- > Triste sur le moment puis après on essaie de passer au delà ...
- > Difficilement surtout qu'il n'était pas très âgé (60ans) et je me suis vite mise à la place de la famille.
- Aucune difficulté pour être franc, sans vouloir paraître insensible, ce sont des personnes qui, dès le début de leur prise en charge, étaient vouées à mourir donc il faut se faire une raison
- Je l'ai plutôt mal vécu, j'ai du mal à accepter le décès des patients.

- ➤ Quand le décès était prévisible cela n'a pas particulièrement été traumatisant. Quand le décès arrivait subitement : la surprise et la tristesse ont été mes sentiments puis j'ai essayé de ne plus y penser. Il est difficile de ne pas faire de transfert sur moi ou mes proches ("si ça arrivait à mon père"...)
- Son état s'est détérioré petit à petit (désaturation, bradycardie, ...) appel des infirmières puis du "service d'urgence" (qui fut long à arriver, proche des 10 minutes, disons entre 7 et 10 min). Et tentatives de réanimation. Globalement cette situation "d'urgence" m'avait semblé être plutôt un sketch ... Mais soit disant, dès les premiers signes, il était: "déjà partit". Peut être pas tout à fait faux mais un peu difficile à entendre pour une première fois.
- C'était un patient que je ne connaissais pas encore!
- > Je les ai vécu "professionnellement", en me disant que cela pouvait être normal dans un tel service.
- ➤ Les difficultés rencontrées ont été plus comment se placer face au patient et comment se comporter face à la famille
- Cela dépend du temps passé avec le patient, de son jeune âge et si la communication est difficile.
- > Cela ne m'a pas posé de difficultés particulières.
- ➤ Je m'en doutais (suite à l'arrêt de la prise en charge et au vu de son état lors de la dernière séance) que ca n'allait pas durer longtemps. J'ai appris son décès une semaine après. Je me suis forcée à ne pas trop y penser et à prendre de la distance vis à vis de mon ressenti face à cette personne que j'avais côtoyée et que je connaissais finalement que peu. Ce ne fut pas facile mais dans le cadre du travail, on ne réagit quand même pas de la même façon et on peut prendre de la distance beaucoup plus facilement.
- ➤ J'ai ressenti un soulagement surtout pour le patient qui était dans un état de souffrance considérable. Pour les autres patients, j'ai ressenti de la tristesse, notamment pour l'un d'eux qui est décédé suite à un examen médical et qui n'était pas du tout en fin de vie.

- > J'ai beaucoup mieux vécu le décès des patients en pneumologie, qui souffraient en fin de vie, alors que chez les enfants, il me reste un sentiment d'injustice et de frustration d'avoir été impuissant.
- Aucunes difficultés. L'une des patientes, avec laquelle j'avais réalisé plusieurs séances, était parfaitement consciente de sa fin proche, elle l'attendait sereinement et en parlait très librement. Elle aimait le fait que je ne la traite pas avec condescendance et avec "pitié", comme elle le disait "J'ai 78 ans, j'ai fait de beaux enfants, j'ai des petits enfants et j'ai même connu mon arrière petite fille. J'ai réussi mon mariage et ma vie professionnelle et je sais que je pars avec le sentiment que personne ne manque de rien dans ma famille, je peux rejoindre mon mari maintenant". La patiente aimait l'humour et surtout l'humour noir. Allant de plus en plus loin, elle me disait même quand je rentrais dans sa chambre "Désolé mon vieux, j'occupe encore un lit, mais je suis toujours pas morte, ca en met du temps..." Le tout avec un grand sourire. La patiente est décédés au bout d'un mois et demi d'hospitalisation, sa famille l'a veillée pendant les dix derniers jours, jours et nuit, mais la patiente est partie la seule nuit où il n'y avait personne pour la veiller.
- Annonce brutale de plusieurs décès en réanimation : en stage d'observation, je suis arrivé dans le service et une infirmière me dit textuellement "Va boire un café et reviens dans 1h30, tes 4 premiers patients sont morts cette nuit" !! Cela a été dur à encaisser...
- > J'ai pris du recul, j'arrive à faire la différence entre la vie professionnelle et la vie privée. J'essaye de faire en sorte que cela ne m'affecte pas et j'y arrive bien pour le moment.
- > Le décès était prévu de longue date, il souffrait beaucoup, j'étais soulagée pour lui.
- ➢ J'ai été présent jusqu'au dernier jour pour le patient. Je venais dans un but de bien être. Ma visite était assez appréciée par le patient, quand il était éveillé, ainsi que par sa femme. J'ai vécu la situation sans trop de soucis, la difficulté était de voir qu'il restait encore un espoir de la famille (surtout sa femme) alors que nous même savions qu'il n'y avait plus rien a faire.

- ➢ Une sensation assez bizarre, ça m'a touché mais je n'étais pas proche d'eux et je ne m'étais pas occupé d'eux longtemps, alors on passe à autre chose et la vie continue. On passe à côté de leur chambre en se disant : « Hier ils étaient là, j'ai discuté avec eux et là... »
- Je suis restée très à l'écart de cette situation en tant que stagiaire, malgré tout je m'en suis occupée et j'ai tissé des liens même involontaires. Le choc et une certaine tristesse restent quasiment inévitables.
- ➤ Le décès d'un patient a été une épreuve plus qu'éprouvante pour moi... surtout que c'était dans des circonstances particulières... Les sentiments ont été de la peur et de la culpabilité.
- > Les décès sont souvent brutaux et difficiles à gérer émotionnellement.
- La première fois, c'est souvent un choc, une sorte d'échec même si ça n'est pas notre faute du tout et que l'on ne pouvait rien y faire. Par la suite, c'est malheureux mais on est en quelque sorte obligé de s'y "habituer", avoir une réaction émotive démesurée est impossible. En soins palliatifs ou en réanimation, ce sont des choses qui arrivent souvent et qui ne choque pas forcément mais dans certains services comme la pédiatrie par exemple, c'est je pense une étape beaucoup plus difficile à surmonter.
- Je n'en ai pas rencontré.

10. Avez-vous pu en discuter par la suite?

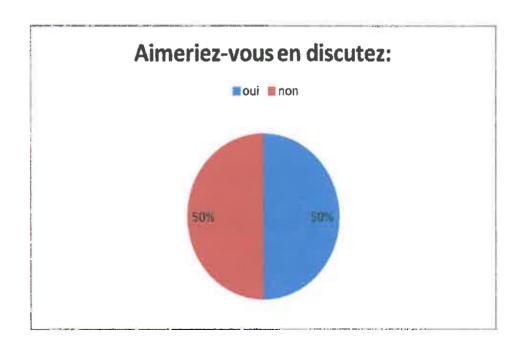


*si oui, avec qui en avez vous discuté?

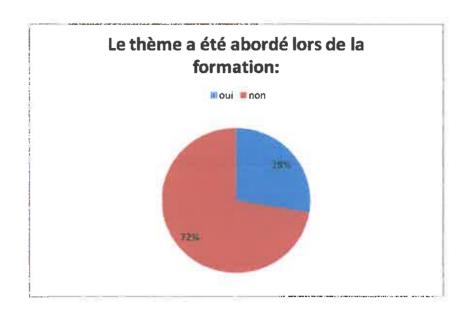
- > Avec mes proches
- > Avec les collègues de l'équipe de rééducation (ergothérapeutes et kinésithérapeutes) et avec une infirmière.
- Avec ma mère qui est dans le domaine médical et qui est également confrontée à la mort. Je pense que c'est important d'en parler à quelqu'un, de l'extérioriser. Néanmoins, je ne pense pas qu'une formation soit vraiment utile, car nous avons tous un contact différent avec la mort suivant notre personnalité, notre vécu, notre propre vie et nos propres décès dans nos familles.
- Avec l'autre stagiaire.
- Ma référente de stage.
- Ma famille.
- Une collègue.
- Le médecin de service et la MK qui m'encadrait.
- L'équipe du service.
- > Avec l'ensemble de l'équipe soignante du lieu de stage.

- ➤ Le MK que je suivais dans ce service, des collègues (MK, ergothérapeutes, aides-soignantes), des amis, de la famille.
- L'interne de l'hôpital qui m'a expliqué ce qui lui était arrivé et avec ma famille.
- > Avec l'équipe de psychologues qui travaille avec l'équipe de soins.
- La nièce de la patiente qui m'a confié que jusqu'au bout elle avait apprécié ma fraicheur et la pointe de gaité que "j'apportais dans un service assez froid".
 J'en ai discuté également avec l'infirmière qui la suivait et mes collèges MK.
- > Personne, ma kiné référant ne se sentait pas très concernée...
- ➤ Avec la MK qui était avec moi dans le service, je lui ai demandé si on s'habituais à cette situation et avec les étudiants MK présents pendant le stage.
- > J'ai pu en discuter avec le MK qui m'encadrait pendant le stage ou avec des proches.

11. Aimeriez-vous le faire?



12. Lors de votre formation, le thème de la mort a-t-il déjà été évoqué?

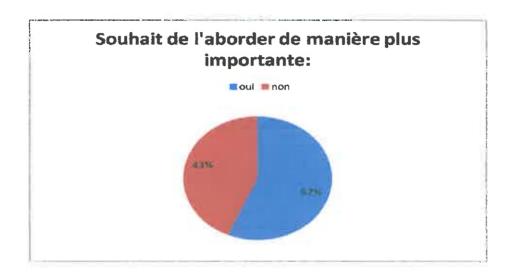


*si oui, merci d'en indiquer les grandes lignes et vos remarques éventuelles :

- Lors des cours sur les pathologies lourdes, lors d'un exposé sur l'empathie, ...
 Mais cela de manière très succincte.
- > Rapidement mais n'a jamais fait l'objet d'un cours proprement dit.
- On va l'aborder prochainement ...
- Oui en PACES si i'ai bonne mémoire.
- > Il me semble en cours de relation en 1ere année.
- Vaguement.
- > En travaux pratiques : AERE.
- > Brièvement par chaque enseignant, mais cela n'a pas été développé en détails en cours.
- > En PACES, sur les décisions d'arrêt de soins et l'euthanasie. Sur notre « petitesse » face à la vie et la mort, pour nous rendre peut être plus humbles face aux patients par rapport aux progrès de la science.

- ➤ Ce thème a été abordé en 1^{ère} année, en cours de relation, et de ce fait, avant de partir en stage. Le contenu a peut-être pu paraître abstrait puisqu'il abordait essentiellement le comportement du thérapeute vis à vis du décès d'un patient.
- ➤ Il me semble qu'on en a parlé lors des cours de santé publique en 1^{ère} année : un groupe qui traitait de l'empathie en parlant succinctement de la mort.
- > On a évoqué la mort en relation mais c'était assez bref.
- ➤ Lorsque que nous avons parlé de nos stage de première année, certains étudiants étaient en soins palliatifs. Ils ont évoqué l'esprit très différent de la kinésithérapie (par rapport à la kinésithérapie classique) qui vise plus le confort et l'entretien du patient plutôt que la récupération. Les liens entres collègues étaient plus soudés.
- Nous avons eu un cours de relation, où chacun devait raconter une expérience forte. Certains ont parlé de la mort. Ce n'étais pas mon cas.
- ➤ En 1ere année de médecine et dans mon entourage oui, mais après à l'école non, ou pas encore... c'est toujours un moment à faire passer que se soit patient ou famille mais le tout c'est d'en parler, je pense.
- > Dans le cadre du module de psychiatrie, on a abordé le travail de deuil.
- Nous avons traité un sujet sur l'euthanasie en Europe dans le cadre de l'enseignement de santé publique.
 - Sujet très intéressant et à mon avis indispensable dans une formation de professionnel de santé.
- Oui, mais très brièvement. Pas d'enseignement sur la prise en charge d'une personne en fin de vie. On a seulement pu discuter de nos expériences personnelles au début de l'année pendant l'heure de "psychologie".
- > Exposé de Santé Publique sur l'euthanasie.

13. Souhaiteriez-vous que ce thème soit abordé de manière plus importante ?



* si oui, merci de préciser de quelle manière et pourquoi 🗈

- > Sujet important : il peut être créer sous forme de groupes de paroles avec des professionnels qui ont l'habitude pour nous expliquer comment réagir.
- ➢ Pendant notre formation, le thème de la mort est très peu abordé. Cependant je ne pense pas qu'il y ait de réactions préconçues à avoir dans ce cas. Mais pouvoir en parler, raconter son vécu peut être enrichissant et permettre de mieux vivre cette dure étape dans le cadre professionnel par la suite.
- ➤ Savoir quoi faire lorsqu'un de nos patient est en fin de vie, quelles sont les limites? Essayer de gérer au mieux la situation. Savoir à qui s'adresser pour en parler. Quelles sont les erreurs à ne pas commettre.
- La prise en charge psychologique des patients est assez bien prise en compte mais notre propre gestion des décès ou échecs est mal abordée.. vers qui se tourner dans les cas là.. comment déculpabiliser.. et surtout quelles réactions avoir face à la famille ?
- > Lors de formations en groupes plus restreint permettant une meilleure préparation face aux situations.

- ➤ Chacun a sa manière de réagir face à la mort, mais nous faire prendre conscience qu'on y sera confronté pourrait être intéressant. Peut être pas en amphi, trop impersonnel. Mais plutôt par petit groupe pour pouvoir s'exprimer plus facilement.
- ➤ Pourquoi pas. Mais je ne sais pas si en parler permettrait de l'accepter ou le vivre différemment. C'est la vie, ce n'est pas une surprise, on sait que les patients ne sont pas forcément jeunes et en bonne santé. Le tout est de réussir à prendre une certaine distance par rapport à la mort.
- Je pense que la place du masso-kinésithérapeute en fin de vie est importante pour essayer de donner un minimum de plaisir au patient comme marcher, aller au fauteuil etc.. Cependant, ce sont des patients qui prennent plus de temps puisqu'il ont besoin de discuter, et peuvent perturber un professionnel de santé. Il faudrait voir en cours comment aborder un patient de ce type et ce que l'on peut vraiment apporter et les limites à ne pas dépasser.
- ➢ Je pense qu'il pourrait être important de pouvoir en parler car il est probable que l'étudiant sera confronté au décès d'un patient au cours de sa vie professionnelle. Dans ce cas précis, il se pose la question des réactions auxquelles doit faire face le thérapeute, qu'elles lui soient propres ou celle de la famille du patient. Que répondre à la famille? Ne pas trop s'investir, ni trop peu. Comment réagir personnellement? Aurais-je pu mieux le prendre en charge? Sans parler des situations de transfert et contre transfert qui s'immiscent dans les relations patient/thérapeute et qui viennent s'ajouter à la charge émotionnelle. Pourquoi ne pas en parler dans des groupes type Balint?
- ➢ Pour moi, il est important d'aborder le sujet pour le désacraliser. Je suis peut-être insensible à la mort mais cela ne m'a absolument pas coupé l'appétit ou empêché de dormir à l'annonce du décès d'une patiente. Cela a "glissé sur moi". Dans les services d'oncologie, beaucoup de patients sont là pour mourir, le personnel le sait et les patients aussi, dès lors il est inutile d'éviter le sujet. De plus, je trouve que le tabou pèse plus sur les patients, qu'il ne les aide pas, j'ai l'impression que beaucoup

de patients ont la volonté/la nécessité d'en parler mais que le personnel soignant n'ose pas/ ne veut pas aborder le sujet....

- Pour mieux nous préparer face à cette situation qui ne peut être anticipée.
- > Oui, pour préparer les étudiants à un problème face auquel on est démuni.
- ➤ Au moins une fois! Se préparer à cela, sans l'avoir vécu, n'est pas forcément évident. Donc, on pourrait se dire plutôt en fin de formation, mais il serait intéressant d'en parler avant les stages pour arriver à s'en détacher et éviter de trop prendre sur soi ...
- Il me semble important d'aborder la mort surtout qu'elle rappelle à tous des moments particuliers de notre vie. Cependant, il est important d'en parler d'une manière interactive sans être jugé. Peut-être par une première approche par écrit qui permettrait aux étudiants de tout d'abord mettre des mots sur leur vécu. Même si cela est un peu impersonnel, je trouve intéressant l'idée d' avoir l'adresse Email d'une personne de confiance (psychologue ou professionnel de santé mais pas quelqu'un de l'école) à qui l'on pourrait écrire dès que l'on est tracassé et qui nous répondrait, nous conseillerait, nous écouterait. Cela permet de parler immédiatement (surtout en période de stage) de nos peurs et souffrances.
- ➤ Il serait souhaitable à mon avis de réaliser une sensibilisation à ce sujet et permettre d'évoquer d'éventuelles réactions et situations que nous pourrions rencontrer.
- > Soit sous forme d'entretien individuel ou en groupe d'une dizaine de personnes pour pouvoir échanger les expériences.
- Je pense qu'il serait intéressant qu'il y ait des interventions spécifiques sur ce sujet avec différents professionnels, organisées sous forme de témoignages sur l'accompagnement des personnes en fin de vie en soins palliatifs et de la famille, sur la manière dont est annoncée un décès, sur l'annonce d'une maladie incurable. Et je pense qu'il serait très enrichissant d'organiser des débats avec différents intervenants (MK, psychologues, médecins, juges, avocats, associations...) sur des questions spécifiques sur le droit de mourir dans la dignité, sur les droits et les devoirs des soignants et des patients face

- à la fin vie et à la mort, sur les questions éthiques de la légalisation ou non de l'euthanasie...
- Car toutes les personnes n'ont pas connu la mort et ne savent pas toujours à quoi s'attendre et quelle réaction avoir quand la famille souhaite en savoir plus sur les conséquences de décès. Maintenant, cela reste une expérience propre à chacun et aucun cours ne pourra empêcher un être humain de réagir à sa façon.
- ➤ En Cours Magistraux et en petits groupes de Travaux Pratiques afin d'essayer de nous apprendre à nous faire une « carapace » pour être le moins touchés et déstabilisés par ces événements.
- Ça me paraît primordial d'aborder ce sujet dans le cadre de la formation car nous serons tous confrontés à la mort à un moment donné et il est important d'avoir au préalable exorcisé le sujet.
- Peut-être sous forme de cours magistraux, où on nous donnerait des conseils, des exemples, différentes approches ou bien sous forme de petits groupes qui permettraient de s'entretenir sur leurs expériences, sur la base du volontariat.
- Pour éviter qu'on soit démunis quand on vit la situation, à aborder en petits groupes de discussion.
- > Je pense que nous n'avons pas conscience des termes que nous pouvons employer pour en discuter avec le reste du personnel soignant, ni comment rester détaché de cette situation sûrement difficile a gérer.
- ➤ Au moins un cour concis sur le sujet serait le bienvenu, savoir reconnaitre quelques signes antérieurs, afin de ne pas se faire surprendre. Gestion d'une situation, face à la famille du patient décédé.
- > Table ronde pour en discuter entre nous et avec quelqu'un qui s'y connait et qui a été confronté à la mort.
- > Attitude à avoir envers ces personnes (réaliste, démagogique...) , attitude envers la famille.
- Peut-être prendre une heure ou deux pour expliquer comment réagir face aux questions du patient en fin de vie, comment être emphatique.
- Non, car chacun le vit avec son vécu et sa religion ou non. Ce n'est pas une science exacte donc aucun enseignement à avoir là-dessus.

- ➤ Par des témoignages de professionnels. Pour bien comprendre que dans certains services, le MK est confronté à la mort (service de réa, oncologie...)
- Peut être sous forme de témoignages, de choses vécues, car un "cours type" ne permet peut être pas de faire face à ce genre de situations. Il s'agit de réagir face à une famille, faire face à ses propres émotions, et on peut se sentir désemparé.
- Peut être avoir des témoignages pour mieux pouvoir faire face par la suite en stage
- ➤ Des choses que j'aurais aimé savoir : quels gestes sont à proposer en fin de vie ? Le rôle du MK en fin de vie ? Comment « vivre » la mort d'un patient ?
- ➢ Oui, je pense que des cours sur la conduite entre patient et M.K en fin de vie et comment gérer cette situation serait une bonne idée.
- > Cela permettrait d'être préparer à la réaction à avoir lorsque ça nous arrivera en stage ou par la suite sur notre lieu de travail.
- ➢ Je pense qu'il serait bien d'avoir un cours pour savoir comment aborder la mort avec les patients qui nous en parle spontanément, comment en parler avec les familles et quelles sont les différentes représentations que les patients peuvent se faire de la mort, car chacun a sa propre vision de la chose. Il faudrait un cours de psychologie peut-être.
- > Je ne vois pas trop comment, en fait, mais il faudrait que chacun sache faire face à la mort... rencontre et/ou cours avec un psychologue ou autre...
- ➤ L'aborder oui mais pas en détails. Cela peut être plus approfondi dans le cadre d'une formation professionnelle.
- ➤ Il serait bon d'avoir quelques heures en amphithéâtre sur ce sujet qui nous présenterait des situations courantes et les meilleures manières de réagir. Ces heures pourraient êtres suivies d'un débat.
- ➤ Pour savoir quel est notre rôle dans cette situation, comment cela peut-il arriver, ce qui se passe ensuite. Je ne sais pas de quelle manière. Peut-être une intervention par un MK à qui cela est arrivé.
- Afin d'y être mieux préparé !!

- Nous serons de plus en plus amenés à prendre en charge des patients âgés voir en fin de vie et il est important de connaître la législation en la matière.
 Les cours de relations peuvent être un cadre adapté pour aborder ce thème.
- Oui, mais pas un cours par semaine. Je pense que tout le monde n'est pas à l'aise avec les personnes en fin de vie, et que tout le monde ne sait pas gérer un décès. Il faudrait peut-être 2h avant le premier stage pour discuter de cela.
- Nous ne sommes pas assez informés sur ce sujet, après je pense que c' est une expérience délicate et nous ne pouvons pas apprendre aux élèves aux travers d' un cours théorique à gérer cette situation et à avoir un regard extérieur sur le sujet.
- Développer ce thème lors des séances de relation en K1.
- Je pense que nous devrions être au moins sensibilisés à la question de la mort. Faisant partie d'une équipe de santé, cela fait partie des choses auxquelles nous allons être confrontés et pour lesquelles nous ne sommes pas préparés.

Même si chacun est différent dans son approche de la mort, nous n'avons pas tous fait l'expérience de celle-ci dans notre sphère proche (à ce moment là peut-être que la question de la mort n'a pas été soulevée chez l'individu) et même si c'est le cas, cela peut parfois faire resurgir des choses personnelles qui, à mon sens, n'ont pas vraiment leur place dans la prise en charge d'un patient dans ce cas précis. C'est pourquoi je pense que nous devrions soulever le sujet lors de TP dédiés à cela.

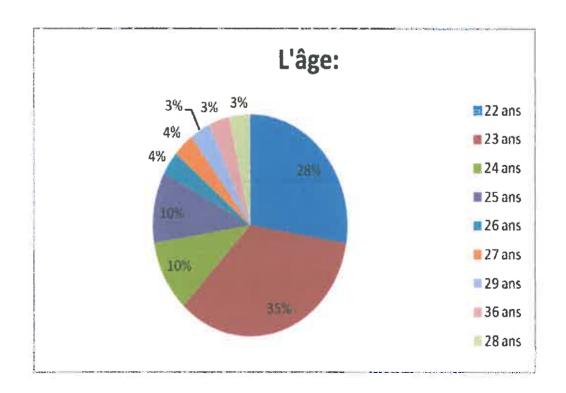
ANNEXE V : L'analyse des jeunes diplômés de Nancy (p.1-13)

L'analyse des jeunes diplômés de Nancy

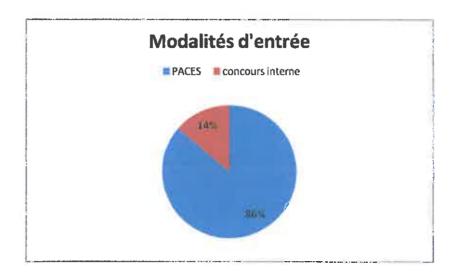
1. Vous êtes:



2. Quel âge avez-vous?



3. Quelle est votre modalité d'entrée à l'IFMK ?



4. Profession antérieure éventuelle :

Technicien de maintenance

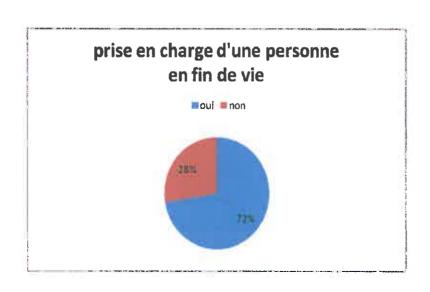
Enseignante d'EPS

Ergothérapeute

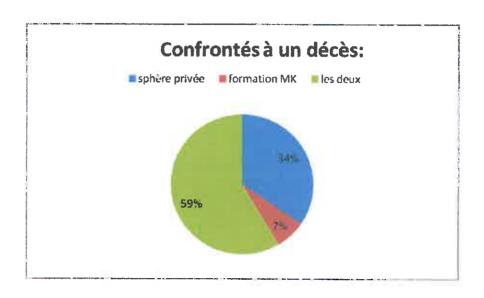
Etudiant en STAPS

Infirmière Diplômée d'État

5. Avez-vous déjà pris en charge une personne en fin de vie ?



6. Avez-vous déjà été confronté à un décès:



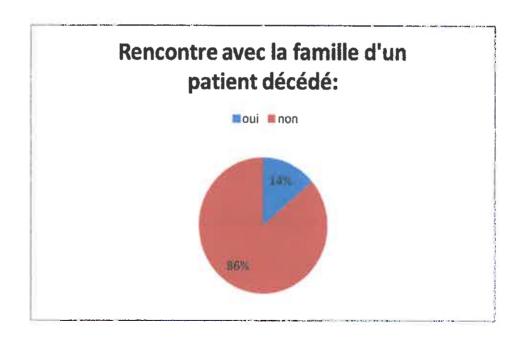
* si oui, merci de préciser dans quelles circonstances :

- > Services de pneumologie et oncologie à Metz.
- Stage, famille.
- Privée.
- Cancer en âge avancé.
- Suicide par arme à feu.
- Contexte familial d'une part et également professionnel d'autre part (un patient que je n'ai pas pris en charge mais dont j'ai suivi le cas de près).
- > En service de réanimation et à domicile.
- Une patiente décédée d'un accident vasculaire cérébral survenu après un syndrome post chute, 2 patients en réanimation. En privé, mes deux grand pères et mon parrain sont décédés.
- Prise en charge en hôpital pour un drainage bronchique
- Dans la sphère privé : le décès de mon père.
- Dans ma sphère privée : le décès de mes grands-parents. Dans le cadre de ma formation : plusieurs patients que j'avais pris en charge lors de stages.

- Dans deux circonstances: situation familiale décès fin de vie situation professionnelle et en stage dans les services de réanimation, de neurochirurgie et soins palliatifs.
- ➢ Je n'ai pas été confrontée au décès d'un, patient pendant ma formation. Mais depuis que je suis diplômée, une de mes patientes est décédée. Je la voyais à domicile trois fois par semaine. Je l'ai trouvée très essoufflée un jour, elle devait reprendre son souffle entre chaque mot pour parler (quand elle arrivait à parler). Je suis retournée la voir le soir même pour voir si elle allait mieux parce qu'elle m'avait beaucoup inquiétée. Le soir, elle était beaucoup mieux, elle était comme j'avais l'habitude de la voir les autres jours. Donc je me suis dit que ça allait. Deux jours après quand je devais retourner la voir pour sa séance, son mari m'a annoncé qu'elle était décédée la veille.
- ➤ Un patient atteint d'un cancer pulmonaire. Je m'en suis occupée durant 3 semaines pour de la kinésithérapie respiratoire et mobilisatrice. Il était en bonne voie et nous pensions qu'il allait "s'en sortir" mais il est rentré chez lui et est décédé quelques jours plus tard.
- Décès en réanimation (plusieurs fois) : des décès en service de digestif et en traumatologie.
- ➤ Lors de mon dernier stage de 3ème année, il y a eu plusieurs décès en service de réanimation. Dans ce service, quand un patient est dans un mauvais état général, on se prépare quand même plus ou moins à ne pas le retrouver le lendemain. La communication est limitée donc l'attachement est moindre que dans les autres services. Cela fait toujours bizarre, mais cela ne m'a pas atteint plus que ca. Une autre fois, c'était à mon 2ème stage de 3ème année (stage pédiatrique). Un enfant est décédé dans la nuit, je ne l'avais jamais pris en charge mais je le croisais dans le couloir de temps en temps. Le plus dur était de voir la tristesse et le désespoir des autres enfants le lendemain.
- Dans des soins palliatifs en milieu hospitalier ou dernièrement dans des domiciles.
- J'ai été confrontée à cette situation d'un point de vue personnel en découvrant une personne proche décédée dans son sommeil.

- D'un point de vue professionnel, j'ai dû accompagner des personnes en fin de vie (cancer en phase terminale, ...) Fin de vie d une personne âgée.
- J'ai perdu mes grands parents entre l'adolescence et la première année de médecine.
 - Dans la formation de MK, dans un service de médecine avec un patient atteint d'un cancer des poumons.
- ➤ En stage, un patient vu en fin de journée décède dans la nuit d'une détresse respiratoire. A l'hôpital, en réanimation ou au court séjour gériatrique: décès suite à des décompensations cardiaques, respiratoires ou à des complications tumorales. Parfois des patients dont je m'occupais.
- Je me suis retrouvé face à une personne faisant un arrêt cardio- respiratoire devant moi. Sinon dans mon activité professionnelle j'ai pu apprendre le décès de patients que je suivais

7. Avez-vous déjà rencontré la famille d'un patient décédé ?



- 8. Comment avez-vous vécu le décès d'un patient et quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrées face à cela ?
 - Soulagement de voir la fin de ces souffrances. Déception de n'avoir pas témoigné plus ouvertement de ma foi en Jésus qui a changé de nombreuses vies (dont la mienne) et surtout changé de nombreuses morts (dont la sienne).> "Jésus : la parole est à la défense" de Lee Strobel, édition Vida. J'ai été très surprise de voir les fondements historiques et scientifiques (médecine, archéologique, mathématique, ...) concernant la vie de cet homme.
 - Pas de difficultés.
 - Un décès attriste toujours. J'ai vécu des décès proches de moi dans ma jeunesse, c'est ce qui m'a forgé. Maintenant, je sais faire rapidement le deuil, surtout quand il s'agit de patients. Pour moi, je donne tout pour les patients, mais s'ils partent, je ne fais plus de sentiments et je fais vite le deuil. C'est le meilleur moyen dans ce genre de métier, sinon on se laisse vite submerger par ces sentiments.
 - Peu de possibilité d'en parler sur le lieu de stage.
 - Pas vécu de décès de patient.
 - ➤ Le cas auquel j'ai été confronté était un patient de 2 ans, même si je ne l'ai pas pris en charge... Ca m'a affecté en partie même si je sais faire la part des choses et ne pas trop m'impliquer... Je n'ai pas eu de difficultés particulières par la suite.
 - > J'ai ressenti de l'empathie vis à vis de la famille. Et de la tristesse par rapport au décès d'un patient que j'avais suivi régulièrement. Il est parfois difficile de prendre du recul dans ces circonstances.
 - ➢ Je l'ai bien vécu, non pas que je ne m'en soucie pas, mais je sais faire la part des choses. Cela était triste pour la patiente que j'avais eue en post chute car j'avais pu communiquer avec elle avant, mais je n'ai pas été affecté directement.
 - Rien de particulier.

- ➤ C'était plus le souvenir du décès de mon père qui me revenait la toute première fois. Mais quand la personne est assez âgée, ça passe plus facilement. (Même si je n'ai pas vécu le décès d'un jeune personnellement).
- Soit je m'y attendais, soit cela était un grand étonnement. J'ai vécu chaque décès différemment. Bien évidemment, lorsqu'il s'agissait d'un proche, cela était beaucoup plus difficile. Mais dans tous les cas, lorsque l'on m'a appris le décès d'une personne, je me remémorais systématiquement les derniers moments vécus avec celle-ci. La difficulté la plus importante rencontrée face à cela, a été le contrôle de mes émotions. Mais au fur et à mesure de la formation, je me suis "habituée" à cela, et aujourd'hui ce n'est plus un problème.
- Cela dépend de l'état dans lequel est le patient avant de mourir. Deux cas différents se sont présenté à moi : patient non conscient donc pas de réel difficulté face au décès.
- Un patient conscient atteint de cancer par exemple où la grande difficulté est de parler de la mort avec lui mais également pour réaliser la prise en charge (pas très à l'aise face au patient).
- Cela a été un choc. C'est tout récent et j'y pense souvent.
- ➤ J'ai trouvé cela injuste car il était jeune (50 ans), n'avais jamais fumé, bu... Il avait 2 enfants d'une vingtaine d'année. Il était motivé et volontaire.
- Je mets beaucoup de distance entre les patients et moi pour que ça ne me touche pas. Quand je suis en séance de kinésithérapie avec eux je les écoute, prends soin d'eux, partage leurs problèmes. Mais dès que la séance est finie plus rien ne me touche, je laisse mes sentiments avec le patient. Donc généralement, j'ai une pensée pour le patient puis je me dis que c'est le destin, qu'il devait mourir.
- Cela ne m'a pas spécialement atteint, on se sent un peu bête sur le coup, mais je n'avais jamais connu ces personnes autrement que dans leur état de phase finale, je me sentais moins 'concernée'. J'étais un peu plus ralentie quelques minutes après la nouvelle, mais je suis vite passée à autre chose.

- > Tout dépend de l'état du patient. Quand celui-ci est en fin de vie, cela ne me choque pas plus que cela. Par contre quand cela arrive subitement, cela est déstabilisant mais cela reste la vie.
- Le décès d'un patient peut parfois avoir un impact plus personnel difficile à gérer.
- Avec une certaine distance d'autant plus qu'il s'agissait d'une personne âgée. Ça pourrait être différent si c'était quelqu'un de plus ieune.
- ➤ La vie est ainsi faite. Quand un patient décède, ça me rappelle que la vie est cruelle et injuste. Après, je me console toujours en me disant qu'il ne souffrira plus là où il est et qu'il a certainement rejoint des personnes qui lui sont chères. Quand ça m'affecte, je me dis que j'ai dépassé le stade de l'empathie. Je connais mes limites ou les situations qui me mettent en échec ou les situations qui vont m'affecter à terme. Dans ces situations, j'essaie de me recentrer sur la relation mais je sais qu'à terme ça risque de m'affecter.
- ➤ L'impression de ne pas avoir été assez efficace, de pas avoir pu aider un patient qui rencontrait des complications du décubitus suite à une opération (personne âgée de 80 ans) et d'avoir alerté le médecin trop tard (dégradation de la personne sur plusieurs jours).
- ➤ Le décès d'un patient que l'on a eu à prendre en charge n'est pas évident! J'ai pu me sentir coupable la première fois que j'ai été face à cette situation en me disant que je n'avais peut être pas fait tout mon possible .. Puis on relativise par la suite

9. Avez-vous pu en discuter par la suite ?



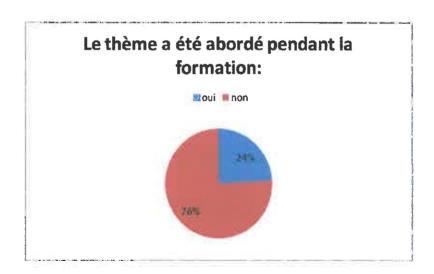
*si oui, avec qui en avez vous discuté?

- Amis, famille.
- Des amis.
- Des collègues de travail.
- Ma petite amie et mes collègues.
- Avec mon conjoint.
- > Kinés du service en général.
- Proches.
- > Avec des collègues qui l'avaient aussi suivi.
- > Avec des amis, les MK des lieux de stage.
- Avec mon référent de stage.
- Avec les MK qui travaille avec moi ou celui que je remplace sans rentrer dans la vie privée.
- > Avec le reste de l'équipe pluridisciplinaire, et lorsque s'est arrivé sur le lieu de stage avec le kiné référent.

10. Aimeriez-vous le faire ?



11. Lors de votre formation, le thème de la mort a-t-il déjà été évoqué?



si oui, merci d'en indiquer les grandes lignes et vos remarques éventuelles :

- > Accompagnement de la personne en fin de vie en vue d'apporter un confort de vie pour un glissement vers la mort dans les meilleures conditions permises.
- C'est compliqué à dire. Chacun réagit différemment face à la mort, en fonction de ses sentiments personnels, de son vécu, etc...Un professionnel serait plus habilité à guider tout cela.

- ➢ Il a été évoqué mais de façon très théorique (en sociologie) par rapport à la prise en charge du patient en fin de vie et les lois qui s'y rattachent. Je pense que les MK sont peu armés pour faire face à la prise en charge d'un patient en fin de vie et surtout au soutien que l'on peut apporter à la famille. Etant en début d'exercice, on se sent parfois dépourvu face à la détresse et du patient et de sa famille.
- On nous a bien évidement parlé des risques de croiser le cas de côtoyer la mort, dire les grandes lignes serait difficile (je me rappelle plus ce que l'on a fait à l'école). Je pense que cela ne dépend pas de notre enseignement à l'école mais de notre vécu personnel et de notre sens humain. J'ai toujours su me scinder donc rien de ce qui m'arrive personnellement n'influe sur mon travail et vice versa.
- ➤ Le thème de la mort a légèrement été abordé, mais ça ne m'a vraiment pas marqué, je ne suis pas capable de préciser dans quelle situation.
- Oui, ce thème a été abordé mais de manière trop superficielle. Aucun débat autour de ce sujet n'a été organisé. Aucun conseil sur la réaction à avoir, notre place vis à vis du décès d'un patient

12. Souhaiteriez-vous que ce thème soit abordé de manière plus importante ?



- * si oui, merci de préciser de quelle manière et pourquoi :
- ➤ Nous devons savoir quoi dire et ne pas dire à la famille d'un proche, pour ne pas minimiser, ne pas exagérer notre compassion. Un mot ou une simple expression de visage peut blesser durablement notre interlocuteur et rendre le deuil plus pénible encore. Pour pouvoir aborder la mort avec les proches d'une personne décédée, il est important que le MK soit lui-même au clair avec la mort.
- Avec un professionnel. C'est toujours un petit « plus » dans la formation.
- Savoir trouver les mots face à la famille démunie et trouver sa juste place dans l'abord de la situation avec la famille. L'aspect psychologique de la perte d'un patient (par rapport aux liens noués pendant la prise en charge et l'attachement à la personne).
- Nous nous sentons tous démunis face à la mort et je pense qu'on ne sait jamais que dire et que faire. Souvent dans notre quotidien c'est notre ressenti et notre bon sens qui nous dicte. Mais je pense que si un psychologue nous disait quoi dire concrètement face à un patient en fin de vie ou à ses proches cela nous amènerait quand même à de nouvelles pistes de réflexion.
- ➤ Un ou deux cours durant le module de psychiatrie. Je pense que c'est nécessaire de l'aborder car on ne peut pas y être confronté et ne pas en parler... C'est important pour assurer une bonne qualité de soins et rester professionnel tout en restant pour autant humain et l'écoute des patients et de leur famille.
- Il serait nécessaire de l'aborder davantage dans l'aspect relationnel.
- Non... cela serait désagréable par rapport à mon vécu personnel.
- Je pense qu'il serait intéressant d'avoir des témoignages de personnes vivant cela quotidiennement, afin de savoir comment réagir personnellement et face aux proches. Il pourrait également être intéressant de se mettre à la place d'une personne face à un décès lors de petits jeux de rôle, par exemple.
- > Je pense que cela pourrait être intéressant pour les étudiants qui souhaitent vraiment en parler : sous forme de table ronde avec des MK qui sont en relation avec ce type de patients dans leur quotidien.

- Il peut être utile d'en parler sans entrer dans le détail mais faire comprendre que cela peut être et qu'il faut savoir s'y préparer sans trop s'impliquer.
- De quelle manière : avec des récits d'expériences vécues. Pourquoi : pour nous préparer à ces situations - pour trouver les mots justes - pour savoir comment se comporter avec la famille.
- Ce serait bien de l'aborder à la place de certains cours de relations :de parler de la perte d'un être - quelle attitude aborder - comment se protéger dans certaines situations.
- Lors de groupe de discussion, par l'intermédiaire de jeux de rôle... pour savoir comment gérer ce moment, la relation avec l'entourage du patient. (Quels mots utiliser..)
- Pour y être préparé, savoir comment agir, quoi dire.
- Si la personne en ressent le besoin pour qu'elle puisse en discuter avec quelqu'un. Mais je ne vois surtout pas une Etude Dirigée sur ce thème. A mon avis, c'est beaucoup trop personnel pour en discuter tout autour d'une table. Je pense qu'il faut pouvoir en discuter avec une personne de confiance sans avoir des leçons moralisatrices.
- ➢ Sous forme de débat, discussions en groupe d'une vingtaine de personne, peut-être en milieu ou fin de 3ème année pour qu'on ait déjà un contact avec des patients, et auquel cas un vécu par rapport aux décès. Les "cours" de relations de première année peuvent être une base; dommage que les étudiants ne voient pas toujours à quoi cela sert...
- Ce sujet devrait être aborder de manière ouverte sous forme de débat ou chacun apporte sa petite expérience.