



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

et également disponible sur www.em-consulte.com



Psychologie clinique

Travail cognitivo-émotionnel chez des patients en soins palliatifs : étude du vécu, de la réminiscence et du silence



Palliative care experience's among patients: Study of the personal experience, the reminiscence and silence

C. Garrouteigt^{a,*}, K. Gana^b, G. Decamps^a

^a Laboratoire Labpsy EA4139, université de Bordeaux, 33000 Bordeaux, France

^b Université de Bordeaux, Bordeaux, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 5 mars 2022

Accepté le 12 décembre 2022

Mots clés :

Patient

Réminiscences

Silence

Soins palliatifs

R É S U M É

Introduction. – Faire face à sa propre mortalité permet d'avoir une plus grande conscience de son histoire de vie, faire du lien entre ses différentes expériences personnelles et ouvre à l'introspection que ce soit dans l'échange ou le silence.

Objectif. – Recueillir le travail cognitivo-émotionnel s'opérant chez des patients en soins palliatifs et apprécier l'utilisation et l'apport de la réminiscence ainsi que la place du silence dans le discours.

Méthode. – Notre étude est transversale, exploratoire, qualitative. Les entretiens sont réalisés par la psychologue via une grille d'entretien préalablement définie pour cette étude. Les éléments non verbaux ont été pris en compte suite à l'entretien. Neuf patients, exclusivement des femmes, âgées de 71 ans en moyenne, atteintes de cancer, hospitalisées et qui se sont vues annoncer la fin des traitements curatifs ont été incluses.

Résultats. – Après une analyse thématique, il apparaît que les préoccupations des patients sont principalement axées sur leur rapport à leur fin de vie et la mort. Nous observons une majorité de réminiscences négatives et que les apports de ces dernières sont variées. La fonction principale du silence est émotionnelle lors de l'évocation de thème de la fin de vie et de la maladie.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : constance.garrouteigt@gmail.com (C. Garrouteigt).

Conclusion. – Il apparaît nécessaire de laisser la place aux questionnements autour de la fin de vie ainsi que d’interroger les réminiscences qui peuvent être activées suite à la proximité de la mort. La reconnaissance des différents types de silence doit également faire partie des capacités d’écoute des professionnels.

© 2022 Société Française de Psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

A B S T R A C T

Keywords:
Patient
Reminiscences
Silence
Palliative care

Introduction. – Facing one’s own mortality allows one to be more aware of one’s life history, to make the link between one’s different personal experiences and to open up to introspection, be it in exchange or in silence.

Objective. – To collect the cognitive-emotional work taking place in palliative care patients and to appreciate the use and contribution of reminiscence as well as the place of silence in the discourse.

Method. – Our study is cross-sectional, exploratory and qualitative. The interviews were conducted by the psychologist using an interview guide previously defined for this study. Non-verbal elements were taken into account following the interview. Nine patients, exclusively women, with an average age of 71 years, suffering from cancer, hospitalized and who were told that their curative treatments were over, were included.

Findings. – After a thematic analysis, it appears that the patients’ concerns are mainly focused on their relationship with their end of life and death. We observe a majority of negative reminiscences as well as a diversity in their contributions. The main function of silence is emotional when the themes of the end of life and illness are discussed.

Conclusion. – It seems necessary to support questions about the end of life and the reminiscences that may be activated following the proximity of death. Recognition of the different types of silence must also be part of the listening skills of professionals.

© 2022 Société Française de Psychologie. Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introduction

De nombreuses recherches en soins palliatifs ont mis en avant le processus inhérent à la fin de vie, mettant en lumière les nombreux bouleversements somatiques, psychologiques, spirituels et sociaux. Pour autant, dans la littérature française, peu d’entre elles se centrent sur la place des réminiscences et leurs apports en fin de vie. L’annonce de la proximité de sa propre mort entraîne un impact identitaire majeur, des émotions plurielles et fortes, des pensées spécifiques, ce que nous nommerons ici travail cognitivo-émotionnel. Aussi, la personne peut spontanément faire le « *bilan de sa vie* », c’est-à-dire analyser les événements de vie (rétrospective de vie) ou tout simplement communiquer et partager sur ses souvenirs passés, ce qui renvoie à la réminiscence. La parole permet alors de mettre en mot le vécu de la personne. Pour autant, celle-ci n’est pas toujours suffisante ou aisée, laissant alors le patient se réfugier dans le silence.

Nous nous sommes interrogés sur l’impact de l’annonce d’une mort proche et plus particulièrement sur ce que cela venait soulever chez la personne. De plus, la fonction de la réminiscence et son apport a été questionnée tout comme la place du silence dans le discours des patients dans ce temps de vie si particulier.

Tableau 1
Les différents types de réminiscence selon Watt et Wong.

Nom de la réminiscence	Fonction
Réminiscence intégrative	Permet aux individus de découvrir du sens et de la continuité dans leur passé, de résoudre les conflits antérieurs et de se réconcilier avec le décalage entre la réalité et leurs idéaux. Cela permet de restaurer chez la personne un sentiment de cohérence tout en rappelant le développement des valeurs et buts qui ont guidé la personne au cours de sa vie
Réminiscence instrumentale	Permet de résoudre les problèmes actuels en se replongeant dans le passé où des situations similaires ont pu être rencontrées afin de faire réémerger les stratégies d'ajustement. Entraîne une restauration du sentiment de contrôle et de continuité dans l'identité
Réminiscence à visée de transmission	Concerne la transmission auprès de générations futures de valeurs et leçons de vie acquises au cours de la vie. Cette fonction vient alors répondre au besoin de tout individu de « <i>laisser une trace</i> » et d'avoir l'impression de contribuer au niveau sociétal tout en renforçant leur propre estime de soi.
Réminiscence narrative	Description factuelle de souvenirs du passé tout en permettant la réactivation des affects positifs dans la remémoration de certains événements
Réminiscence échappatoire	Entraîne le rappel « <i>des bons vieux jours</i> », en glorifiant le passé. Cette fonction reste ambivalente : elle permet à la personne d'échapper des difficultés actuelles mais peut amener à désinvestir son rapport au présent et futur et surinvestir des comportements mortifères. Cette attitude défensive n'est pas forcément constructive mais peut aider la personne à améliorer le sens de continuité avec son passé
Réminiscence obsessionnelle	Centrée sur l'échec d'intégration de la non résolution de conflits passés laissant la personne en proie à des ruminations, un fort sentiment de culpabilité, de regret, de désespoir et pouvant alors la mener à une dépression

1.1. Réminiscence

La réminiscence est un processus cognitif universel consistant en un récit autobiographique non structuré de l'histoire de vie et dont le but principal est de communiquer, de transmettre, de se souvenir. Il revêt quatre rôles : celui de permettre et préserver le concept de soi et faire émerger la notion de sens de l'existence ; permettre le choix de stratégies futures en fonction des éléments passés ; développer et maintenir des liens sociaux et jouer un rôle dans la régulation émotionnelle (Cappeliez, 2018). Plus complexe qu'un simple retour des souvenirs, la réminiscence se décline sous différentes fonctions.

1.1.1. Fonctions de la réminiscence

En 1991, Watt et Wong ont axé leurs travaux en ce sens-là auprès d'une population âgée. Les participants étaient invités à se remémorer des événements de leur vie qu'ils soient positifs ou négatifs. À la suite d'une analyse thématique, les auteurs ont pu dégager six types de réminiscence (présentés dans le Tableau 1).

Une autre classification a été proposée par Webster (1993) après avoir interrogé 700 personnes de 17 à 91 ans et qui donna lieu à la construction d'une échelle des fonctions de la réminiscence (Reminiscence Functions Scale [RFS]). Cette échelle fut par la suite traduite en français (Mezred et al., 2006). Les huit fonctions en émergent (Tableau 2).

Les fonctions telles que la réduction de l'ennui ou le réveil de l'amertume sont fortement associées à des symptômes anxiodépressifs (Pinquart & Forstmeier, 2012). Au contraire, les fonctions comme la consolidation de l'identité, la résolution de problème et centrée sur la transmission sont plutôt associées à des issues positives en termes de santé mentale. La remémoration de souvenirs positifs vient améliorer l'estime de soi, donner du sens, améliorer le bien-être existentiel. Un individu percevant sa vie comme épanouissante grâce notamment à un sentiment de volition, de compétence, des relations profondes avec d'autres individus accepterait plus facilement sa propre mort (van der Kaap-Deeder et al., 2020).

Bien qu'elle utilise la réminiscence, la rétrospective de vie s'en distingue pour autant (K'Delant, Gana, & Mezred, 2012). Butler (1963) la caractérise comme étant un retour progressif conscient des

Tableau 2
Les différentes fonctions de la réminiscence selon Webster.

Nom de la réminiscence	Fonction
Réveil de l'amertume	Rappelle les injustices perçues, les regrets et des ruminations fortement associées à des expériences négatives sans qu'elles aient pu être résolues
Réduction de l'ennui	Vient en aide à la personne pour pallier des moments sans stimulations de quelque sorte que ce soit
Conversationnelle	Sert à l'individu lorsqu'il est en interaction avec un autre avec l'intention de s'engager avec elle en lui faisant partager un moment de sa vie personnelle
Préparation à la mort	Amène la personne à mettre son passé en perspective et prendre conscience de ses accomplissements et succès accomplis
Consolidation de l'identité	Permet à la personne de renforcer sa cohérence de soi et de renforcer ses valeurs et buts de vie en remémorant certains souvenirs qui définissent la personne
Maintien de l'intimité	Entraîne une remémoration des personnes au cours d'un échange et permet de garder vivant le souvenir de proches disparus
Résolution de problème	Amène la personne à faire émerger des stratégies, compétences qui ont été mobilisés et efficaces lors de la résolution de problèmes passés
Transmettre et informer du passé personnel	Permet de décrire, informer et enseigner aux autres sur soi-même, son passé et son histoire mais aussi transmettre des connaissances culturelles à des personnes plus jeunes

expériences antérieures et en particulier la résurgence de conflits non résolus afin de pouvoir les réinterpréter et les intégrer. Beaucoup d'études basées sur la rétrospective de vie (Gana et al., 2014 ; Westerhof & Bohlmeijer, 2014) et la narration (Adler et al., 2016) ont mis en avant le fait que le passé était soumis à d'importants processus interprétatifs et pouvait servir face à l'adversité (Westerhof & Slatman, 2019). Ce mécanisme rétrospectif est une réponse générale face à une crise développementale mais aussi face à l'imminence de la mort. La rétrospective de vie permet, au travers d'un guide d'entretien, de revoir avec le patient son histoire de vie puis de coconstruire avec lui un album reprenant les étapes de vie abordées (Ando et al., 2008). Les thèmes qui ressortent abordent les réussites de vie, les regrets, le rapport à la maladie, la transmission, etc. Le psychologue invite le patient à exprimer ses sentiments à l'égard des différents événements de vie, le questionne sur les apprentissages retirés pour qu'il puisse regarder ces situations sous un œil nouveau (Keall et al., 2011).

1.2. La fin de vie

Le processus psychologique inhérent à la fin de vie entraîne une souffrance existentielle intrinsèque d'origine physique, psychologique, sociale et spirituelle chez le patient. Elle est constituée de plusieurs facteurs : l'angoisse de mort, en lien ou non avec un aspect religieux ou spirituel ; la confrontation aux multiples pertes (physiques, de sens, de soi, etc.) ; le sentiment d'être un fardeau pour ses proches ; la solitude renforcée par la souffrance et qui est une caractéristique centrale de la fin de vie et l'inquiétude vis-à-vis de la famille dans le fait de les laisser ou de les voir souffrir (Rattner & Berzoff, 2016). La fin de vie peut aussi entraîner une redéfinition du système de valeurs et croyances de l'individu entraînant alors une modification de l'image de soi, de l'appréciation de la vie. Ses relations sociales peuvent être amenées à se renforcer (Fegg et al., 2005). Par ailleurs, la confrontation avec sa propre mort peut également entraîner une augmentation du sentiment de gratitude à l'égard de la vie car la personne prend conscience de l'impermanence des choses (Frias et al., 2011).

Face à toutes ces atteintes, l'identité de la personne se retrouve ébranlée. L'identité, selon Erikson, se développe tout au long de la vie entre le moi du sujet (l'ego) et son environnement social et se structure au travers de huit stades psycho-développementaux (Erikson, 1959 ; Kroger, 2018 ; Syed & McLean, 2015). Dans le dernier stade, il s'agit pour l'individu d'intégrer ses expériences passées dans l'idée de percevoir sa vie comme un tout cohérent et donc de se préparer à sa propre mort (van der Kaap-Deeder et al., 2020). Ce stade alors amène un changement d'ordre spirituel important (Dezutter et al., 2020 ; Erikson, 1959 ; Goodcase & Love, 2017). Tout au long de sa vie, l'individu se prépare à mourir. Cependant, la dégradation corporelle, la dépendance, l'altération du sentiment de continuité

Tableau 3

Les différentes fonctions du silence selon Levitt.

<p>Silences productifs</p> <p>Les silences émotionnels, induits par l'apparition ou l'expérience d'une émotion calme ou forte, telle que la colère, la tristesse, la peur</p> <p>Les silences expressifs permettent aux patients de trouver le mot, la phrase la plus juste pour mettre en mot leur vécu actuel et que cela soit compréhensible pour le thérapeute</p> <p>Les silences réflexifs sont investis afin que les patients puissent remettre au clair leurs idées, prendre conscience de la complexité d'un problème ou bien de faire du lien dans leur histoire de vie. Il s'agit d'une analyse interprétative faite par le patient</p>
<p>Silences contre-productifs</p> <p>Les silences désengagés apparaissent lorsque le patient se sent mal à l'aise face au thème abordé. Cela lui permet d'éviter le contact avec une émotion désagréable, distraire le thérapeute de l'exploration de questions menaçantes ou se retirer de l'interaction. Il s'agit d'un processus conscient de manière générale mais peut tout aussi bien être déclenché inconsciemment par l'aggravation de la tension psychique</p> <p>Les silences interactionnels résultent de réactions peu claires ou déroutantes de la part du thérapeute ou attribuées à ce dernier. Le patient peut avoir l'impression que le thérapeute attend une réponse de sa part, le thérapeute peut avoir fait une intervention confuse (gênante, surprenante, évidente, obscure ou offensante) et il essaye de lui donner du sens ou bien le patient a exprimé des émotions négatives envers le thérapeute et a besoin de réfléchir. Par la suite, le thérapeute peut fournir spontanément une explication sur ses propos ou le patient peut exprimer sa confusion ou changer de sujet</p>
<p>Silences neutres</p> <p>Les silences mnémoniques concernent le rappel de détails en lien avec un évènements dont il est en train de discuter avec le thérapeute. Il permet d'engager une recherche sur le passé afin de voir s'il y a des liens avec des évènements personnels qui pourraient être en lien avec le thème abordé</p> <p>Les silences associatifs restent, quant à eux, plus difficile à définir et apparaissent peu. Ils amèneraient le patient à changer de sujet sans que ce dernier ait un lien clair avec le sujet précédent. Les patients décrivent ces pauses comme l'apparition d'une nouvelle idée</p>

et d'unité du soi engendrent la mise en place de défenses psychiques plus ou moins fonctionnelles (Van Lander, 2015a, b).

1.2.1. Le silence en fin de vie

Faire face à sa propre mortalité amène inévitablement la personne à se confronter à de multiples deuils. Ces derniers peuvent être difficilement exprimables. La communication non verbale et le silence peuvent alors laisser place à une autre forme d'échange. Peu investigué dans la recherche, le silence est pourtant interdépendant à la parole et revêt de multiples fonctions (Bassett et al., 2018 ; Sapeta & Simões, 2018 ; Valle, 2019). Levitt (2001) a étudié sa fonction, qu'elle appréhendait comme une absence de paroles pendant plus de 3 secondes. Pour ce faire, elle a recruté quatre psychologues issus de formations différentes (cognitivistes, humanistes, psychoanalytique) ainsi que sept patients ayant des profils variés et présentant des symptômes dépressifs de légers à sévères et qui avaient débuté un suivi psychothérapeutique chez un de ces quatre psychologues. Leurs entretiens étaient filmés et suivaient la continuité du travail thérapeutique entamé. À la fin de chaque séance, les patients étaient invités à revisualiser la séance avec la chercheuse et ils étaient interrogés sur l'origine et le vécu des différents silences qui apparaissaient. Au total, 325 pauses ont été identifiées mais 167 ont fait l'objet d'investigation pour des raisons de temps. Suite à l'analyse qualitative, il en est ressorti trois niveaux principaux de types de silences, à savoir les silences productifs, contre-productifs et neutres (Tableau 3).

Que ce soit dans la thérapie ou le soin, l'écoute permet la compréhension du discours et des silences. L'imminence de la mort amène à faire preuve d'introspection et d'avoir une plus grande conscience de son histoire de vie et de faire des relations entre les différentes expériences faites (Montross-Thomas et al., 2018).

1.3. Objectif de l'étude

Il apparaît que la fonction de la réminiscence et ses apports sont bien identifiés au sein d'une population générale voire âgée. En l'état actuel de nos connaissances, il existe plusieurs lacunes autour

de l'investigation de la réminiscence et de la rétrospective de vie en fin de vie en France et notamment au travers de démarche qualitative. Il en est de même autour de la recherche axée sur le silence dans l'échange thérapeutique.

L'objectif de cette étude exploratoire était de proposer une analyse du travail cognitivo-émotionnel des patients en fin de vie ayant reçu une annonce de fin de traitements curatifs mais aussi d'identifier la place des réminiscences et son lien avec le travail cognitivo-émotionnel au travers d'une approche qualitative. Par ailleurs, les éléments non verbaux comme la place du silence dans le discours ont été pris en considération afin d'observer leurs fonctions.

Pour la présentation de notre recherche, nous avons suivi les recommandations de l'American Psychological Association (Levitt et al., 2018) et celles du Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) (Booth et al., 2014) qui permettent la rédaction précise et ordonnée d'études qualitatives, méta-analyses et recherches mixtes.

2. Méthode

Cette étude exploratoire, transversale et qualitative a débuté en décembre 2019 et s'est achevée en septembre 2020.

2.1. Participants

Les critères d'inclusion regroupaient les patients en phase palliative symptomatique, hospitalisés, présentant des douleurs contrôlées et sans troubles psychiatriques et/ou cognitifs. Vingt patients ont été éligibles aux critères d'inclusion mais seuls neuf patients ont participé à l'étude. Onze patients n'ont pas pu être inclus car le jour de l'entretien, ils présentaient différentes problématiques médicales (dyspnées, des épisodes de confusions, altérations générales brusques). Deux patients ont refusé de participer : un parce qu'il n'était pas intéressé et l'autre parce qu'il se sentait trop fébrile pour échanger.

Les neuf patients participants à l'étude étaient des femmes, âgées en moyenne de 71 ans [60–90]. Elles étaient atteintes de divers types de cancers. Le diagnostic du cancer était posé depuis 7,8 ans [1–33] et les soins de confort étaient administrés depuis 6,2 mois [1–24] (Tableau 4). Toutes reçoivent des traitements antalgiques et anxiolytiques en complémentarité de soins de support (psychologue, kinésithérapeute, diététicien, etc.). Les motifs d'hospitalisation étaient variables et pouvaient se juxtaposer : altération de l'état général, survenue de symptômes aigus (hémorragie, syndrome occlusif, hyperthermie, sepsis avec aplasie en post-chimio) ou pour un rééquilibrage antalgique. Lors de leurs hospitalisations, la totalité d'entre elles se sont vues annoncer la progression de la maladie avec la décision d'arrêt des traitements spécifiques et avec la mise en place ou poursuite de soins palliatifs. Aucune d'entre elles ne rapportaient de troubles cognitifs et/ou psychiatriques.

2.2. Considérations éthiques

Notre étude est en accord avec la Déclaration d'Helsinki (2013) et a été présentée à des membres d'un comité éthique ainsi qu'à l'ensemble des équipes médicales qui l'ont validée. Une note d'information était remise à chaque patiente mentionnant l'objectif, le déroulement de l'étude, leurs droits et le respect de leur anonymat. Cette dernière était signée par le médecin référent de chaque patiente. Un suivi psychologique avait été déjà engagé avec les patients indépendamment de cette étude. L'alliance thérapeutique était alors déjà présente. Par ailleurs, la présentation de l'étude et la réalisation de l'entretien se sont faites en dehors des temps de soins médicaux.

2.3. Procédure

Au cours de staffs pluridisciplinaires, les patients pouvant correspondre aux critères étaient repérés et le médecin référent de chaque patient validait l'inclusion. La psychologue du service et aussi psychologue chercheuse, (CG) présentait l'étude comme portant sur « le vécu des personnes hospitalisées » afin qu'ils puissent donner des réponses spontanées lors de l'entretien de recherche.

Tableau 4
Données sociodémographiques et médicales des patientes incluses (n = 9).

Sexe	
Femme	9
Âge	Moyenne : 71 ans
Entre 60 et 70 ans	4
Entre 70 et 80 ans	3
Plus de 80 ans	2
Statut marital	
Mariée	3
Divorcée	1
Séparée	2
En union libre	1
Veuve	1
Présence d'enfants	
Oui	7
Non	2
Type de cancer	
Cancer gynécologique	4
Cancer dermatologique	4
Cancer digestif	1
Date du premier diagnostic	Moyenne (en années) : 7,8
Moins de 2 ans	3
Entre 2 et 5 ans	2
Entre 5 et 10 ans	3
Plus de 10 ans	1
Début des soins de confort	Moyenne (en mois) : 6,2
Moins de 6 mois	6
Entre 6 mois et 1 an	2
Entre 1 an et 5 ans	1

L'entretien se déroulait en chambre, sans la présence de proches ou de soignants. Avant de débiter, la psychologue s'assurait avec le patient de sa disponibilité psychique et son confort physique.

2.4. Mesures

2.4.1. Élaboration du guide d'entretien

Suite à la revue de la littérature, trois thèmes ont été identifiés à savoir : le vécu des patients suite à l'annonce de l'arrêt des traitements spécifiques afin d'observer le travail cognitivo-émotionnel, la place de la réminiscence et l'identité perçue des patients. Plusieurs questions spécifiques à ces thèmes ont été élaborées et ont donné lieu à la création du guide d'entretien validé par une équipe de psychologues et chercheurs spécialisés dans la santé et fin de vie. Ce dernier a été pré-testé auprès de deux patients ce qui a permis l'amélioration de la formulation de certaines questions.

Les entretiens ont duré entre 15 et 45 minutes avec une moyenne de 35 minutes et ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique.

Il avait été décidé par l'équipe de recherche d'arrêter la récolte des données dès qu'une saturation des thèmes serait observée, c'est-à-dire quand un entretien supplémentaire n'apporterait pas d'éléments complémentaires.

Durant les entretiens, la psychologue s'en tenait à la reformulation des réponses des patients, sans les interpréter. Les questions posées ne suivaient pas un ordre précis ; la psychologue adaptait l'ordre en fonction du discours du patient afin de garder de la cohérence durant l'entretien.

2.4.2. Éléments du discours des patients

Pour débiter l'entretien, une question générale ouverte était posée « *comment ça se passe pour vous en ce moment ?* » pour qu'ils puissent se sentir libres de commencer par ce qu'ils souhaitaient. Ensuite, trois axes spécifiques issus de notre revue de la littérature étaient abordés : le vécu des patients suite à l'annonce de l'arrêt des traitements spécifiques afin d'observer le travail cognitivo-émotionnel « *quelles sont les pensées/émotions présentes lorsque vous vous retrouvez seul.e en ce moment ?* » ; la place de la

rémémorance « *Vous arrive-t-il de repenser à votre vie ?* » ; l'identité perçue des patients « *quels sont les 3 mots qui vous viennent spontanément en tête et qui pourraient correspondre à l'image/ressenti que vous avez de vous-même actuellement ?* ». Pour conclure, il était demandé aux patients s'ils souhaitaient rajouter quelque chose qui leur semblait important.

2.4.3. Silences et expressions non verbales

Dans notre étude et sur la base des travaux d'Ekman (2017), nous avons choisi de recueillir a posteriori différents éléments non verbaux faciaux, tels que le sourire, les pleurs et la présence de douleurs qui pouvaient se présenter lors de l'entretien. À la fin de chaque entretien et seule, la psychologue recensait tous ces éléments présents au cours de l'entretien en précisant les moments d'apparition. Aussi, nous nous sommes référés aux travaux de Levitt (2001) au sujet du silence afin de faire émerger sa fonction dans le discours des patients.

2.5. Analyse des données

Chaque entretien a été retranscrit par la psychologue. Par la suite, les entretiens ont été importés sous NVivo®, ver. 12, un logiciel d'analyse de données qualitatives. Nous avons souscrit à une analyse thématique qui nous a paru la plus pertinente au regard de notre objet de recherche (Braun & Clarke, 2006). Le codage s'est fait avec une approche mixte (inductive et déductive) permettant de prédéfinir des thèmes tout en laissant de la souplesse quant à la catégorisation de thèmes apportés spontanément par les patients. L'unité de référence (phrase) a été validée par l'équipe de recherche. Les différents éléments du discours ont été classés en catégories, thèmes et sous-thèmes afin de faire émerger un arbre thématique.

Nous avons procédé à une analyse du langage non verbal. Les éléments non verbaux apparus au cours des entretiens ont été comptabilisés. Une analyse plus approfondie du silence a été effectuée afin de déterminer sa fonction. Pour ce faire, nous avons isolé tous les verbatims regroupant ces moments de silence. Ces derniers ont été extraits de manière suffisante pour appréhender de la meilleure des façons l'apparition du silence, c'est-à-dire avoir suffisamment d'informations sur le thème abordé avant et après le silence, et surtout sa signification au regard des définitions de Levitt (2001).

Pour exemple :

« Je sais que je ne vais pas guérir mais comment va être l'intervalle. . . je ne sais pas. . . bon, les soins palliatifs, si j'ai bien compris, ça consiste à soulager autant qu'on le peut certains inforts ou certaines souffrances mais. . . (silence), on préserve une forme de vie, d'accord, mais quelle forme de vie ? Vous voyez ? » [Patiente 6]

« Et le soir, nous avons vu l'oncologue ensemble, quand notre fille est rentrée à la maison, il l'a serré dans ses bras et lui a dit "je ne sais pas. . . (silence et pleurs) comment je vais pouvoir vivre ici" et je ne sais pas non plus comment il fera. . . (silence) mais je crois que c'est. . . aussi une manière de dire "je me suis trompé, je n'ai pas fait ce que je devais" c'est ce que je pense, peut être me trompais-je mais en tout cas, c'est ce que je pense. . . » [Patiente 7]

2.6. Déroulé de la procédure inter-juge

Suivant les recommandations d'O'Connor & Joffe (2020), nous avons procédé à un accord inter-juge avec un psychologue indépendant à l'étude (Fig. 1, psychologue 2, NC). Un premier arbre thématique a été établi de manière indépendante par les deux psychologues (CG et NC) après le codage de 4 entretiens pour observer s'il y avait similarité entre les arbres thématiques. Une fois la totalité des entretiens codés par la psychologue 1 (CG) rattachée à l'étude, le psychologue 2 a pu coder 3 autres entretiens différents de son premier codage. Par la suite, l'analyse inter-juge a pu être faite au regard de deux indicateurs : le coefficient du Kappa de Cohen se définit comme étant le degré d'accord entre deux codeurs qui n'est pas due au hasard. Il peut être considérée comme représentant un accord juste ou bon entre 0,40 et 0,75. Au-dessus de 0,75, il est considéré comme excellent (Banerjee et al., 1999 ; Braun & Clarke, 2006 ; Saldaña, 2009 ; Syed & Nelson, 2015). Une autre mesure à prendre en considération est le pourcentage d'accord, qui se définit comme le rapport entre les éléments sur lesquels

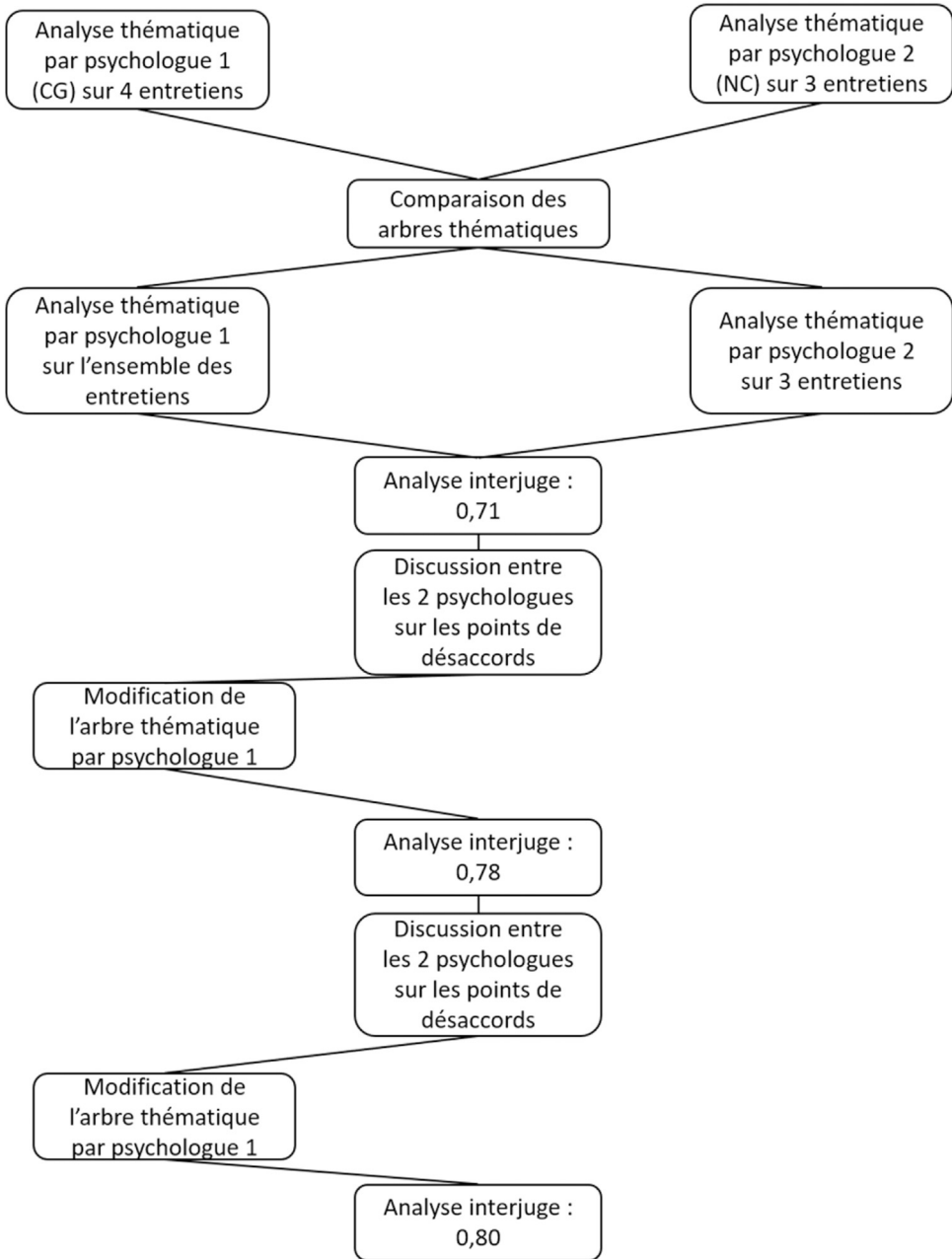


Fig. 1. Flow chart de la procédure de codage (indice de Kappa utilisé).

deux codeurs sont d'accord et le nombre total d'éléments évalués (Syed & Nelson, 2015). Plus il est élevé et plus, il rend compte de l'accord entre les deux codeurs.

Dans notre étude, un premier codage inter-juge a fait apparaître que l'indice de Kappa était de 0,71. Une nouvelle discussion a été initiée entre les deux psychologues dans le but d'explorer les points de

Tableau 5
Thèmes et sous-thèmes présents dans la catégorie « Travail cognitivo-émotionnel ».

Thème	Sous-thèmes
La fin de vie	Préparation de la fin de vie avec les proches Questionnements sur la façon dont vivre ses derniers jours Émotions/sentiments
La mort	Pertes physiques Prise de conscience de l'approche de la mort L'angoisse de mort Devenir des proches après le décès
L'identité	Questionnements autour de la mort « 3 mots » Description personnelle spontanée
Fonctionnement psychique	Besoins Défenses et <i> coping </i> observés
La maladie	Ressources État de santé Satisfaction des soins

désaccord qui permet par la suite d'affiner l'arbre thématique. Une deuxième analyse inter-juge a été engagée et donna un indice de Kappa de 0,78. Bien que cet indice soit bon, certains points de désaccord persistaient et ils ont été discutés. Une dernière analyse a été lancée indiquant un indice de Kappa de 0,80 avec des pourcentages d'accord variés de 39 % à 100 %.

3. Résultats

3.1. Analyse thématique

L'arbre thématique se décline en deux grandes catégories, à savoir : le travail cognitivo-émotionnel du patient (catégorie A regroupant 5 thèmes) et la réminiscence-rétrospective (catégorie B regroupant 6 thèmes).

3.1.1. Catégorie A : le travail cognitivo-émotionnel du patient

L'ensemble des thèmes et sous-thèmes apparaissant dans cette catégorie sont synthétisés dans le tableau suivant (Tableau 5).

3.1.1.1. *Thème A1 : la fin de vie.* Cette catégorie est largement investie par les patientes sous différents thèmes tels que la préparation de la fin de vie et du décès avec les proches qui recense les échanges autour de la fin de vie, la perception du soutien familial et social et du vécu des proches, le besoin de transmission mais aussi la résolution de conflits familiaux.

« J'y suis préparée [à sa propre mort] depuis pas mal de temps déjà parce que ça fait des mois que j'y pense et donc j'en parle avec mes proches » [Patiente 8, 90 ans, séparée, un enfant décédé]

Apparaissent aussi les questionnements autour de la fin de vie qui regroupent à la fois la façon dont vivre ses derniers jours et le temps qu'il reste à vivre.

« Je pense à ce qui va arriver, comment ça va se passer... voilà... c'est une grande étape » [Patiente 9, 66 ans, mariée, 3 enfants]

Les émotions et sentiments associés sont eux aussi présents dans le discours des patientes : nous retrouvons l'apaisement, le pardon, une attitude combative ainsi que le détachement. Des émotions et sentiments négatifs sont tout autant rapportés et regroupent l'inutilité perçue, la peur de souffrir, le sentiment d'injustice, la tristesse, de la résignation et la recherche de sens par rapport à la souffrance.

« Ça me met mon âme en paix d'avoir eu ces échanges [il s'agit des échanges que la patiente a eu avec ses proches au sujet de sa fin de vie] » [Patiente 7, 70 ans, en couple, 3 enfants]

« Je pense que je ne suis pas grand-chose quand même » [Patiente 1, 80 ans, veuve, un enfant]

La constatation des pertes physiques est induite par l'augmentation des symptômes mais aussi la constatation de la perte d'autonomie.

« je me rappelle les mêmes choses, celles de ne rien faire. . . Même pour m'asseoir il faut qu'il y ait quelqu'un qui m'aide. J'ai 80 ans mais quand même, je suis bien handicapée quand même. . . » [Patiente 1, 80 ans, veuve, un enfant]

3.1.1.2. *Thème A2 : la mort.* La prise de conscience de l'approche de la mort suscitée par l'annonce faite par le médecin et l'observation de la dégradation de l'état de santé apparaît majoritairement dans le discours des patientes.

« C'est ça [la dégradation physique] qui me dit que c'est bientôt la fin » [Patiente 2, 68 ans, célibataire, sans enfant]

« Parce que pour moi, c'était urgent d'avancer. . . mon oncologue nous a dit que la maladie avançait et que voilà. . . mais est ce que ça va durer 15 jours, 2 mois. . . » [Patiente 7, 70 ans, en couple, 3 enfants]

L'angoisse de mort transparaît dans le discours en englobant à la fois de laisser ses proches ainsi que la peur de la mort.

« Oui, j'ai très peur de mourir » [Patiente 3, 72 ans, mariée, 4 enfants]

« c'est une espèce de crainte, de peur, je pense que tout un chacun éprouve ce genre de sentiment au moment de partir. . . » [Patiente 7, 70 ans, en couple, 3 enfants]

Le devenir de la famille après le décès est aussi soulevé et regroupe les inquiétudes quant au vécu des proches durant leur deuil mais aussi le questionnement du lien entre eux deux, après le décès apparaît aussi.

« Je fais que penser au chagrin qu'elles vont avoir » [Patiente 8, 90 ans, séparée, un enfant décédé]

« Leur avenir, qu'est ce qu'ils vont faire. . . ils ont tous un truc bien défini. . . l'un à la fac, l'autre voilà. . . (silence) je suis sensible à ça. . . » [Patiente 9, 66 ans, mariée, 3 enfants]

Le questionnement autour de la mort que ce soit aussi bien sur la façon dont cela va arriver mais aussi « l'après ».

« Je m'endors. . . alors je me dis que ça va être comme ça, qu'on s'endort » [Patiente 9, 66 ans, mariée, 3 enfants]

« Qu'est ce qui se passe après. . . nul ne le sait. . . j'ai beau être croyante. . . ça ne veut pas franchement dire quelque chose. . . » [Patiente 7, 70 ans, en couple, 3 enfants]

3.1.1.3. *Thème A3 : l'identité.* Ici, l'identité se constitue à la fois des mots que s'attribuent les patientes lorsqu'elles se décrivent spontanément et aussi lorsqu'il leur est demandé de donner les mots qui les représentent le mieux.

Autour des trois mots qui leur étaient demandés pour se décrire, il apparaît que ces derniers sont aussi bien à valence négative que positive.

« tristesse », « amour », « souffrance », « résignation », « courage », etc.

Les descriptions personnelles rapportées spontanément au cours du discours qu'elles soient positives ou négatives apparaissent également. Lorsque les patientes parlent d'elles-mêmes, elles décrivent des situations se basent sur des situations personnelles sans inclure la maladie.

« Je crois que je suis quelqu'un de généreux. . . le jour de mon départ à la retraite, quand j'ai quitté le libéral, il y avait un homme politique qui était là qui a fait son discours [. . .] qui m'a dit que j'étais une femme de cœur. . . Je ne sais pas s'il avait raison mais en tout cas, ces mots ont été lourds de sens et correspondent à ma générosité je pense. . . » [Patiente 7, 70 ans, en couple, 3 enfants]

Tableau 6

Thèmes et sous-thèmes présents dans la catégorie « Réminiscences et rétrospective de vie ».

Thème	Sous-thèmes
Souvenirs négatifs	Adversités, traumatismes et deuils Relations conjugales conflictuelles Autour du parcours médical Conflits familiaux
Souvenirs positifs	Souvenirs familiaux Résolution de conflits Développement personnel Souvenirs positifs généralisés
Souvenirs neutres	Détails du souvenir
Rétrospective de vie	Analyse positive Analyse négative
Apports positifs de la réminiscence	Bonheur Valorisation de l'estime de soi Prise de conscience Espoir Détachement
Apports négatifs de la réminiscence	Remords et regrets Souffrance psychique

3.1.1.4. *Thème A4 : le fonctionnement psychique.* Ce thème ci regroupe les différents besoins rapportés par les patientes tels que l'espoir de se sentir mieux moralement ou d'une amélioration physique, l'esprit combatif, de profiter de la vie.

« [...] je voudrais bien finir ma vie [...] de laisser une image positive. . . » [Patiente 9, 66 ans, mariée, 3 enfants]

Sont également citées les ressources internes ou externes identifiées comme étant importantes dans leur vécu.

« J'ai un réconfort de ma famille parce qu'ils me soutiennent » [Patiente 2,]

« [La spiritualité] Ça me paraît important oui. . . je pense que de toute façon, après je ne sais pas si je serai capable d'aller beaucoup plus loin mais de toute façon, je pense que l'on est. . . responsables de sa propre construction » [Patiente 6, 76 ans, mariée, sans enfant]

Enfin, des défenses et stratégies de *coping* paraissant identifiables à la lecture du discours des patientes ont pu être relevées comme l'évitement, le marchandage, la projection, le *coping* religieux.

« J'essaye de ne penser à rien du tout. . . » [Patiente 4, 60 ans, divorcée, 4 enfants]

« Je voudrais m'en sortir parce que c'est l'anniversaire mon petit-fils le mois prochain, l'anniversaire de ma fille, mon petit-fils c'est le 17 mars et ma fille le 16 mars et nous, le 18, ça sera nos 50 ans de mariage » [Patiente 3, 72 ans, mariée, 4 enfants]

3.1.2. Catégorie B : réminiscences et rétrospective

Cette catégorie contient six thèmes présentés avec leurs sous-thèmes (Tableau 6).

3.1.2.1. *Thème B1 : souvenirs négatifs.* Parmi les souvenirs négatifs, les événements issus de traumatismes, deuils, adversités ont été observés ainsi que des réminiscences en lien avec leurs relations conjugales et les conflits familiaux. Enfin, des réminiscences autour du parcours médical jaillissent en lien avec les traitements médicaux.

« Je ne le surmonterai jamais mon chagrin, je ne me suis jamais remise du décès de mes parents. Jamais. » [Patiente 2, 68 ans, célibataire, sans enfant]

« Je pense à beaucoup de chose, comme mon mari n'était pas gentil des fois, qu'il pouvait me parler mieux et maintenant c'est "ma chérie" » [Patiente 3, 72 ans, mariée, 4 enfants]

3.1.2.2. *Thème B2 : souvenirs positifs.* Les souvenirs familiaux, la résolution de conflits, l'éveil spirituel figurent dans les souvenirs positifs mais aussi des souvenirs positifs plus généralistes.

« J'ai dit "Nicolas, on a des choses à se dire et" et il m'a répondu "[...] on oublie cela, c'est du passé" et ça m'a fait plaisir qu'il me dise ça » [Patiente 3, 72 ans, mariée, 4 enfants]

3.1.2.3. *Thème B3 : souvenirs neutres.* Aussi, apparaissent des souvenirs plus neutres dénués d'affects et des jeux de scénario de vie différente.

« Des choses des fois, d'une banalité, ça vous fera rire, le chemin de l'école... » [Patiente 6, 76 ans, mariée, sans enfant]

3.1.2.4. *Thème B4 : rétrospective de vie.* Certaines patientes ont engagé d'elles-mêmes une rétrospective de vie dont une qui présente une analyse négative.

« C'est de penser que j'ai eu la vie dure... » [Patiente 3, 72 ans, mariée, 4 enfants]

« je me suis rendue compte que lui n'avait pas sa place, ne trouvait pas sa place et je me suis rendue compte que moi, je ne lui laissais pas de place non plus parce que... la balance sur les deux faisait qu'on se laissait porter » [Patiente 7, 70 ans, en couple, 3 enfants]

3.1.2.5. *Thème B5 : apports positifs de la réminiscence.* L'analyse a permis de mettre en évidence l'apport de la réminiscence chez les patientes. Celle-ci permettrait de jouer un rôle résilient ravivant des émotions positives, de prendre conscience de sa part de responsabilité dans son histoire, de renforcer/valoriser l'estime de soi, de restaurer de l'espoir quant au futur et enfin d'apporter une forme de détachement durant ce temps de fin de vie.

« Donc c'est là que j'ai compris qu'il ne pouvait pas faire grand-chose sans moi » [Patiente 3, 72 ans, mariée, 4 enfants]

« Je suis contente, je me dis "oh tout ce que l'on a fait avec mes enfants et petits-enfants"... » [Patiente 4, 60 ans, divorcée, 4 enfants]

3.1.2.6. *Thème B6 : apports négatifs de la réminiscence.* Des apports négatifs telles que le remord et le regret ou du mal-être ont été identifiés.

« Il y a beaucoup de tristesse en moi parce que j'aurais aimé me marier, avoir des enfants mais ça ne s'est pas fait... donc c'est ça qui me fait mal... » [Patiente 2, 68 ans, célibataire, sans enfant]

« Si j'y avais été plus tôt [consulter un médecin], je n'aurais pas été comme ça maintenant. Mais comme je voulais en finir avec la vie, je me suis laissée aller... » [Patiente 4, 60 ans, divorcée, 4 enfants]

3.2. Liens entre réminiscences et travail cognitivo-émotionnel

Par la suite, les liens entre les réminiscences décrites et les apports rattachés à celles-ci ont été étudiées (Fig. 2). Il apparaît alors que la restitution de souvenirs décrits comme positifs amènent des apports bénéfiques pour les participantes. Les souvenirs familiaux (N=3) viennent activer un sentiment de bonheur (N=3), le souvenir en lien avec une étape de développement personnel (N=1) vient faire résonner une valorisation de l'estime de soi (N=1), les souvenirs positifs généraux (N=1) viennent déclencher de l'espoir (N=1). Enfin, le rappel de résolution de conflits (N=1) apporte un sentiment de bonheur (N=1).

En ce qui concerne les souvenirs neutres (N=1), un apport centré sur le détachement (N=1) est identifié.

Les apports associés aux souvenirs négatifs sont plus variés et à dominante négative. Les réminiscences autour des adversités, traumatismes et deuil (N=5) viennent activer exclusivement un sentiment de mal-être chez les participantes (N=5). Quant aux relations conjugales décrites comme négatives (N=4), nous retrouvons une hétérogénéité des apports comprenant un sentiment de mal-être (N=1), une prise de conscience (N=1), des remords et des regrets (N=1) et une valorisation de

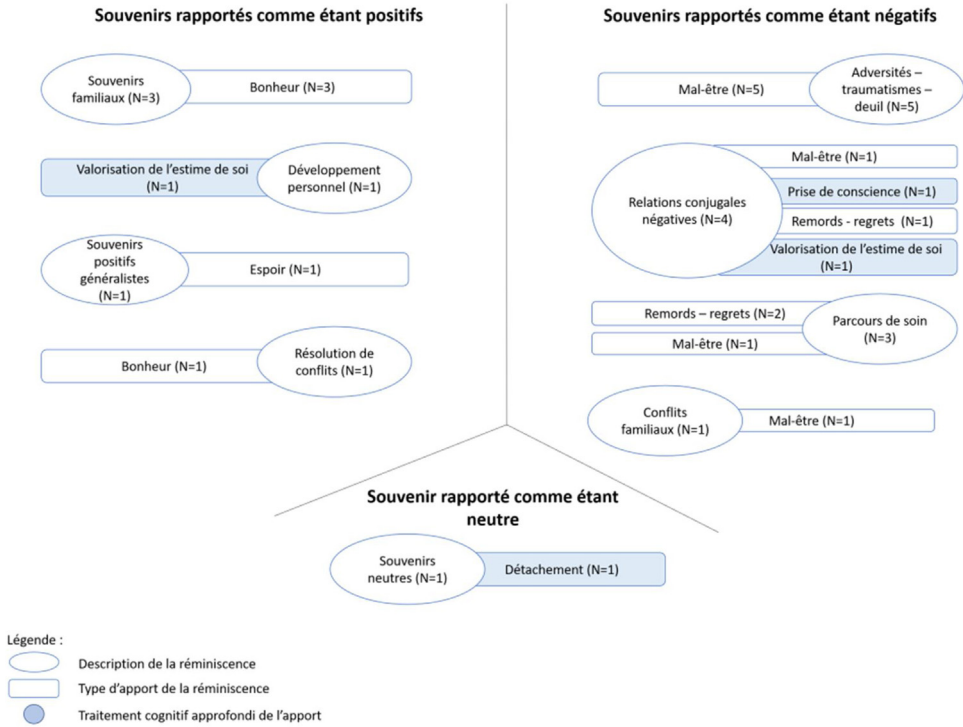


Fig. 2. Schéma de la répartition des réminiscences et type d'apport associé selon les participants.

l'estime de soi (N = 1). Au sujet des réminiscences en lien avec le parcours de soin (N = 3), celles-ci amorcent des remords et regrets (N = 2) ainsi qu'un sentiment de mal-être (N = 1). Enfin, les conflits familiaux (N = 1) entraînent eux aussi un sentiment de mal-être (N = 1).

De plus, il en ressort que sur l'ensemble des souvenirs rapportés (N = 9), la majorité vient activer des affects tels que le bonheur, l'espoir, le mal-être, les remords et regrets. Alors que pour les souvenirs en lien avec une étape de développement personnel, de relations conjugales et les souvenirs neutres, il semble amorcer un traitement cognitif approfondi, dans la lignée de la rétrospective de vie, permettant alors des apports tels que le détachement, la prise de conscience et la valorisation de l'estime de soi.

3.3. Analyse du langage non verbal

3.3.1. Douleurs

L'apparition de douleurs a été relevée chez 3 participantes dont une qui nous a demandé d'arrêter l'entretien tant ses douleurs étaient envahissantes sur le moment. Chez ces 3 participantes, les douleurs se sont manifestées plus de 6 fois dans l'ensemble de leur discours.

3.3.2. Pleurs

Les pleurs se sont manifestés chez 4 patientes plus de 16 fois. Ces derniers se manifestent lors de réminiscences traumatiques, lors de l'usage de *coping* religieux et de recherche de sens et quand s'opère la prise de conscience de la mort à court terme entremêlée avec l'angoisse de mort.

« Je me demande "Pourquoi mon Dieu, pourquoi me faire souffrir autant ? Pourquoi ça ne passe pas ?" (pleurs). » [Patiente 3, 72 ans, mariée, 4 enfants]

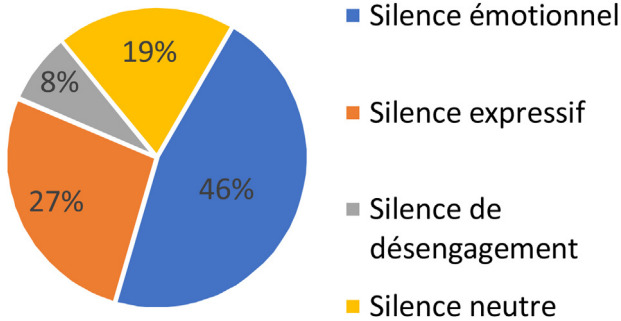


Fig. 3. Répartition des différents types de silences (selon la catégorisation de Levitt, 2001) chez des patientes en fin de vie.

3.3.3. Rires et sourires

Aussi, l'expression de sourires, de rires ont été aussi présents dans leur discours. Six participantes en ont fait l'usage plus d'une douzaine de fois dans l'ensemble. Sa fonction est multiple : il est à la fois vecteur d'humour de manière générale mais aussi à l'attention du psychologue. L'humour est aussi utilisé comme mécanisme de défenses et permettant de mettre à distance les affects liés à l'angoisse de mort.

« Ben je pourrai avoir de la douleur, de la peine de partir, de... me dire "ça y est, c'est fini" et ça, ça ne me traverse pas l'esprit... je ne pleure pas... je pleure avec vous (sourire) » [Patiente 7, 70 ans, en couple, 3 enfants]

3.3.4. Silence

Nous avons comptabilisé 25 verbatims contenant des temps silencieux dont certains comportaient plusieurs silences. Il est apparu chez 6 participantes également mais était invoqué plus de 31 fois. Un résumé de cette répartition est présenté sur la Fig. 3.

Les silences productifs sont largement majoritaires dans le discours des patientes. En effet, les silences émotionnels ($n = 12$) ainsi que les silences expressifs ($n = 7$) sont les plus présents. Les silences de désengagement ($n = 2$) attendant à la dimension contre-productive du silence restent, quant à eux, très rares. Enfin, les silences neutres ($n = 5$) comprenant la recherche de mot, de détails sont aussi présents.

Par la suite, les types de silences ont été mis en relation avec les thèmes abordés (Fig. 4). En ce qui concerne les silences émotionnels, ces derniers apparaissent notamment lorsque les patients abordent la maladie ($n = 5$), comme la constatation de l'altération générale par exemple et leur fin de vie ($n = 5$). Ces silences apparaissent également lorsqu'elles abordent leurs échanges avec leurs proches ou bien lors de questionnements face à leurs derniers jours à vivre. Aussi, ce type de silence se présente lorsqu'elles abordent leur mort ($n = 2$).

Les silences expressifs se présentent de manière homogène dans le discours des patientes notamment lorsqu'elles font état de leurs ressources personnelles ou extérieures, de leurs besoins, de leur fin de vie ($n = 2$) et aussi de leur mort ($n = 1$).

Les silences de désengagement apparaissent lors de thèmes liés à la maladie et à la réminiscence et sont eux aussi égaux dans leur fréquence d'apparition ($n = 1$).

Enfin, les silences neutres sont présents au nombre de cinq dans l'ensemble des discours.

4. Discussion

L'objectif de notre étude était de rendre compte du travail cognitivo-émotionnel chez des patients en fin de vie et de recueillir les réminiscences présentes, leurs apports mais aussi l'usage du silence. Nous avons pu mettre en exergue différents thèmes rattachés au processus de la fin de vie.

Les résultats les plus prégnants sont que l'ensemble des participantes abordent les thématiques en lien avec leur fin de vie ou avec la mort avec le questionnement de la fin de vie. En effet, ce dernier porte

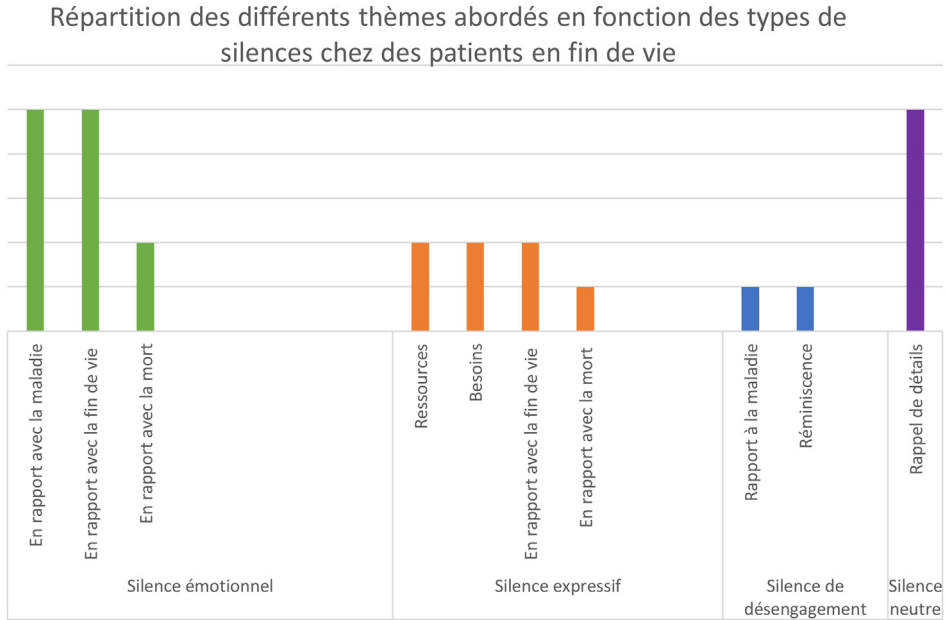


Fig. 4. Fréquence des différents thèmes abordés en fonction des types de silences chez des patients en fin de vie.

sur la façon dont se passerait les derniers jours et heures avant leur décès. Ce temps est nécessaire pour permettre à la personne de réfléchir sur la façon dont elle souhaite disposer du temps qui lui reste à vivre et peut ainsi initier une discussion avec ses proches autour de ses volontés funéraires, directives anticipées (Bacqué & Mertz, 2021). Bien que ces échanges soient imprégnés de tristesse, reflet du deuil à venir, ils permettent également à chacun de se sentir plus apaisés suite aux partages de ces informations (Walczak et al., 2016). L'importance rapportée de la présence de l'entourage et la qualité communicationnelle, avec la résolution de conflits précédents, sont en congruence avec les différentes études abordant la qualité de vie des patients en fin de vie (McCaffrey et al., 2016).

La prise de conscience de la proximité de la mort chez certaines d'entre elles, nommée crise du mourir (Van Lander, 2015b), est venue soulever des angoisses de morts massives figeant certaines patientes. En effet, pour celles qui rapportaient une forte anxiété se trouvaient également en proie à des symptômes physiques intenses. Ces deux manifestations, s'entretenant mutuellement majorent la peur de mourir dans d'atroces souffrances ainsi que l'absence de sens face à la fin de vie. Face à l'expression de cette angoisse, certaines défenses comme l'évitement ont pu être relevées dans le discours des patientes ne laissant donc pas de place à la réflexion et à la verbalisation de leurs souhaits autour de leur fin de vie. Le fait de savoir que la maladie est fatale n'implique pas forcément d'y être préparé. Il apparut aussi que ces patientes étaient plus dans l'utilisation de forme de marchandage ou bien en demande de poursuite de traitements pouvant maintenir leur vie (Ellis et al., 2015 ; Rodenbach et al., 2021 ; Sherman et al., 2018).

Le besoin d'espoir apparaît majoritairement dans le discours des patientes. Cela rend bien compte du caractère adaptatif et défensif de l'espoir face à la fin de vie et que ce dernier n'est pas antinomique avec l'approche de la mort (Duggleby et al., 2007 ; Kyota & Kanda, 2021). Dans notre étude, les patientes se projettent aussi bien sur une guérison physique, on pourrait parler dans ce cas d'un ajustement dysfonctionnel, que sur une amélioration thymique ou encore sur l'apaisement de la souffrance des proches, qui favoriserait un fonctionnement plus optimal. Il apparaît dans notre étude une multitude d'émotions qui se présentent aux patients en fin de vie. Il convient aux professionnels médicaux de laisser place à ce panel-là sans les limiter et de ne pas vouloir les restreindre à un seul cadre de référence (pour exemple, le modèle de Kubler-Ross) (Broadhurst & Harrington, 2016).

Au sujet de l'identité, nous aurions pu penser que l'approche de la mort assaillisse les patientes en entraînant alors, une altération de l'image qu'elles avaient d'elles-mêmes. En effet, le statut de « mourant » est le vestige de notre histoire culturelle et médicale conférant à la personne une place d'exception (il est celui qui meurt) et d'exclusion (car il renforce le sentiment de solitude face à la mort) comme le pointe Higgins (2011). De plus, les sentiments d'identité tels que le sentiment de continuité, d'unicité, d'estime de soi, de soi par l'action, l'utilité, d'unité et de diversité se retrouvent impactés compte tenu de la dégradation physique (Van Lander, 2015a). Or, dans notre étude, les patientes ont rapporté majoritairement des termes à valence positive pour se décrire. Les adjectifs rapportés par ces dernières semblent être représentatif de ce qu'elles sont en tant que sujet et non en tant que « malades ». Cela amène deux axes de réflexion : le premier serait que ce statut de « mourant » pourrait être la résultante d'une projection défensive de la société, du corps médical et soignants sur le patient et qui pourrait donc accroître une certaine forme d'évitement ou de surinvestissement auprès de la personne en fin de vie. Dans l'étude de Peyrat-Apicella et al. (Peyrat-Apicella et al., 2021) démontrent une continuité dans les représentations et l'ajustement à la maladie et non pas une rupture face à l'imminence de la mort. L'évocation de souvenirs chez les personnes en fin de vie pourraient aider à la conservation d'une image personnelle suffisamment ancrée pour faire face à la mort. En tant que professionnel, il reste primordial de considérer la personne dans son ensemble afin de l'accompagner et l'écouter de la meilleure des façons tout en restant à l'écoute de ses propres défenses dans l'alliance thérapeutique.

L'approche de la mort, amorce spontanément chez la personne à faire le bilan de sa vie. Dans nos résultats, nous retrouvons que la fréquence de souvenirs négatifs est un peu plus importante que la présence de souvenirs positifs mais aussi plus souvent citée. Cela peut s'expliquer par la composante anxieuse très présente chez certaines des patientes incluses les laissant alors en proie à des affects négatifs tels que du mal-être, des remords et regrets. Par ailleurs, trois des patientes interrogées avaient spontanément amorcé un travail rétrospectif, c'est-à-dire qu'elles ont pu réinterpréter certains événements de leur vie (axés notamment sur leur relation conjugale et leur développement personnel) afin de les résoudre et les intégrer. Chez deux d'entre elles, nous avons pu observer un effet positif notamment sur le rappel de souvenirs mais aussi sur la façon dont elles vivaient les jours précédents leur mort, c'est-à-dire de manière apaisée. Suite à une revue systématique et méta-analyse portant sur l'effet d'une intervention basée sur la rétrospective de vie, Wang et al. (Wang et al., 2017) ont rapporté que sur huit essais contrôlés et randomisés, l'amélioration de la qualité de vie globale, le bien-être spirituel et de la détresse psychologique étaient significatives. L'autre patiente quant à elle, bien qu'elle puisse reconsidérer son positionnement au sein de sa relation conjugale, resta néanmoins assaillie par l'anxiété et la douleur physique.

Notre étude nous amène alors à questionner la présence d'un possible lien entre le vécu de la fin de vie et la présence du type de réminiscences rapportées. Est-ce le vécu de la fin de vie qui influence la fonction de la réminiscence ou bien est-ce la façon dont la personne repense à sa vie qui influence son vécu de la fin de vie ? Cette réflexion nous permet de faire le lien avec la cognition incarnée, où le corps déterminerait la pensée du sujet. En effet, l'aptitude d'un individu à interagir avec son environnement est consécutif de ses propres caractéristiques physiologiques. En soins palliatifs, le corps est le siège de la maladie, reflet de la douleur qui se manifeste. En désorganisant l'appareil psychique du patient, la douleur entrave la capacité à penser ou la modifie négativement (Bondier et al., 2018 ; Magnon et al., 2021).

De plus, nous avons voulu mettre en lien les apports de la réminiscence retrouvés dans notre étude avec les fonctions rapportées par (Watt & Wong, 1991). Bien qu'une grande partie soit assimilable aux fonctions intégrative, instrumentale et obsessionnelle, il apparaîtrait que les apports tels que le bonheur et l'espoir ne puissent être catégorisables dans la taxonomie de Watt et Wong. Il en est de même avec la taxonomie de Webster. En effet, contrairement à l'utilisation échappatoire qui permet au sujet de s'évader dans le passé pour désinvestir le présent, ici, les patientes semblent chercher dans leurs souvenirs heureux des affects positifs pour faire face à leur situation actuelle sans la nier. Cela nous amène à penser qu'une possible fonction serait à explorer, à savoir centrée sur la réactivation d'affects en tant que stratégie d'ajustement.

Enfin, nous nous étions aussi intéressés à la dimension du silence. Le silence émotionnel reste majoritaire dans le discours des patientes notamment lorsqu'elles abordent les thèmes autour de leur fin de vie, de la mort, de leur famille. Silence et mort rentrent en contraste avec l'acte de parler, le silence peut donc être considéré comme un signe de la réalité de la pulsion de mort (Antonelli, 1998, cité par Maffei, 2005). Face à la confrontation des différentes pertes, les patientes ont le besoin de verbaliser leur chagrin que ce soit au travers des mots ou même du silence, quand la pensée ne peut se dire. Cette préparation de leur propre deuil se doit d'être accompagnée à leur rythme. Le silence devient thérapeutique, la seule exigence qui prime dans le processus thérapeutique est d'être en présence auprès du patient. Le silence thérapeutique revient donc à « être » dans le moment présent où les notions de patient et thérapeute s'effacent pour laisser place à une connexion interpersonnelle authentique, profonde et réelle. Il ne s'agit plus de remplir l'espace avec des mots mais de respecter ce temps, qui parlera plus fort que les mots. Il permet d'accomplir ce que les mots ne peuvent pas, le respect et le non-abandon (Sapeta & Simões, 2018). Partager le besoin de silence amène de la qualité dans les soins qu'ils soient médicaux ou thérapeutiques. Le patient attend des professionnels qui l'accompagnent des capacités d'écoute afin d'être reconnu en tant que personne. L'écoute en tant que telle s'inscrit dans un processus actif avec la volonté de comprendre à la fois le discours mais aussi le silence. La pluralité des silences caractéristiques en fin de vie nécessite d'adopter une écoute réflexive de ces derniers afin de leur laisser une place suffisamment importante pour qu'ils s'expriment (Kübler-Ross & Kessler, 2011 ; Sapeta & Simões, 2018 ; Valle, 2019).

4.1. Limites et forces de l'étude

Plusieurs limites apparaissent dans notre étude. Tout d'abord, les thèmes abordés avec l'aide de notre guide d'entretien nous ont permis de recueillir un large horizon de ce qu'est le travail cognitivo-émotionnel de la fin de vie et de la réminiscence. Mais cela est aussi une limite dans le sens où nous n'avons pas pu approfondir et explorer ces thèmes suffisamment compte tenu des symptômes présents lors des entretiens. Par ailleurs, l'état physique et les capacités cognitives de certaines patientes ont pu donner lieu à des entretiens faiblement étayés ou qui ont été très courts. De même, le fait que la psychologue connaisse en amont les patientes a pu induire certaines relances.

Aussi, le nombre de participantes reste faible pour pouvoir proposer une analyse détaillée et globale. De plus, notre échantillon est composé exclusivement de femmes. Cela peut s'expliquer par le fait que l'un des principaux services où nous avons recueilli nos données prend en charge en majorité des cancers gynécologiques. De plus, certains thèmes abordés, notamment ceux reliés à la fin de vie et la mort ont pu apparaître parce qu'il s'agissait de femmes. En effet, les femmes seraient plus à même d'échanger sur leur fin de vie que les hommes (Skulason et al., 2014).

Nous avons fait le choix de nous centrer sur des patientes en phase palliative symptomatique en adoptant une approche transversale. Toutes les patientes incluses avaient reçu l'annonce de la fin des traitements curatifs au cours de leur temps d'hospitalisation. Il est donc aussi possible que cela ait entraîné des réactions défensives à une annonce aussi importante que l'arrêt de soins curatifs et qui se seraient exprimées au cours de nos entretiens. De ce fait, notre étude ne rend pas compte de la totalité de la dynamique du processus en fin de vie.

Une des forces de notre étude est qu'elle ait recueilli le discours des patientes en les sollicitant directement, tout en leur proposant un cadre souple et ajustable dans la réalisation de l'entretien. Aussi, notre étude semblerait, en l'état de nos connaissances, être l'une des premières en France à s'intéresser à la réminiscence en fin de vie. Elle a également pu permettre le recueil et l'analyse de la fonction du silence dans le discours de personnes en soins palliatifs.

4.2. Perspectives d'amélioration et de recherche

Fort de notre expérience suite à la mise en place de cette étude, nous pouvons suggérer quelques pistes d'amélioration.

Tout d'abord, l'inclusion de patients en phase palliative symptomatique est difficilement possible dans un service de soins car ils arrivent très souvent lors de phases symptomatiques aiguës. À l'avenir, il pourrait être plus pertinent de se diriger vers des unités de soins palliatifs, ou bien de se détacher

de cette spécificité médicale (phase palliative symptomatique) et de proposer l'inclusion de patients ayant déjà abordé la possible fin de traitements curatifs avec leur médecin référent.

Au vu de l'état de santé précaire des patients, il est préférable que le guide d'entretien aborde un voire deux thèmes de recherche afin que les patients et le psychologue puissent prendre le temps de développer et approfondir le sujet.

Nos résultats peuvent donner des pistes de recherche. Il serait pertinent de répliquer cette étude auprès d'une population en fin de vie avec un échantillon plus varié, notamment au niveau de l'âge des patients afin d'observer s'il y a une différence de contenus entre la réminiscence et ses différents apports.

Dans une perspective interventionnelle, nous souhaiterions mener une étude basée sur la rétrospective afin de vérifier l'apport de ce processus sur la qualité de vie et déterminer les différents effets d'une telle intervention sur la fin de vie. Nous nous baserons principalement sur les travaux d'Ando (2008) afin de proposer des entretiens invitant à la rétrospective de vie et dont la finalité serait la création d'un album reprenant l'histoire de vie du patient.

5. Conclusion

Pour conclure, notre article a permis de mettre en avant le travail cognitivo-émotionnel des patients en fin de vie mais surtout la place de leurs réminiscences et l'usage du silence, thèmes peu abordés dans la recherche en psychologie de la santé en France. La présence importante de réminiscences négatives suite à une annonce de fin de traitements curatifs souligne l'importance de les considérer et travailler, tout comme connaître la fonction du silence dans le discours de patients en fin de vie nécessite d'être plus largement étudié.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Nous tenons à remercier les équipes et patients des services de dermatologie et onco-dermatologie dirigés par le Pr Beylot-Barry, du service de médecine interne dirigé par le Pr Bonnet et la responsable de service Dr Bernard du CHU de Bordeaux ainsi que ceux du service de médecine oncologique de la clinique Tivoli-Ducos, notamment le Dr Collin. Nous remercions le Dr Nicolas Calcagni pour son aide précieuse dans l'analyse des données.

Références

- Adler, J. M., Lodi-Smith, J., Philippe, F. L., & Houle, I. (2016). *The Incremental Validity of Narrative Identity in Predicting Well-Being: A review of the Field and Recommendations for the Future*. *Personality and Social Psychology Review*, 20(2), 142–175.
- Ando, M., Morita, T., Okamoto, T., & Ninosaka, Y. (2008). One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*, 17(9), 885–890. <https://doi.org/10.1002/pon.1299>
- Bacqué, M.-F., & Mertz, J. (2021). Parler améliore la vie subjective des mourants : revue de la littérature. *Médecine Palliative*, 21(1), 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2020.07.004>
- Bassett, L., Bingley, A. F., & Brearley, S. G. (2018). Silence as an element of care: A meta-ethnographic review of professional caregivers' experience in clinical and pastoral settings. *Palliative Medicine*, 32(1), 185–194. <https://doi.org/10.1177/0269216317722444>
- Bondier, M., Mathieu-Nicot, F., Mariage, A., Bioy, A., & Aubry, R. (2018). L'impact psychologique de la douleur en soins palliatifs : entre majoration de l'angoisse de mort et renforcement du sentiment d'existence, un impact psychologique complexe. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(2), 157–162. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.05.016>
- Booth, A., Hannes, K., Harden, A., Noyes, J., Harris, J., & Tong, A. (2014). COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies). In *Guidelines for reporting health research: A user's manual*. pp. 214–226. John Wiley & Sons, Ltd (<https://doi.org/10.1002/9781118715598.ch21>)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101 (<https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>)
- Broadhurst, K., & Harrington, A. (2016). A mixed method thematic review: The importance of hope to the dying patient. *Journal of Advanced Nursing*, 72(1), 18–32. <https://doi.org/10.1111/jan.12765>
- Butler, R. N. (1963). *The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged*. *Psychiatry*, 26(1), 65–76.

- Cappeliez, P. (2018). *À quoi servent les souvenirs personnels ? À la lumière de mon passé: Mes souvenirs autobiographiques pour me connaître et me comprendre*. pp. 31–42. Wavre: Mardaga.
- Dezutter, J., Toussaint, L., & Dewitte, L. (2020). Finding a balance between integrity and despair: A challenging task for older adults in residential care. *Journal of Adult Development*, 27(2), 147–156. <https://doi.org/10.1007/s10804-019-09332-1>
- Duggleby, W. D., Degner, L., Williams, A., Wright, K., Cooper, D., Popkin, D., et al. (2007). Living with hope: Initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(3), 247–257. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.013>
- Ekman, P. (2017). Facial expressions. In *The science of facial expression*. pp. 39–56. Oxford University Press (<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190613501.003.0003>)
- Ellis, J., Cobb, M., O'Connor, T., Dunn, L., Irving, G., & Lloyd-Williams, M. (2015). The meaning of suffering in patients with advanced progressive cancer. *Chronic Illness*, 11(3), 198–209. <https://doi.org/10.1177/1742395314565720>
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle: Selected papers*. International Universities Press.
- Fegg, M. J., Wasner, M., Neudert, C., & Borasio, G. D. (2005). Personal Values and Individual Quality of Life in Palliative Care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(2), 154–159.
- Frias, A., Watkins, P. C., Webber, A. C., & Froh, J. J. (2011). Death and gratitude: Death reflection enhances gratitude. *The Journal of Positive Psychology*, 6(2), 154–162. <https://doi.org/10.1080/17439760.2011.558848>
- Gana, K., Mezred, D., & K'Delant, P. (2014). Évaluation des vertus adaptatives de la rétrospective de vie chez les personnes âgées : étude randomisée contrôlée. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 24(1), 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2014.01.001>
- Goodcase, E. T., & Love, H. A. (2017). From despair to integrity: Using narrative therapy for older individuals in Erikson's last stage of identity development. *Clinical Social Work Journal*, 45(4), 354–363. <https://doi.org/10.1007/s10615-016-0601-6>
- Higgins, R. W. (2011). Le statut « psychologique » du mourant. *Le Carnet PSY*, 154(5), 37. <https://doi.org/10.3917/lcp.154.0037>
- K'Delant, P., Gana, P., & Mezred, D. (2012). *Les thérapies par la réminiscence et la rétrospective de vie: fondements théoriques et modalités pratiques*. Cyril Tarquinio éd., Manuel des psychothérapies complémentaires. pp. 233–266. Paris: Dunod.
- Keall, R., Butow, P., Steinhilber, K., & Clayton, J. (2011). Discussing life story, forgiveness, heritage, and legacy with patients with life-limiting illness. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(9), 454–460. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.9.454>
- Kroger, J. (2018). The epigenesis of identity—What does it mean? *Identity*, 18(4), 334–342. <https://doi.org/10.1080/15283488.2018.1523730>
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2011). *Sur le chagrin et sur le deuil : trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil*. Pocket.
- Kyota, A., & Kanda, K. (2021). The lived experience of persons with terminal cancer: A qualitative study. *Nursing Science Quarterly*, 34(2), 189–195. <https://doi.org/10.1177/0894318420987189>
- Levitt, H. (2001). Sounds of silences in psychotherapy: The categorization of clients' pauses. *Psychotherapy Research*, 11(3), 295–309.
- Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R., & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 26–46. <https://doi.org/10.1037/amp0000151>
- Maffei, G. (2005). *Le silence. Les cahiers jungiens de psychanalyse*, 1(113), 15–28.
- Magnon, V., Mille, J., Duthiel, F., & Vallet, G. T. (2021). « Mettre du cœur/corps à l'ouvrage »: une approche psycho-physiologique de la cognition incarnée. *Intellectica*, 74, 51–78.
- McCaffrey, N., Bradley, S., Ratcliffe, J., & Currow, D. C. (2016). What Aspects of Quality of Life Are Important From Palliative Care Patients. *Perspectives? A Systematic Review of Qualitative Research*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(2), 318–328. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.02.012>
- Mezred, D., Petigenet, V., Fort, I., Blaison, C., & Gana, K. (2006). . pp. 3–14. *La réminiscence: Concepts, fonctions et mesures. Adaptation française de la Réminiscence Functions Scale*. (71.). Les cahiers internationaux de psychologie sociale.
- Montross-Thomas, L. P., Joseph, J., Edmonds, E., Palinkas, L., & Jeste, D. (2018). Reflections on Wisdom at the End of Life: Qualitative Interviews of 21 Hospice Patients. *International Psychogeriatrics*, 30(12), 1759–1766. <https://doi.org/10.1017/S1041610217003039>
- O'Connor, C., & Joffe, H. (2020). Intercode Reliability in Qualitative Research: Debates and Practical Guidelines. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406919899220>
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541–558. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.651434>
- Rattner, M., & Berzoff, J. (2016). Rethinking suffering: Allowing for suffering that is intrinsic at end of life. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 12(3), 240–258. <https://doi.org/10.1080/15524256.2016.1200520>
- Rodenbach, R. A., Althouse, A. D., Schenker, Y., Smith, T. J., Chu, E., White, D. B., et al. (2021). Relationships between advanced cancer patients' worry about dying and illness understanding, treatment preferences, and advance care planning. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(4) <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.004> (723–731.e1)
- Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. Sage.
- Sapeta, P., & Simões, Â. (2018). Silences in palliative care—the primacy of human presence. Hospice and Palliative. *Medicine International Journal*, 2(3), 161–167. <https://doi.org/10.15406/hpmij.2018.02.00081>
- Sherman, A. C., Simonton-Atchley, S., Mikeal, C. W., Anderson, K. M., Arnaoutakis, K., Hutchins, L. F., et al. (2018). Cancer patient perspectives regarding preparedness for end-of-life care: A qualitative study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 36(4), 454–469. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1466845>
- Skulason, B., Hauksdóttir, A., Ahcic, K., & Helgason, A. R. (2014). Death talk: Gender differences in talking about one's own impending death. *BMC Palliative Care*, 13(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-8>
- Syed, M., & McLean, K. (2015). The future of identity development research: Reflections, tensions and challenges. In *The Oxford handbook of identity development*. pp. 562–573.
- Syed, M., & Nelson, S. C. (2015). Guidelines for establishing reliability when coding narrative data. *Emerging Adulthood*, 3(6), 375–387.

- Valle, R. (2019). Toward a psychology of silence. *The Humanistic Psychologist*, 47(3), 219–261. <https://doi.org/10.1037/hum0000120>
- van der Kaap-Deeder, J., Soenens, B., Van Petegem, S., Neyrinck, B., De Pauw, S., Raemdonck, E., et al. (2020). Live well and die with inner peace: The importance of retrospective need-based experiences, ego integrity and despair for late adults' death attitudes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 91, 104184. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104184>
- Van Lander, A. (2015a). Atteintes du sentiment d'identité. In *Apports de la psychologie clinique aux soins palliatifs*. pp. 67–75. Érès (<http://www.cairn.info/apports-de-la-psychologie-clinique-aux-soins-palli-9782749249179-page-67.htm>)
- Van Lander, A. (2015b). Synthèse : crise du mourir et détresse. In *Apports de la psychologie clinique aux soins palliatifs*. pp. 105–107. Érès (<http://www.cairn.info/apports-de-la-psychologie-clinique-aux-soins-palli-9782749249179-page-105.htm>)
- Walczak, A., Butow, P. N., Bu, S., & Clayton, J. M. (2016). A systematic review of evidence for end-of-life communication interventions: Who do they target, how are they structured and do they work? *Patient Education and Counseling*, 99, 3–16. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.017>
- Wang, C-W., Chow, A., & Chan, C. (2017). The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Palliative Medicine*, 31(10), 883–894.
- Watt, L., & Wong, P. (1991). A Taxonomy of Reminiscence and Therapeutic Implications. *Journal of Gerontological Social Work*, 16, 37–57. https://doi.org/10.1300/J083v16n01_04
- Webster, J. D. (1993). Construction and Validation of the Reminiscence Functions Scale. *Journal of Gerontology*, 48(5), 256–262.
- Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. *Journal of Aging Studies*, 29, 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.02.003>
- Westerhof, G. J., & Slatman, S. (2019). In search of the best evidence for life review therapy to reduce depressive symptoms in older adults: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(4) <https://doi.org/10.1111/cpsp.12301>
- Peyrat-Apicella, D., Roques, M., Schenkel-Lorenceau, E., Sinanian, A., Mazzucca, L. & Pommier, F. (2021). Représentations de la maladie et mécanismes de défense : étude comparative des phases de la maladie. *Médecine Palliative*. 20(2), 63-74.
- Banerjee, M. Capozzoli, M., McSweeney, L. & Sinha, D. (1999). Beyond kappa: A review of interrater agreement measures. *Canadian Journal of Statistics*. 27(1), 3-23.