

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'EXPÉRIENCE DU SILENCE CHEZ LES PSYCHOLOGUES EN CONTEXTE DE SOINS  
PALLIATIFS AUPRÈS DE PERSONNES EN FIN DE VIE

ESSAI DOCTORAL

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

GABRIELLE POULIN

MAI 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Cet essai n'aurait pu voir le jour sans la merveilleuse contribution de plusieurs acteurs ayant tous, à leur manière, contribué de façon inspirante et signifiante à ce projet. Je tiens tout d'abord à remercier tout particulièrement et sincèrement les participants à cette étude, pour m'avoir accordé de leur temps et de m'avoir ouvert les portes de leur intimité professionnelle en répondant à mes questions avec autant de richesse, de nuances, de profondeur et d'authenticité. Vos paroles si touchantes ont su inspirer l'écriture de cet essai.

Je tiens également à remercier ma directrice profondément humaniste, Valérie-Bourgeois Guérin, pour son ineffable soutien, sa bienveillance, sa grande générosité, son regard attentif, sa rigueur et sa diligence. Merci de m'avoir guidée et donné cette belle opportunité d'avancer en tant qu'humain. Je remercie également les membres du jury, lecteurs et correcteurs de cet essai.

Le parcours doctoral est parsemé de plusieurs épreuves et autant de variations d'états d'âme. Je n'ai pas assez de mots pour décrire avec quelle patience et dévouement ma famille a su me porter tout au long du chemin. Merci à mon amoureux des vingt-trois dernières années, Dominique, pour son amour inconditionnel, son écoute, son don de « coach » réconfortant lors des moments plus difficiles et son humour qui fait du bien. Merci à mon fils Laurence et à ma fille Clara pour leur compréhension, leurs encouragements et leur grande curiosité et sensibilité pour les questions de l'existence humaine. Je vous aime. Merci à mes parents, mes beaux-parents et ami.e.s qui ont su suivre de près ou de loin toute cette aventure doctorale en m'entourant de leur affection et de leurs bons mots.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	ii
RÉSUMÉ.....	vi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 La mort en tant qu'événement existentiel.....	3
1.2 L'accompagnement en fin de vie.....	4
<b>1.3 Communication, silence et fin de vie.....</b>	<b>5</b>
<b>1.4 Contribution.....</b>	<b>6</b>
CHAPITRE 2 CADRE THÉORIQUE, CONCEPTUEL ET OBJECTIF.....	8
<b>2.1 Recension des écrits .....</b>	<b>8</b>
2.1.1 Méthode de recension des écrits .....	8
2.1.2 Portrait des principales recherches.....	8
2.1.2.1 Le silence en tant que phénomène.....	8
2.1.2.2 Le phénomène du silence en contexte de fin de vie .....	9
2.1.2.3 La communication en unité de soins palliatifs .....	9
<b>2.2 Le phénomène du silence dans l'accompagnement en fin de vie.....</b>	<b>10</b>
<b>2.3 Cadre théorique et conceptuel.....</b>	<b>11</b>
2.3.1 Vers une herméneutique du silence.....	11
2.3.2 Les théories du silence en psychanalyse .....	12
2.3.3 Conclusion du cadre théorique.....	14
<b>2.4 Question de recherche .....</b>	<b>14</b>
<b>2.5 Objectifs de recherche.....</b>	<b>14</b>
2.5.1 Objectif général.....	14
2.5.2 Objectifs spécifiques .....	15
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE .....	16
<b>3.1 Présupposés .....</b>	<b>16</b>
3.1.1 Présupposés théoriques .....	16
3.1.2 Présupposés personnels.....	17
<b>3.2 Cadre méthodologique .....</b>	<b>18</b>
3.3 Choix méthodologique.....	19
3.3.2 Cueillette .....	20
3.3.3 Considérations éthiques .....	22
<b>3.3.3.1 Consentement libre et éclairé .....</b>	<b>22</b>

<b>3.3.3.2</b>	<b>Respect de la confidentialité</b> .....	22
	<b>CHAPITRE 4 ANALYSE DES RÉSULTATS</b> .....	24
<b>4.1</b>	<b>Analyse descriptive</b> .....	24
4.1.1	Armand.....	24
4.1.1.1	Le silence qui accompagne.....	25
4.1.1.1.1	Silence et seuil.....	25
4.1.1.1.2	Le silence comme accueil.....	26
4.1.1.1.3	La réalité des soins palliatifs .....	27
4.1.1.2	Le silence comme obstacle.....	28
4.1.1.2.1	Le vouloir dire .....	28
4.1.1.2.2	L'incompréhension.....	29
4.1.1.2.3	La confidentialité.....	29
4.1.1.2.4	Silence et mort.....	30
4.1.1.2.5	La réalité biologique :.....	31
4.1.1.3	Le silence comme impossibilité d'être en lien .....	31
4.1.1.3.1	Le milieu hospitalier :.....	32
4.1.2	Maria .....	33
4.1.2.1	Respect du silence en milieu hospitalier .....	38
4.1.2.2	Approche théorique et silence .....	39
4.1.2.3	Le silence comme processus .....	39
4.1.2.4	Le silence et l'attente.....	40
4.1.3	Anne .....	40
4.1.3.1	Le silence comme relation.....	40
4.1.3.2	Le silence obstacle : une barrière aux échanges.....	41
4.1.3.3	Le silence dans son rapport au souffle et au temps .....	42
4.1.3.4	Soins palliatifs et silence .....	42
4.1.3.5	Le silence comme un soin .....	43
4.1.3.6	Le silence comme respect.....	44
4.1.3.7	Les unités de soins palliatifs.....	44
4.1.4	Rose.....	46
4.1.4.1	Le silence comme apprentissage d'être présent .....	46
4.1.4.2	Le silence dans l'accompagnement vers la mort.....	47
4.1.4.3	Silence et parole du corps.....	47
4.1.4.4	Silence et déliaison.....	48
4.1.4.5	La présence dans le silence .....	49
4.1.4.6	Silence face aux proches .....	49
4.1.4.7	Le silence en unité de soins palliatifs .....	50
4.1.4.8	Le silence comme obstacle.....	51
4.1.5	Charlotte.....	51
4.1.5.1	Le temps vécu du silence comme malaise.....	53
4.1.5.2	Le silence pour remplacer le creux des mots .....	55
4.1.5.3	Le silence en unité de soins palliatifs .....	57
	<b>CHAPITRE 5 DISCUSSION</b> .....	59
5.1	Introduction.....	59

5.2 Les résultats clés .....	59
5.3 Analyse transversale des résultats .....	61
5.3.1 Le silence en tant qu'expérience .....	62
5.3.1.1 Résonances et représentations du silence chez le psychologue en soins palliatifs .....	62
5.3.1.2 Le silence comme obstacle.....	63
5.3.1.3 Le silence comme seuil .....	64
5.3.2 Les divers rôles du silence en soins palliatifs .....	64
5.3.2.1 Naviguer le silence entre accueil bienveillant et gestion de l'insupportable .....	64
5.3.2.1.1 Pour le psychologue .....	65
5.3.2.2 Pour le patient en fin de vie.....	67
5.3.2.3 Le silence au sein de la relation.....	69
5.3.3 Silence et communication .....	71
5.3.3.1 La potentialité dans le creux du silence.....	71
5.3.3.2 La multiplicité du sens dans le silence .....	72
5.3.3.3 La fertilité dans la parenthèse du silence.....	73
5.3.3.4 Parler, se taire ou faire silence.....	73
5.3.3.5 Paroles et transmission .....	74
5.3.4 Silence, soins palliatifs et milieu hospitalier .....	74
5.3.4.1 Les soins intensifs de fin de vie.....	75
5.3.4.2 La place du psychologue en unité de soins palliatifs .....	75
CONCLUSION .....	77
ANNEXE A CANEVAS D'ENTRETIEN .....	80
ANNEXE B FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT .....	82
ANNEXE C ANNONCE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS .....	90
ANNEXE D LEXIQUE .....	91
BIBLIOGRAPHIE .....	93

## RÉSUMÉ

Cet essai explore l'expérience du silence, phénomène qui, a priori, semble marquer une rupture de l'humain avec son monde communiquant et qui, par sa négativité, reste souvent dans l'ombre des recherches sur l'accompagnement thérapeutique. Dans le contexte des soins palliatifs, ce silence semble soulever des enjeux spécifiques, bien que le sujet soit encore peu étudié dans un tel domaine. Cette recherche d'approche qualitative a comme objectif de mieux comprendre l'expérience du silence dans la relation thérapeutique avec des patients en fin de vie, en interrogeant les perceptions et la sensibilité des psychologues qui accompagnent les mourants. La question de recherche qui a guidé ce projet est la suivante : comment les psychologues expérimentent-ils le silence en contexte d'accompagnement en fin de vie? Pour répondre à cette question, des entretiens semi-structurés ont été effectués avec cinq psychologues travaillant en soins palliatifs. Nous avons réalisé une analyse phénoménologique descriptive et interprétative du contenu de leurs discours en mode écriture, afin de mieux comprendre les représentations, les sensations et le rôle du silence dans la relation entre patients et accompagnants. Les résultats dévoilent que les psychologues constatent que le silence en soins palliatifs peut être à la fois un obstacle et un facilitateur, en fonction du contexte et de la relation avec le patient. Le silence jouerait un rôle essentiel dans l'accompagnement, notamment en permettant une présence de qualité, en facilitant l'intimité et le respect. Le silence serait également vu comme un moyen d'aider la personne en fin de vie à se détacher, à entrer en contact avec son intériorité et à faire face à la souffrance liée à la mort et au deuil. Toutefois, il existerait une ambivalence entre le besoin de parler pour reconforter et celui de rester en silence pour respecter l'espace de l'autre. La pratique dans les unités de soins palliatifs serait souvent confrontée à des défis tels que la surmédicalisation et le manque d'intimité, ce qui affecterait la qualité de la prise en charge des patients et la satisfaction des soignants.

Mots clés : *Silence, mort, fin de vie, soins palliatifs, silence thérapeutique, communication.*

## INTRODUCTION

*« Entends ce bruit fin qui est continu, et qui est le silence.  
Écoute ce qu'on entend lorsque rien ne se fait entendre. »*  
Paul Valéry, *Tel quel II*,

Le silence...

Souvent perçu comme inconfortable ou malaisant pour plusieurs en contexte relationnel, le silence joue toutefois un rôle essentiel dans un cadre thérapeutique, favorisant entre autres l'introspection, l'émergence des émotions et l'intégration d'une parole. Les psychologues cliniciens seront inévitablement confrontés à des moments de silence au sein de leur pratique thérapeutique et, selon leur allégeance théorique ou encore leur expérience clinique, la place qui sera accordée au silence dans le cadre de leurs fonctions s'en verra influencée (Hill et al., 2003).

En contexte de soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie, champs de recherche dans lequel s'inscrit cet essai, le silence semble occuper une place particulière (Derzelle et Dabouis, 2004; Mauro, 2008 ; Piazza et Marin, 2017 ; Primeau, 2015). Notre intérêt pour la question du silence et les écrits sur le sujet nous mène à vouloir interroger non seulement ce qui est de l'ordre de l'ostensible, mais aussi de s'approcher d'une situation qui semble souvent nous échapper dans notre relation à autrui et dont nous pourrions involontairement faire abstraction.

Par notre démarche visant à se rapprocher au plus près d'un phénomène, nous souhaitons explorer les manifestations du silence en unité de soins palliatifs et ainsi questionner l'expérience qu'en font les psychologues au cœur de leur fonctions. Ainsi, nous cherchons à mieux comprendre, à l'aide d'entretiens auprès de psychologues, comment ce silence se manifeste dans un contexte d'accompagnement vers la mort, lieu où le silence, par sa duplicité, pourrait s'avérer un enjeu considérable (Piazza et Marin, 2017 ; Primeau, 2015).

Soucieux également du débat entourant l'aide médicale à mourir et des représentations implicites qu'il suscite face à un espace-temps de la mort qui pourrait nous sembler précipité, une réflexion

sur les derniers instants de la vie et ce qu'ils impliquent nous apparaît primordiale dans le cadre d'un travail d'accompagnement et d'interventions auprès de personnes en fin de vie.

Dans les sections qui suivent, après avoir situé notre sujet dans son contexte actuel en y repérant les principaux enjeux qui viendront encadrer la problématique, nous retracerons brièvement le phénomène du silence sous une perspective philosophique, herméneutique et psychanalytique ; fondements théoriques qui serviront d'assise à la compréhension de cet essai. Bien que la psychologie existentielle-humaniste représente notre approche, des ponts avec d'autres disciplines, telle la philosophie, la sociologie, l'anthropologie et la religiologie viendront enrichir notre analyse. Au-delà de cet horizon entourant la question de recherche et les objectifs qui en découlent, le chapitre sur les choix méthodologiques permettra de rendre compte de nos paradigmes qui s'inscrivent à l'intérieur d'une approche qualitative, phénoménologique descriptive et interprétative des données, issue de la phénoménologie philosophique inspirée des écrits de Gadamer et par la méthode phénoménologique herméneutique développée par Van Manen (2015).

# CHAPITRE 1

## PROBLÉMATIQUE

### 1.1 La mort en tant qu'événement existentiel

La mort qui apparaît à la conscience place l'humain dans sa trajectoire entre le fini et l'infini : elle le fait entrer dans ce que Jaspers (2001) décrit comme l'une des plus grandes « situations-limites » de l'existence, impliquant pour chaque être humain diverses manières d'y être confronté. Dans le domaine de la psychologie humaniste existentielle, plusieurs recherches sur l'accompagnement des personnes en fin de vie témoignent de l'importance de redonner à l'expérience de la mort sa dimension « ontologique » et de redonner un sens à l'expérience du mourir aujourd'hui. En tant que future psychologue souhaitant accompagner des personnes dans leur passage vers la mort, il est à se demander ce qui se passe intérieurement et psychiquement pour la personne qui s'apprête à quitter le monde des vivants. Peut-on envisager la mort non seulement en termes d'une dégradation biologique, mais également comme un moment intérieur qui puisse être des plus féconds ? Ou encore des plus angoissants ? Nous pouvons penser la mort comme un événement universel, naturel et prévisible, mais dans le cadre d'un accompagnement vers la mort, il serait souhaitable d'approcher ce passage en tant que phénomène intime, singulier, mystérieux et tragique (Comte-Sponville, 2007). Pour les professionnels œuvrant au sein des unités de soins palliatifs, où la médecine moderne « achoppe toujours sur la mort » (p.116) pour reprendre les paroles de Bacqué (2012), l'accompagnement et l'éthique de la rencontre demeurent un enjeu d'actualité (Castra, 2003; Chatel, 2010; Chochinov, 2012; Jacquemin, 2005).

À cela, nous ajoutons la pertinence de poursuivre ce questionnement sur le sens que peuvent prendre les derniers instants d'une vie, à l'intérieur d'une modalité qui semble privilégier le faire au détriment de l'être (Bacqué, 2013; Batist et Shinder, 2008; Ruzzniewski, 2012). Référons-nous à tous ces auteurs qui ont pensé (et écrit) sur le sujet<sup>1</sup> de même que le contexte social actuel, qui souvent est présenté comme une menace à la « préservation du sens de la mort en tant qu'événement

---

<sup>1</sup> Plusieurs auteurs, cliniciens, anthropologues, sociologues et philosophes se sont penchés sur la question de la mort et du « mourir » aujourd'hui en apportant à cette réalité une réflexion et un éclairage existentiel (Kierkegaard, Jankélévitch, Montaigne, Thomas, Comte-Sponville).

existentiel » (Vachon, 2017)<sup>2</sup>. Nous pensons entre autres à la perte des rituels (désacralisation), à la souffrance, la solitude, l'individualisme, etc. ; tant de considérations qui ont pour effet d'isoler un peu plus les mourants et de précipiter les derniers instants. Dans son texte *Bruit du temps jusqu'à silence de mort*, Luce DesAulniers (1997) fait un parallèle entre notre manière de mourir et de considérer la mort en évoquant l'image de notre société moderne qui « court-circuite les exigences psychiques » (p. 201). Cette société est celle de l'accélération, du bruit, du peu d'espace et de temps.

## 1.2 L'accompagnement en fin de vie

Depuis les années 1970, avec ce mouvement visant une transformation des soins palliatifs en milieu hospitalier au Québec de même que le développement d'une éthique des soins de fin de vie (AQSP 2011)<sup>3</sup>, un pas est fait pour redonner un espace aux mourants et participer au respect d'un rythme de la mort qui est propre à chacun et qui engage un processus d'accompagnement excédant les soins corporels. Plusieurs auteurs et praticiens du milieu s'entendent pour qualifier les derniers instants de la vie comme un réel événement psychique (Cupa, 2006 ; De Hennezel, 1994 ; de M'Uzan, 1977 ; Piazza et Marin, 2017).

De Hennezel (1994) précise que nous devons rencontrer le mourant :

Dans sa valeur, son identité, son essence [...] C'est dans la mesure où nous savons dépasser les apparences pour rencontrer la personne dans son intériorité, dans son affectivité, que nous pouvons offrir un espace suffisamment large pour que la personne puisse vivre sa mort, pour qu'elle puisse y entrer vivante (p.334).

Ces auteurs élaborent sur le travail intérieur qui peut s'accomplir au cours de ce passage et sur l'importance de l'accompagnement venant soutenir ce travail. De Hennezel (1994) insiste sur la nécessité et la qualité de la présence de l'accompagnement comme facteur essentiel, non seulement pour créer autour de la personne l'espace-temps favorisant ce dernier travail intérieur, mais aussi

---

<sup>2</sup> Entendu lors d'une présentation dans le cadre du cours PSY-9437 Intervention humaniste existentielle en contexte de fin de vie et de deuil.

<sup>3</sup> Association Québécoise des soins palliatifs

pour être affectivement présent et attentif et ainsi participer aux derniers échanges qui sont encore possibles à l'intérieur des relations.

### 1.3 Communication, silence et fin de vie

Les besoins en termes de communication semblent différer selon chaque individu dans le processus de l'accompagnement vers la mort (Ellenberg, 2004 ; Morasso et al, 1999). Selon le RQSPAL<sup>4</sup> :

Environ 70% de la communication interpersonnelle en soins palliatifs est non verbale, ce qui signifie qu'elle est transmise par le ton de la voix, le contact visuel, les expressions faciales, la position du corps, la posture, le toucher et la distance physique.

Toutefois, nous pouvons penser que le besoin de transmettre, de se raconter, de se sentir compris et de pouvoir exprimer ses besoins demeure significatif pour l'être humain jusqu'à la toute fin de sa vie<sup>5</sup> (Quintin, 2015). L'homme étant un être de relation et de langage, l'expression de soi passe souvent par la parole comme moyen privilégié de communication entre les êtres. Il semble cependant en être autrement pour la personne en fin de vie. Rapportons-nous aux écrits de Lévinas (1978, 1984) afin d'adresser nos préoccupations en regard d'une éthique communicationnelle en contexte de soins palliatifs, en s'assurant que le « dit » du « dire » demeure un terreau fertile dans la rencontre et se prémunisse contre une communication futile, accessoire ou opératoire.

Divers chercheurs notent que trop souvent, les échanges communicationnels entourant les soins en fin de vie, qui se retrouvent au cœur des centres hospitaliers, sont à l'image de nos sociétés modernes ; ils sont soit instrumentalisés, déniés ou se retrouvent menacés de perdre leur sens, voire leur dimension humaine (Bacqué 2013; Batist et Shinder, 2008 ; Ruzzniewski, 2012). Que ce soit au niveau du vocabulaire technique, des non-dits, de l'insistance des proches à vouloir entendre « les dernières paroles »<sup>6</sup> ou à travers cette incapacité à se faire entendre ou comprendre, cette

---

<sup>4</sup> Réseau québécois de recherche en soins palliatifs et de fin de vie : consultation du site en ligne

<sup>5</sup> Inspirées des écrits de Ricœur sur la « narrativité », plusieurs études témoignent de la fonction bénéfique et de la richesse des récits biographiques en milieu des soins palliatifs en redonnant à la personne malade son statut de « sujet » de soins et offre cette possibilité de se raconter tout en laissant un legs aux futures générations.

<sup>6</sup> Transmission judéo-chrétienne, dernière oraison, forme de communication avec Dieu avant de partir. Dans le texte de Johanne de Montigny 2004, Les dernières paroles sont une manière de faire la paix : Le travail clinique démontre clairement que la cueillette des dernières bonnes paroles lance le survivant sur la piste d'un deuil surmontable, alors que le rappel des conflits relationnels restés en suspens ou dans une parole manquée, entraînerait au contraire un deuil complexe, compliqué, parfois infranchissable.

forme de communication des mots du silence risque d'engendrer une souffrance et d'isoler le patient (Bourgeois-Guérin, 2010, 2018)<sup>7</sup>. Comme le souligne Le Breton (2013) « Face au malade, et particulièrement face au mourant, il importe de rappeler la valeur d'une parole habitée, ou même du silence, s'il est allié à une qualité de présence ». (p.12)

Ainsi, dans un contexte de fin de vie, comment accompagner le mourant en respectant les rythmes de parole et de silence au moment du travail du trépas<sup>8</sup> (trépasser, passer au-delà), souvent décrit en termes d'étapes de ralentissement et d'intériorité ou encore d'avidité relationnelle et de besoin de se raconter (De Hennezel, 1994 ; De M'uzan, 1976), et de les accueillir pleinement? Comment le faire d'une manière qui permettrait à la personne au seuil de la mort de « faire son chemin » et au psychologue d'accompagner la volonté du « dire » ou du « taire » jusqu'à la fin?

Le silence, tout comme le travail du trépas, nous apparaît comme un passage entre deux mondes (De Plaen, 2003 ; Hercher, 2005)<sup>9</sup>. Cette rencontre avec le silence pourrait peut-être s'avérer très angoissante pour certains, ou apaisante pour d'autres. Plus encore, elle pourrait devenir une nécessité que requiert le détachement pour celui qui s'apprête à quitter le monde des vivants. Nul ne sait ce qui émergera en chacun de son expérience en contexte de silence, mais pour le psychologue qui accompagne vers la mort, y être attentif pourrait peut-être offrir cette possibilité d'un véritable accordage et d'une rencontre authentique « avec » l'autre.

#### 1.4 Contribution

Notre essai sur le rapport au silence en contexte de fin de vie s'intéresse dans un premier temps à « l'expérience » de ce phénomène qui, a priori, semble marquer une rupture de l'Homme avec son monde communiquant et qui, par sa négativité, reste souvent dans l'ombre des recherches sur l'accompagnement thérapeutique en général, comme nous le confirme la recension des écrits présentée ci-dessous. De plus, nos recherches nous amènent à constater que le thème du silence en contexte d'accompagnement thérapeutique en fin de vie est relativement peu étudié du point de vue du psychologue, suscitant ainsi notre intérêt et nos interrogations, nous menant à explorer un

---

<sup>7</sup> Voir les études sur la souffrance et la maladie incurable chez Valérie-Bourgeois-Guérin.

<sup>8 8</sup> De M'uzan (1977)

<sup>9</sup> Parallèle que nous désirons approfondir tout au long de cet essai.

champ de recherche pour approfondir la question. Nous souhaitons ainsi étudier cet « espace » du silence dans le contexte des soins palliatifs, lieu où celui-ci semble susciter des enjeux spécifiques (Derzelle et Dabouis, 2004 ; Mauro, 2008 ; Piazza et Marin, 2017 ; Primeau, 2015). Du fait de sa multiplicité de sens, de son potentiel d'impact et de sa résonance, il nous paraît donc pertinent de se questionner sur la particularité de cette expérience du silence au sein de la relation thérapeutique avec des patients en fin de vie.

Ainsi, afin de mieux comprendre les moments de silence au sein de la relation thérapeutique, nous avons interrogé l'expérience des psychologues qui accompagnent les personnes en fin de vie, en explorant leur sensibilité à cette réalité, les représentations qu'ils s'en font ainsi que leurs observations sur la place qui est accordée au silence dans leur milieu de travail. Une précision quant aux objectifs de cette recherche sera présentée ultérieurement, au terme du cadre théorique. À la lumière des textes et des études sur le mourir aujourd'hui, cette recherche nous amène à poser la question qui est celle de la place que nous accordons au silence en contexte de soins palliatifs. À partir du sens que prend le rôle de ceux qui accompagnent, comment les psychologues se représentent-ils le silence dans un contexte de fin de vie? Il serait intéressant de découvrir comment les moments de silence partagé sont vécus sur le terrain, dans les unités de soins palliatifs, et si nous pouvons penser que le silence occupe une fonction particulière dans ce passage vers la mort.

## CHAPITRE 2

### CADRE THÉORIQUE, CONCEPTUEL ET OBJECTIF

#### 2.1 Recension des écrits

##### 2.1.1 Méthode de recension des écrits

Nous avons réalisé, dans un premier temps, une recension du concept de silence en philosophie et en retraçant brièvement sa trajectoire historique. Parallèlement, nous avons cherché, au sein de la littérature en psychologie et en sociologie, la manière dont ce phénomène du silence s'est allié et développé au cœur de la relation thérapeutique. Nous avons également repéré les références reliées directement à notre sujet, soit le silence dans un contexte de soins palliatifs. Une recherche à partir des bases de données PsycInfo, Cairn, Érudit, Pascal et Francis, Isidore ainsi que Google Scholar a été effectuée à partir des mots clés suivants : *Silence, mort, fin de vie, soins palliatifs, silence partagé, silence à deux, silence thérapeutique, silence relationnel, non-dits, relation thérapeutique, écoute active, communication ; Silence, death, end of life, palliative care, shared silence, silence for two. therapeutic silence, relational silence, unspoken, therapeutic relationship, active listening, communication*. Les ouvrages ainsi que les articles repérés ont ensuite été classés en fonction de leur pertinence à cet essai. Les articles qui nous apparaissaient les plus pertinents ont été lus dans leur entièreté afin de rédiger la recension qui suit.

##### 2.1.2 Portrait des principales recherches

###### 2.1.2.1 Le silence en tant que phénomène

L'image la plus souvent associée au silence absolu est celle de la mort, de la finitude (Le Breton, 2015). Pourtant, selon ce dernier, s'intéresser au silence ne signifie pas de fermer le dialogue, mais de s'intéresser plutôt à une tout autre forme d'état d'être et de communication. Pour faire l'expérience du silence, il faudrait franchir un seuil (Jager, 1996) et c'est alors qu'une autre compréhension du monde se manifeste. Nous pouvons introduire ici une certaine nuance propre au silence à partir de la racine latine « silare » et « tacere ». Ces deux modes de relation au silence impliquent une dimension volontaire pour le « silare » où il est question de « faire silence » tandis que pour « tacere » se taire, le terme réfère à un mode de l'abstention, de la retenue d'une parole.

Comme le souligne Lani-Bayle (2018) dans son texte sur le dire du taire : « taire peut-être aussi, à un moment donné et sur un temps donné, une ressource d'apprentissage si, tout comme le dire, il est à double tranchant et n'est pas en soi monolithique, dans ses motifs comme ses effets potentiels » (p.19). Merleau-Ponty (1945) pointe également cette différence entre la parole parlante, qui « croît dans la proximité du silence et reconduit la parole au silence » (dans Dupond, 2001, p. 48) et la parole parlée. Selon l'auteur :

Notre vue sur l'Homme restera superficielle tant que nous ne remonterons pas à cette origine, tant que nous ne retrouverons pas, sous le bruit des paroles, le silence primordial, tant que nous ne décrirons pas le geste qui rompt ce silence. La parole est un geste et sa signification un monde (p. 214).

#### 2.1.2.2 Le phénomène du silence en contexte de fin de vie

Pour cette section, nous avons fait la recension des principales recherches qui se sont intéressées de près ou de loin à la question du silence dans son rapport à la mort dans un contexte de soins palliatifs. L'article de Herzlich (1995) propose que l'évolution du discours sur la mort et le silence face au mourant a débuté à partir des années 1960, en dressant un portrait éthique allant de la souffrance d'une mort sociale à la « loi du silence » régnant en institution. Divulgué plutôt sous forme de témoignages et d'essais libres, nous retenons l'article de Diet et Kessar (2018) s'intéressant « aux multiples sens » que peut prendre le silence dans un contexte de soins palliatifs en interrogeant la valeur de ce dernier. Lugan (2018) quant à elle, dépeint la réalité de « l'impuissance » dans l'écoute en unité de soins palliatifs et insiste sur le fait de faire du silence son allié face aux difficultés communicationnelles rencontrées.

#### 2.1.2.3 La communication en unité de soins palliatifs

Dans le milieu hospitalier, qui a pour objectif de « maintenir le vivant », il n'est pas rare de constater que toute représentation de mort, d'allusion à la mort ou de toutes autres références au silence entourant la mort se voit promptement éjectées du discours privilégié par le corps médical. Parler de la mort, ce serait baisser les bras ; véritable défaite de la mission première de la médecine actuelle dont les fondements sont de préserver la vie. Dans une autre étude de Herzlich (1976) se rapportant au cadre des soins en milieu hospitalier entourant la mort, on y découvre que le patient ne doit pas faire « obstacle » aux soins, au maintien du système. Cette mort « passée sous silence »

porte alors la charge du malaise et des non-dits. Pour des auteurs tels Bacqué (2013) et Lapointe (2008) entrer dans l'univers hospitalier, c'est s'engager dans une lutte « contre la mort biologique » avec cette volonté de se battre jusqu'au bout. Le personnel soignant, les proches et les intervenants feront ce pacte implicite de parler de tout, sauf de cela, sauf de la mort. Les « silences malaises » prendront toute la place, au détriment d'un véritable accompagnement vers la mort. Pour des auteurs comme Saillant (1988), un être vit toujours et tant qu'il y a de la vie, il y a tout à faire pour redonner sens à cette expérience du mourir en écoutant jusqu'au bout. Diet et ses collègues (2018) se penchent quant à eux sur la communication qui ne laisse plus de place au sens. Ils se réfèrent au « bavardage dominant », au « service des pouvoirs en place », mais aussi aux « défenses psychiques et sociétales, qui ont pour fonction de taire et faire taire ce qui doit être passé sous silence, interdit à dire et à penser » (p.7). Pour ces auteurs, à l'heure de la « branchitude communicationnelle » (p.8), il n'est plus permis de se taire, et le silence devient en tant que tel suspect. Comme nous l'avons vu précédemment, la parole, autant que le silence, est vectrice d'apaisement ou de souffrance. De Montigny (2004) rend compte du silence en se référant aux situations inachevées et aux croyances liées au fait de partir « l'âme en paix » et de régler ses conflits avec les proches avant le grand départ (pensées attribuées aux croyances du judéo-christianisme), où les proches sont toujours à l'affût des « dernières paroles » du défunt.

## 2.2 Le phénomène du silence dans l'accompagnement en fin de vie

Plusieurs psychologues cliniciens accordent une grande place au silence au sein de leur pratique, car il y a dans le silence une ouverture à la compréhension et à l'écoute du corps qui « parle » (Andouard, 1997, p.11). Le psychologue est amené à faire « silence » pour être, dans un premier temps, au plus près de son expérience et faire place à l'émergence du sens. Il doit être disposé à « accueillir » et porter une attention particulière à tout ce qui se manifestera en lui au contact de l'autre et à laisser émerger son contre-transfert.

Le théologien Oden (1965), qui a travaillé sur le silence en thérapie, affirme également cette part nécessaire du silence, qui serait partagée par de nombreuses méthodes thérapeutiques aux variations théoriques marquées tels la pensée freudienne, adlérienne, rogérienne, etc. Il atteste en disant que tous s'entendent pour dire que l'expérience d'un silence prolongé est souvent pénible, mais qu'il est une condition nécessaire pour que le client en thérapie apprenne qu'il doit découvrir

par lui-même et dans son propre langage les réponses à ce qui lui échappe et que cela ne peut se faire que sous le mode de la « privation ». À ce sujet, nous retenons une étude exploratoire de Planchin (2017), se rapprochant au plus près de ce que nous souhaitons observer et qui s'intéresse à la place et au rôle du silence dans la relation patient-psychologue en unité de soins palliatifs. On y observe que le silence dans un tel contexte a une connotation très positive et que le silence deviendrait en quelque sorte un « soin ». Notons également que pour Scott et Lester (1998), le silence est perçu comme un outil thérapeutique puissant mais demeure le plus souvent source d'anxiété entre le patient et le thérapeute. Piazza et Morin (2017) observent quant à eux des mouvements de liens et de ruptures dans la communication qui émergent en fin de vie. Ces auteures rapportent qu'il y a un risque de « forçage » d'une parole par le thérapeute lorsque ce dernier souhaite « réparer » les conflits familiaux.

### 2.3 Cadre théorique et conceptuel

Cette section sert de fondement théorique et d'assise sur laquelle se déploie notre recherche. Nous développerons le concept de silence à travers ces champs que sont la phénoménologie, l'herméneutique et la psychanalyse. Cela nous permettra par la suite de faire des ponts entre le phénomène et son interprétation et facilitera la mise en lumière des entrevues que nous avons menées pour cet essai.

#### 2.3.1 Vers une herméneutique du silence

Le silence est un phénomène ouvert qui appelle à l'interprétation et d'où peut émerger plusieurs sens. Tout un espace de possibilités existe entre se taire et faire silence. Le silence devient espace qui se charge, là où réside toute cette richesse de l'herméneutique, ou encore l'art de l'interprétation :

Il nous faut questionner le silence pour comprendre ce qu'il est. Le silence n'est donc pas si étranger que cela à l'expression, car il nous faut bien avoir recours à un dire pour déchiffrer le silence, sans quoi ce dernier resterait dans le domaine de l'intraduisible, de l'indicible. (Raviolo, 2014)

Si nous pensons le silence dans une herméneutique du langage, celui-ci est-il une limite au langage ou est-il inclus dans celui-ci? Quintin (2014) reprend bien la pensée de Gadamer à travers ses écrits, en précisant qu'il y a toujours un reste, que les mots cherchent à rendre mais sans jamais y

parvenir vraiment. De là émerge l'art du dialogue et du cercle herméneutique, portant sur une vérité de l'au-delà des mots cherchant à s'exprimer, nous obligeant à prêter une attention toute particulière lors de la rencontre avec l'autre, en prenant le détour du silence.

Le silence en soi peut s'avérer comme un espace ouvert, où une place se libère enfin, nous disposant à l'introspection, à la représentation et à la symbolisation. Nous pouvons dire que le silence est l'axiome du cercle herméneutique, il se présente à la fois comme la saisie et le déficit. Le silence est toujours plein et vide et il se raconte à celui qui y prête attention. Dans le silence, nous pouvons sentir qu'un espace de vérité prime, un sillon relationnel se dessine en parallèle, une deuxième trame narrative se juxtapose et raconte sa propre histoire ; celle d'un sous-texte entre deux êtres qui ne savaient pas qu'ils étaient « déjà » en dialogue. Dans cette quête de comprendre l'autre, Gadamer (1976) soulignait ce paradoxe du langage en stipulant que comprendre l'autre se situe entre « l'infinité du vouloir dire et la finitude du pouvoir dire »<sup>10</sup>. Quelque chose nous échappe toujours, et c'est cet espace qui nous échappe auquel nous devrions nous attarder. Il y aurait donc dans le silence, dans l'interruption, une multitude de sens qui cherchent à s'exprimer. Grondin (1997) relève que « dans les mots, il y a l'ombre des mots » (p.186). Il y a alors le silence des mots et le silence entre les mots choisis. Au cœur d'un dialogue, nous pouvons comprendre le silence comme étant le sous-texte des êtres, car en disant, nous taisons toutes les autres possibilités. Dans ce contexte, nous sommes confrontés à tout ce que le silence témoigne de l'implicite. Ce qui se joue à travers ces silences peut donc nous en apprendre beaucoup sur soi et sur l'autre. C'est un dialogue qui se joue « entre les lignes ».

### 2.3.2 Les théories du silence en psychanalyse

Lorsque nous retraçons l'avènement du silence en psychanalyse, on y découvre que celui-ci est né du désir d'une des propres patientes de Freud (Mme Emmy Von M.) qui refusait qu'il intervienne ou ne lui suggère quelques interprétations (Bourdin, 2007 p.18), cela semblant l'empêcher de réfléchir. De cette expérience est né le « talking cure ». Il s'agirait donc d'interrompre le patient le moins possible, une fois la consigne d'associations libres donnée, et de garder une attention dite

---

<sup>10</sup> Phrase énoncée à plusieurs reprises par Christian Thiboutot, professeur au département de psychologie dans la section Humaniste.

« flottante ». Dans ce contexte, le « faire silence » a toute sa place et est vécu dans le respect de l'autre ; le patient a besoin de cet espace pour se raconter et y trouvera entière satisfaction. Cela dit, la place qu'occupera le silence en psychanalyse est subordonnée à la métapsychologie freudienne. Elle trouve son évolution au gré de l'exploration clinique et « la question du silence du patient est universellement associée, depuis Freud (1953), à la notion de résistance » (Sauvagnat, 2011 p.60). Nous nous référerons à la résistance en tant que « butée dans la chaîne associative au cours de la séance, et plus largement, censure au refoulement ou évitement de l'élaboration psychique » (Bourdin, 2007 p.310) et donc, pour reprendre les mots de Sauvagnat : « qui se tait en séance est la proie d'une résistance ». (p.60)

Suivant plusieurs ouvrages sur le silence en psychanalyse, Nasio (1998) recense les textes fondateurs qui ont permis d'explicitier plus clairement la place qu'occupe le silence en séance, ainsi que le sens et la forme que peut prendre ce silence. La position de Freud face au silence reste économique, suivant les stades et le pulsionnel refoulé. Le silence serait perçu comme une rétention des pulsions. Partant du principe du « tout dire » et de la non-censure, voilà pourquoi le système freudien voyait dans le silence une forme de « résistance ». Le psychanalyste Ferenczi (1933) sera l'un des premiers à questionner le silence et à repenser cette « attente froide et muette du psychanalyste qui pourrait perturber la liberté d'association » (Ferenczi, 1933, p. 100). Ce dernier voit même dans le silence « un canal d'une communication d'inconscient à inconscient » (Sauvagnat, p. 61). Or, comme le soulignent plusieurs auteurs (Assoun 2016 ; Fliess, 1949 ; Lacan, 1966 ; Nasio 1998 ; Reik, 1926) le silence représente également tout l'inconscient qui tente de communiquer. Le silence peut aussi témoigner d'une prise de conscience à la suite d'une interprétation donnée. Sous cette perspective, les silences ponctuent le discours et permettent l'espace nécessaire à l'élaboration psychique. Winnicott (1963) quant à lui, fera la distinction entre le refus de parler et la non-communication. D'autres auteurs plus contemporains s'intéressent à la distinction entre le silence de la résistance, du silence prometteur et créatif, de celui qui enferme, oppresse ou met à distance (Carel, 2007; Green, 1978, Sauvagnat, 2011). Pour Sechaud (2018), le silence est inhérent au cadre, il incarne les rôles du refus, d'un mode de pensée et d'un traitement des mouvements pulsionnels. La psychiatre et psychanalyste française Hélène Oppenheim-Gluckman (2009) ramène le silence dans l'espace relationnel :

L'accent mis sur le rôle de l'environnement dans la construction de la psyché, sur le maniement de l'ici et maintenant du transfert et du contretransfert dans le processus de la cure, a ouvert la voie aux théories centrées sur la relation d'objet et l'intersubjectivité (2009, p. 270).

Sous cette nouvelle perspective, le clinicien doit se questionner sur son ressenti, son vécu et la part de responsabilité qui lui appartient dans le « ici maintenant », ainsi qu'entre intervention, interprétation et silence. Le thérapeute devra alors faire preuve d'une grande acuité relationnelle. Dans la relation analytique, il faut être attentif aux mouvements contre-transférentiels qui prennent place en silence, dans l'échange avec l'autre. Il faut considérer que le silence passe par tous les sens, par la parole, par l'atmosphère, le ressenti, le regard, et que « le corps tout entier est parole » (Le Breton et Breton, 2017, p.61). Le thérapeute accompagnant devrait être disposé à « accueillir » et porter une attention particulière à tout ce qui se manifestera en lui au contact de l'autre. Il devra donc faire « silence » pour être, dans un premier temps, au plus près de son expérience et faire de la place pour l'émergence d'un sens. Comme le décrit Greenberg (2005) ce contact demande de s'élargir et de devenir ainsi « présence » pour l'autre, de le rencontrer soit dans un silence partagé ou dans son désir de s'exprimer verbalement.

### 2.3.3 Conclusion du cadre théorique

Tout au long de ce chapitre, nous avons pu mettre en dialogue certains auteurs à la lumière de leur conception du silence. Nous avons également établi que pour plusieurs, le silence se présente tel un espace suscitant des enjeux spécifiques, notamment en contexte de soins palliatifs, ce qui nous mène à nous poser la question suivante.

## 2.4 Question de recherche

Comment les psychologues expérimentent-ils le silence en contexte d'accompagnement en fin de vie ?

## 2.5 Objectifs de recherche

### 2.5.1 Objectif général

À la suite de nos recherches, notre revue de littérature et nos lectures sur le sujet, nous faisons ce constat que très peu d'écrits et d'études rendent compte de l'expérience du silence chez les

psychologues dans un contexte d'accompagnement en fin de vie, suscitant davantage notre intérêt. L'objectif général de cet essai cherche ainsi à donner la parole aux psychologues travaillant auprès de mourants afin de mieux comprendre leur expérience du silence dans un tel contexte. Par ailleurs, le fait de susciter une telle réflexion introspective engage l'étudiante-chercheur et future clinicienne à cheminer en regard des questions existentielles entourant la relation thérapeutique face à la question du mourir.

### 2.5.2 Objectifs spécifiques

Cette étude permet de rendre compte d'un phénomène encore trop peu exploré à ce jour, soit celui du silence vécu par les psychologues dans l'accompagnement de personnes en fin de vie. Les sous-objectifs sont de 1) mieux comprendre quelles sont les représentations, les sensations et la place que peut occuper le silence pour les psychologues dans un tel contexte, 2) explorer si le silence a une fonction et des limites et 3) interroger l'expérience des psychologues en unité de soins palliatifs en contexte hospitalier aujourd'hui en nous posant la question : Quelle place accorde-t-on au silence dans ce contexte?

## CHAPITRE 3

### MÉTHODOLOGIE

#### 3.1 Présupposés

Pour résumer les propos de Paillé et Mucchielli (2012), le chercheur en sciences humaines qui favorise et s'engage dans une démarche qualitative face à son sujet ne peut s'abstraire complètement du sujet qu'il étudie. Son bagage, ainsi que sa compréhension personnelle, vont venir teinter sa lecture du phénomène qu'il étudie. Le chercheur étant intimement engagé dans le processus à plusieurs niveaux, un souci de transparence est souhaitable. Ce faisant, seront ici évoqués, au plus près de notre connaissance, les présupposés que nous entretenons face à notre sujet d'étude.

##### 3.1.1 Présupposés théoriques

Notre posture existentielle et phénoménologique issue de la philosophie et de la pensée d'Husserl, de Gadamer et de Merleau-Ponty, influence directement notre manière de nous situer en lien aux écrits, aux choses et aux êtres qui nous entourent. Cette approche dite « phénoménologique » et « herméneutique<sup>11</sup> » nous ouvre le chemin de la compréhension. Dans le cadre d'une recherche avec des sujets humains, nous sommes d'avis qu'afin de bien saisir le vécu de quelqu'un, il faudrait être en mesure de pivoter d'un monde à un autre. Cette posture dialogique nous permet de prendre une distance dans le but de mieux comprendre ce qui se passe dans ce qui nous unit à l'autre, à un récit ou à un objet d'étude, pour ensuite se laisser prendre, toucher, interpeller. Nous croyons que cette circularité propre à l'avènement de la compréhension donne accès à une « vérité » coconstruite, un sens révélé ou découvert, où tous les points de vue s'enrichissent l'un l'autre. Selon Gadamer (1976) lorsque nous commençons à nous interroger à propos de l'autre, nous sommes déjà dans le mode de la compréhension.

---

<sup>11</sup> « L'Autre ne se dévoile qu'à travers un seuil. Pour cette raison, la phénoménologie et l'herméneutique ne sont pas des méthodes scientifiques, comprises comme une stratégie pour conquérir ou s'approprier le monde. En fin du compte, elles nous servent comme guide pour la rencontre avec autrui et avec notre monde. » (Jager, B., 2002, Dans L'Humanisme herméneutique, p.5

En tant qu'étudiante-chercheuse en psychologie d'approche humaniste existentielle, nous pensons qu'il nous est impossible « d'expliquer » l'être humain dans sa totalité d'être. Nous croyons que saisir l'être humain dépasse l'explication objective et naturaliste et que la compréhension naît de l'expérience subjective des participants et des chercheurs. Notre approche qualitative de la recherche nous amène à adopter une posture de « curiosité empathique » dans l'ouverture à l'autre, en opposition à une posture « d'expert ». Comme le développe Tisseron (2019) dans son modèle de l'empathie, celle-ci est reconnue comme étant un vecteur de compréhension multidimensionnelle<sup>12</sup> nous permettant de nous rapprocher de l'expérience de l'autre. Nous supposons qu'une compréhension sans empathie de notre sujet d'étude serait d'expliquer et d'interpréter sans avoir pris le temps de dialoguer. Toujours en suivant cette posture gadamérienne, c'est en entrant en dialogue que l'échange se nourrit sans cesse, permettant de se rapprocher le plus fidèlement de la réalité d'autrui.

### 3.1.2 Présupposés personnels

Notons d'emblée que notre lien avec le silence s'exprime par la fascination qu'il suscite en nous en se distinguant par son rapport antagoniste d'ouverture et de fermeture selon les situations. Notre propre expérience du silence, qu'il soit chargé d'angoisse ou de grande plénitude, est pour nous toujours actif et très puissant au sein de la communication, et ce, malgré le rôle de second ordre qu'il semble occuper dans nos sociétés aujourd'hui.

Notre parcours personnel nous a permis d'évoluer plusieurs années dans l'univers théâtral. Notre intérêt pour le silence est donc étroitement lié au domaine des arts de la scène, qui nous invite, par le dispositif du théâtre et de la rencontre qu'il offre, à devenir observateur de la vie humaine ; espace où le silence semble jouer le sous-texte des êtres, transparent et opaque à la fois. De cela découle ce que nous percevons dans le silence et qui nous apparaît comme un espace dans le langage, qui permet d'accueillir, d'intégrer et de symboliser. Le silence serait pour nous le berceau de la prise de conscience dans le discours. Cette expérience du silence se vit particulièrement au théâtre, où le langage des êtres emprunte plusieurs trames et dépasse l'acte de la parole ; expérience que nous avons nous-même eu l'occasion d'éprouver en tant que comédienne et metteuse en scène.

---

<sup>12</sup> Se référer ici à son tableau sur l'empathie intersubjective

Autrement, nous recherchons couramment un « espace » silencieux, bien que le silence n’y soit jamais absolu, que ce soit un espace physique comme à la campagne, ou une plongée en soi qui est plus de l’ordre méditatif. De notre expérience, le silence apaise et favorise le contact avec soi et le monde qui nous entoure. Le silence permet de mieux s’entendre soi-même. Pour nous, le silence se rapproche d’une vérité intérieure, une forme d’état sensible qui émane autour de soi et qui peut se ressentir dans le corps. Impossible dans ces moments de choisir le bon mot ou de se cacher derrière la parole, car il nous semble ici que c’est autre chose qui s’exprime.

### 3.2 Cadre méthodologique

Nos choix méthodologiques se sont imposés naturellement dans cette perspective d’élargir la compréhension du phénomène du silence en contexte de fin de vie. Étant donné sa nature équivoque, le silence est complexe et revêt autant de significations que d’expériences vécues. Nous nous référons à ce propos aux écrits de Gadamer (1976) qui explorent la question de la compréhension et de l’interprétation. En effet, le silence interpelle l’univers sensible de la perception et de l’imaginaire. Cette réalité nous engage d’emblée dans un paradigme constructiviste d’une expérience vécue. Notre approche se veut celle d’un dialogue avec le sujet étudié, à travers la perspective d’une co-construction du sens du matériel que nous avons recueilli à l’aide d’entrevues. Comme le mentionne Paillé et Mucchielli (2008) « L’événement en tant que tel n’est pas chargé d’un sens clair, unidimensionnel et évident pour tout observateur. Il émerge d’un sens partagé » (p. 50).

Considérant l’essence phénoménal<sup>13</sup> de notre sujet, se rapportant à l’expérience du silence et des possibilités qu’il offre, nous avons privilégié une approche qualitative, phénoménologique descriptive et interprétative des données, issue de la phénoménologie philosophique et inspirée par la méthode phénoménologique herméneutique développée par Van Manen (2015). Ce dernier a une approche dynamique de la recherche en sciences humaines, lui conférant une dimension « expérientielle ». Cette démarche comporte six activités de recherche<sup>14</sup> et possède la visée de

---

<sup>13</sup> « Un phénomène renvoie à une expérience commune qui se nuance chez chacun d’une façon particulière ». Guimon-Plourde, 2008, p.92

<sup>14</sup> 1-Identifier un phénomène d’intérêt 2-Formuler une question de recherche 3-Clarifier ses préconceptions 4- Explorer le phénomène d’intérêt 5- Réfléchir au phénomène d’intérêt selon une approche phénoménologique herméneutique 6-Écrire suivant l’approche phénoménologique herméneutique.

permettre au chercheur de se rapprocher au plus près d'une expérience vécue et de développer une habileté à rendre compte de l'essence de cette expérience au moyen d'une expression manuscrite. Ainsi, nous avons été amenées à rendre compte de notre compréhension sous forme de récits, par le mode de l'écriture dans le but de décrire de façon détaillée et riche un phénomène vécu (le silence) qui, selon chaque participant, était personnel et propre à chacun. Par cette approche, nous favorisons donc une méthode intuitive, inductive, itérative (mouvement de retour) et réflexive.

### 3.3 Choix méthodologique

#### 3.3.1 Recrutement

Dans le cadre de cet essai, nous avons recueilli le témoignage de cinq psychologues qui œuvrent ou ont œuvré auprès de personnes en fin de vie. Nous avons sollicité les participants auprès de notre réseau personnel, à l'aide d'un pamphlet<sup>15</sup> et avons bénéficié de « l'effet boule-de-neige »<sup>16</sup>. Nous avons adopté le critère du premier arrivé, premier retenu. Pour répondre aux exigences de l'essai doctoral et afin de permettre une exploration plus approfondie des témoignages, un échantillon de cinq participants était justifié.

Nous avons mené des entrevues auprès de psychologues psychothérapeutes accompagnant des mourants. Les psychologues, par leur longue formation, ont développé, un savoir-être et un savoir-faire qui, à notre avis, peuvent leur conférer une expertise, une qualité d'écoute, d'empathie et de réflexivité qui permettront d'enrichir et d'approfondir notre questionnement.

Nos critères d'inclusion ont été les suivants : Travailler ou avoir travaillé auprès d'une clientèle en soins palliatifs, dans une unité hospitalière ou en maison de soins palliatifs, et avoir été engagé dans un processus thérapeutique auprès de cette clientèle au cours du processus de la fin de vie. Aussi, afin de respecter notre objectif d'explorer les différents types de silence et comment ils se vivent dans un contexte de soins thérapeutiques en fin de vie, nous avons recruté des psychologues

---

<sup>15</sup> Voir Annexe C

<sup>16</sup> Nous avons bénéficié de la recommandation d'autres personnes par certains participants, permettant l'extension de notre échantillon.

qui avaient au minimum deux expériences cliniques de suivis de personnes en fin de vie en soins palliatifs, afin qu'ils puissent comparer et enrichir leurs propos.

### 3.3.2 Cueillette

Nous avons recueilli le témoignage de nos participants à partir d'entrevues semi-directives<sup>17</sup>, laissant libre cours à la pensée et aux associations libres. Nous souhaitons relancer sans être directive, et ainsi être au plus près de l'expérience du silence vécu par les psychologues. Chaque participant a réalisé une entrevue d'environ une heure. Ils ont été relancés trois semaines plus tard. Cette relance leur a permis de relire le verbatim de leur entrevue afin de s'assurer qu'ils étaient à l'aise avec leurs propos et, s'ils le souhaitaient, d'approfondir ou d'enrichir leur réflexion. Tous les participants se sont dit satisfaits de leurs réponses, et seuls deux sur cinq ont apporté de légères modifications à l'expression de leurs propos.

Les entrevues ont été conduites par l'étudiante-chercheure, auteure de cet essai. Quatre des cinq entrevues ont été enregistrées sur un support audio et toutes furent réalisées au moment et à l'endroit choisis par les participants. Tous les participants ont privilégié la plateforme Zoom pour leurs entrevues en raison des restrictions liées à la pandémie de COVID-19. Toutefois, l'une des participantes ayant refusé l'enregistrement audio pour des raisons personnelles, une transcription manuscrite fidèle à ses propos a été effectuée.

### 3.3.3 Analyse et interprétations des données

Nous nous sommes engagées dans une analyse qualitative des données en mode écriture en nous inspirant de la méthode de Van Manen (2015) et de Paillé et Muchielli (2008). Pour Paillé et Muchielli (2008), cette méthode consiste en « un travail délibéré d'écriture et de réécriture, sans autre moyen technique, qui va tenir lieu de reformulation, d'explicitation, d'interprétation ou de théorisation du matériau à l'étude. » Suivant leurs étapes de « transcription, transposition, reconstruction » (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 125) de l'analyse qualitative, une transcription intégrale des enregistrements audio en verbatim a été réalisée. Cette première étape a été suivie de plusieurs lectures phénoménologiques permettant de s'imprégner de manière sensible du matériel

---

<sup>17</sup> Voir le canevas d'entretien en annexe

recueilli et d'entrer en dialogue avec le récit des participants. Toujours par l'écriture, nous avons noté nos premières impressions et avons dégagé les principales unités de sens qui s'en dégageaient, permettant ainsi de pouvoir recouper des grands thèmes de manière transversale. Suivant un mouvement d'appropriation, de déconstruction et de reconstruction<sup>18</sup> des témoignages recueillis, nous avons pu entamer une analyse descriptive du contenu qui nous apparaissait au plus près d'un témoignage de l'expérience de chacun. Inspirée également par la méthode de Van Manen (2015), nous nous sommes appuyées sur le constat que toute la démarche d'une étude qualitative dite phénoménologique ne peut être séparée de la pratique de l'écriture :

C'est précisément dans le processus d'écriture que les données de la recherche sont acquises et interprétées et que la nature fondamentale des questions de recherche est perçue. Dans un sens phénoménologique, la recherche produit des connaissances sous forme de textes qui non seulement décrivent et analysent les phénomènes du monde de la vie, mais évoquent également des compréhensions qui, autrement, échappent à leur portée. (p.125)<sup>19</sup>

Suivant cette démarche, nous nous sommes engagées dans l'étape de la « transposition », analyse détaillée du discours par le mode de l'écriture selon Paillé et Muchielli (2008), qui a permis de rendre compte des principales représentations et sensations rencontrées par les participants en lien avec notre sujet de recherche. Une interprétation des résultats fut effectuée par mouvement d'aller-retour entre nos questions de recherche, une parole recueillie, son évocation et ses recouvrements transversaux, tout en établissant, dans la partie discussion, des liens avec l'anthropologie, la philosophie et la littérature pour en saisir un sens plus large.

Afin d'ajouter aux critères de rigueur de cette recherche et que s'opère un certain processus de cristallisation (Merriam, 2009), les entretiens ont été lus intégralement par notre directrice. Celle-ci a ensuite relu et révisé l'ensemble des différentes étapes de l'analyse. Nous avons également tenu un journal de bord où nous avons noté tous les éléments et observations entourant les entretiens que nous avons jugé pertinents à l'enrichissement de cet essai. Comme le mentionne van Manen : « il est fort probable qu'une telle source contiennent des écrits réfléchis d'expériences humaines

---

<sup>18</sup> Voir Paillé Mucchielli Paillé, P. & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, p.125

<sup>19</sup> Traduction libre.

qui ont une valeur phénoménologique » (2015, p.73.). Documenter ainsi tous les entretiens et le processus de recherche a permis d'approfondir et faire des liens lors de l'analyse.

### 3.3.3 Considérations éthiques

Nous avons obtenu l'approbation par Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPÉ) nécessaire à la conduite de notre étude.

#### 3.3.3.1 Consentement libre et éclairé

Avant chaque entretien, un formulaire d'informations et de consentement a été lu dans son intégralité par la chercheuse, qui a ensuite répondu à toutes les questions du participant avant la signature du document. Une copie du formulaire a été remise à chaque participant et une autre copie a été conservée dans un classeur verrouillé à clé par l'étudiante.

Afin de nous assurer du consentement libre et éclairé de nos participants, nous avons présenté la nature et les objectifs de notre recherche de façon détaillée, suivant le formulaire de consentement<sup>20</sup>. Au terme de la lecture de ce dernier, nous avons expliqué aux participants les thèmes abordés lors des entretiens et avons précisé qu'ils étaient libres de participer ou non, qu'ils avaient le droit de ne pas répondre à certaines questions, qu'ils pouvaient refuser d'être enregistrés et qu'ils avaient la liberté de se retirer de la recherche à tout moment sans aucune conséquence négative.

Nous avons également offert de transmettre les résultats de la recherche lors du dépôt final de cet essai aux participants qui le souhaitaient. Leur adresse postale ou leur adresse courriel ont été recueillies à cet effet suivant leur volonté.

#### 3.3.3.2 Respect de la confidentialité

Toutes les données recueillies durant les entretiens ont été strictement anonymisées, afin de protéger l'identité des participants. Seule la chercheuse principale ainsi que sa directrice y ont eu

---

<sup>20</sup> Disponible en Annexe B

accès. En aucun temps, les noms des participants n'ont été ni ne seront divulgués. Les dossiers de recherche ont tous été identifiés par un code confidentiel.

Les documents papiers (formulaires de consentement, formulaires sociodémographiques et journaux de bord) ont été conservés dans un classeur verrouillé situé dans un local de recherche de l'Université sous clé.

Les verbatim ont été conservés sur le disque dur d'un ordinateur portable appartenant à l'étudiante et protégés par un mot de passe. L'ordinateur est conservé sous clé. Le code reliant le nom au dossier de recherche est conservé par la chercheuse principale de ce projet dans un fichier séparé.

Les enregistrements audios ont été détruits après leur transcription. Les transcriptions des verbatim ainsi que toutes les notes et informations concernant les participants seront conservés pour une période de 5 ans après le dépôt final de ce projet. Après cette période, tout le matériel sera détruit.

## CHAPITRE 4

### ANALYSE DES RÉSULTATS

#### 4.1 Analyse descriptive

À cette question que nous posons, qui s'intéresse à l'expérience du silence vécu par les psychologues en contexte de soins palliatifs auprès de personne en fin de vie, nous remarquons à la première lecture flottante que le silence offre un horizon des possibilités. Le silence se présente comme une toile de projection et, en cherchant à incarner son essence, il est alors inouï de considérer l'ampleur de résonance qu'il peut évoquer pour chacun des participants. Nous avons senti que les psychologues interrogés étaient tous interpellés par cette question en lien avec l'évocation du silence pour eux et que le silence semblait occuper une place bien particulière en contexte de relation thérapeutique auprès de personnes en fin de vie, c'est-à-dire prenant le rôle d'une fonction au sein de la relation pouvant soit favoriser ou encore limiter la rencontre. À la lumière de nos lectures, nous observons que le silence permet d'accueillir, de faire sens, de favoriser l'intimité, de permettre un travail de détachement, de protéger, de contempler, mais également de faire obstacle, de créer un malaise et de confronter à l'impuissance...

##### 4.1.1 Armand<sup>21</sup>

Pour Armand, psychologue au seuil de la retraite, ayant travaillé plusieurs années en soins palliatifs dans un contexte hospitalier, le silence se rapporte à cet espace qui marque un temps d'arrêt, propice à faire émerger l'essence de l'être et par le fait même, créer un espace entre les êtres. Nous pouvons comprendre que ce silence, tel qu'il est décrit, fait naître le « temps » et « l'espace » nécessaires à la rencontre :

---

<sup>21</sup> Certaines informations sociodémographiques des participants ont été légèrement modifiées afin de préserver leur anonymat et éviter toute identification.

Pour moi le silence, c'est l'arrêt... C'est porter un regard davantage vers l'intérieur et c'est laisser être, c'est laisser apparaître... euh... Laisser la place aussi. Le silence c'est, c'est ça... de laisser un espace, être entre 2 personnes, dans un moment très intime.<sup>22</sup>

Pour ce dernier, il aura cependant fallu apprivoiser ce silence. Le silence serait perçu comme une disposition interne qui s'apprend. Nous pouvons en déduire que le silence ne va pas de soi dans notre société actuelle, qui est cacophonique et où tout vide cherche constamment à se remplir.

Et disons que, il a fallu que je m'habitue au silence, parce que, en fait... on vit dans un monde qui a tendance à vouloir le remplir... par toutes sortes de bruits, de musique, de paroles vides, de publicité...

En nous parlant de son métier de psychologue en contexte de soins palliatifs, où la sphère émotive semble grandement sollicitée, Armand nous parle de la place qu'occupe le silence pour lui, qui ne se vit pas seulement dans un contexte de relation d'aide, mais qui sert également à retrouver cet espace intérieur, permettant de faire le vide et ainsi pouvoir se ressourcer et se rendre disponible à nouveau. Le silence serait donc ce temps d'arrêt pour le psychologue afin de recharger sa capacité à être présent pour l'autre, sa capacité à contenir à nouveau.

Je dis tout le temps que les fins de semaines, je décante... J'ai besoin de ce temps-là pour décanter, pas parce que je suis triste, parce que, mais c'est comme, j'ai besoin de faire le vide... puis dans le silence, ça me permet de retrouver cet espace là si je veux, la semaine suivante, retrouver la capacité de recevoir tout ce qui me sera dit.

#### 4.1.1.1 Le silence qui accompagne

##### 4.1.1.1.1 Silence et seuil

Armand compare la chambre des soins palliatifs à un sanctuaire. Ce lieu se transforme alors en un lieu sacré, un refuge imposant un respect, un silence, une attitude nouvelle. Dans un tel contexte, le silence semble s'imposer en gardien des lieux, porteur d'inattendu et parfois de malaise pour certains. L'expérience de ce silence semblant particulière et chargée, le psychologue semble ici disposé à canaliser ce silence et le rendre créateur de possibilité pour mieux accompagner la

---

<sup>22</sup> La qualité de la langue des verbatims a été corrigée pour en améliorer la clarté, tout en préservant le sens original. Nous avons veillé à rester fidèle au langage parlé de chaque participant.

personne en fin de vie. Dans ce contexte, le silence favorise l'apparaître, l'émergence de ce qui peut naître de la rencontre entre deux êtres.

Quand je rentre dans la chambre j'ai vraiment l'impression de rentrer dans un sanctuaire, puis il y a quelque chose qui va peut-être se passer, je ne sais jamais à quoi m'attendre... et à travers ce silence des fois, il peut avoir des malaises... Parce qu'on n'est pas habitué au silence. Il peut y avoir, il peut y avoir quelque chose qui va émerger, parce qu'on va laisser la chance, grâce au silence, à ce que ça puisse naître. Donc c'est vraiment une attitude pour moi le silence...

#### 4.1.1.1.2 Le silence comme accueil

Pour Armand, le silence est synonyme d'accueil et donne cette impression de réceptacle de l'accueil. Le silence, pour ce dernier, c'est accueillir l'autre, accueillir ce qui peut jaillir de l'autre, accueillir ce qui peut étonner. Le silence permet alors d'installer ce cadre très intime et sécuritaire pour le travail thérapeutique. Le silence est ici offert comme un « cadeau » permettant à la personne en fin de vie d'entrer en contact avec elle-même et son monde affectif.

Pour moi le silence c'est l'accueil... et l'accueil, c'est laisser l'autre être dans ce qui est en train de vivre. L'accueillir dans tout ça puis... quand il arrive des émotions qui se présentent, qui souvent, à l'insu de la personne qui est en face de moi, elle est étonnée par quelque chose qui émerge, et puis là, je vais dire « on accueille ça, on accueille ça » et là il va avoir y avoir un silence. Juste pour laisser, apprivoiser ce qui est en train de se présenter qui habituellement... peut être est refoulé? Ou est craint? Et puis là c'est dans ce cadre-là qu'on offre un cadre intime, de sécurité, d'accueil... Le silence vous permet justement d'être avec l'autre mais de laisser l'autre être avec lui-même, c'est un cadeau.

L'expérience du thérapeute semble faciliter sa capacité à tolérer le silence. En début de pratique, pour Armand, les thérapeutes sont naturellement portés à meubler, habiter le silence par des gestes et des paroles, mais avec la pratique et l'expérience, il remarque avoir trouvé une manière d'habiter le silence par sa présence. Il semble que le thérapeute doit d'abord être le premier à apprivoiser et tolérer le silence, afin d'en faire bénéficier le patient.

Plus j'avance dans ce métier-là, plus je suis à l'aise avec ça. Mais au départ, c'est comme... fallait l'habiter le silence, fallait... tu sais on n'était pas à l'aise avec ça parce que... mais plus je vieillis aussi plus j'habite aussi ces espaces-là de... j'appellerais ça des espaces de vide, de vide confortable... oui, comme être capable moi-même de vivre le silence et donc de pouvoir le partager quand je suis avec quelqu'un dans un contexte

de thérapie. Donc j'ai appris ça avec les années, puis ça je pense que c'est la beauté de, c'est la beauté de vieillir...

Dans un tel contexte, Le silence se passe de mot. Il est présent, s'impose naturellement. Il doit certainement y avoir une part très intuitive chez le thérapeute afin qu'il puisse se positionner en chef d'orchestre du silence. Armand évoque cette image de « tricoter avec le silence ». Être à l'écoute de ce qui se manifeste dans le silence et pouvoir le transformer, en faire quelque chose de créatif. La présence dans le silence pourrait être vue comme une invitation qui permet soit d'ouvrir davantage, de se taire ou de demeurer silencieux. La question de l'intuition semble également déterminante : suivre le rythme de l'autre, se mettre au diapason des besoins présumés.

On ne travaille pas le silence... on l'accueille... on ne le nomme même pas : il est là. Moi j'appelle ça la présence dans le silence. Le silence permet de capter ce qui se passe puis d'y aller, parfois des mots, parfois rester dans le silence...c'est vraiment une question de... moi j'appelle ça l'intuition...je tricote avec ce que le silence peut engendrer.

#### 4.1.1.1.3 La réalité des soins palliatifs

Armand remarque que le milieu des soins palliatifs change. Il témoigne du fait qu'il n'a plus autant de satisfaction dans l'accompagnement. Il n'a plus ce temps où il pouvait s'asseoir au chevet du patient mourant en lui tenant la main en silence, en référence au « holding » de De Hennezel. Avant la pandémie, le toucher, souvent, remplaçait les paroles. Il devenait un geste de réconfort lorsque les mots ne suffisaient plus.

C'est un peu loin pour moi ma pratique où la satisfaction d'accompagner comme clinicien, où tu as un peu le temps de connaître les gens et puis de créer un lien qui fait que, par exemple, une visite quotidienne, dans un lit où la personne... on le sait qu'elle va finir sa vie dans quelques jours... donc quand arrivent les dernières heures on peut s'asseoir au chevet du mourant, être présent... souvent je prenais la main... je passais pas l'heure-là mais, 15 min, 20 min, 30 min des fois à tenir la main... là le fameux « holding » de... Marie de Hennezel... puis moi j'étais à l'aise avec ça, mais on ne se touche plus là depuis la pandémie... ça a beaucoup changé aussi... je leur dit tout le temps : « là je vous donne, je vous donne une poignée de main virtuelle »... ça vaut ce que ça vaut. Autrefois, les silences se faisaient beaucoup dans le toucher.

À travers nos lectures, nous avons pu observer qu'il y avait plusieurs bienfaits au toucher (Couton, 2008 ; Roy et al, 2023 ; Zimowski, 2014). Plusieurs mourants présentent une grande lucidité

d'esprit... Mais, souvent, c'est le corps qui ne suit plus. Le silence s'installe alors, permettant d'être en contact autrement. Poser sa main sur autrui apporte certainement un soutien, du réconfort, un apaisement et permet d'être en lien sans se sentir contraint de forcer une parole.

Autrefois, j'en ressentais quand même un bienfait aussi, étant donné la grande fatigue des, des personnes en fin de vie là, parce qu'en oncologie on est en fin de vie, bien souvent, mais on est articulé quand même, on peut lui parler... on parle vraiment là, spécifiquement, des derniers moments de la vie et donc, souvent c'est comme la respiration est difficile, les gens sont très fatigués, mais ils ont encore l'esprit, donc les silences sont très présents.

Les familles, en contexte de soins palliatifs de fin de vie, seront également confrontées au silence. Le silence qui s'installe dans la chambre d'un mourant semble offrir ce temps nécessaire pour les familles et les proches d'intégrer la perte. Il permet ce pont de communication avec la personne qui est en train de partir. Cela fait place à l'imaginaire, à l'interprétation, aux projections. Le silence devient ce temps pour se mettre à la place de l'autre et se demander ce qu'elle est en train de vivre. Ou encore, il offre cette possibilité d'entrer en soi et d'être en contact avec ce que la mort fait vivre.

Les familles qui sont au chevet...et puis on parle du mourant, j'accueille ça et puis là il y a comme...silence...et là, la personne est vraiment inconsciente... ça donne aussi aux gens le temps de réfléchir à ce qu'ils sont en train de perdre, puis ah! vous avez cette personne : « ma mère, en ce moment... elle doit se dire qu'est-ce qu'elle fait là, là, elle devrait être parti travailler là » j'enchaîne là-dessus et je dis : « c'est peut-être le contraire, on pourrait dire qu'elle est contente d'avoir une présence auprès d'elle, c'est un privilège que d'avoir des gens qui sont près de nous quand on termine notre vie...accueillez ça, accueillez ça...je pense qu'elle est chanceuse de vous avoir ».

#### 4.1.1.2 Le silence comme obstacle

##### 4.1.1.2.1 Le vouloir dire

Le silence semble parfois faire obstacle lorsque le thérapeute perçoit une parole qui souhaiterait se déployer mais qui semble réprimée. Armand a toujours cette manière d'entrer dans une chambre avec cette attitude de respect. Pour ce dernier, il est important de chercher à prendre le pouls de la pièce, d'évaluer la nature des silences qui parfois peuvent s'avérer malaisants. Il faudrait trouver la bonne manière d'approcher l'autre lorsque nous sentons qu'il souhaite parler, communiquer, mais que cela ne semble pas naturel de se livrer. La parole devient alors un défi. Ici, on voit le psychologue devenir ce facilitateur de communication. Chercher à briser le silence malaisant qui

serait un obstacle à la rencontre. Le silence demande alors à être décodé. Il faut, pour le psychologue, deviner ce qui peut être en train de se vivre.

Je peux ressentir aussi quand il y a des silences, les malaises qu'il y a dans les silences... des gens qui ont jamais parlé... bien moi je rentre dans une pièce, puis ça parle pas, mais on sent que, qu'il aimerait parler et c'est là où j'improvise des mots, des mots qui sont universels à travers cette lourdeur là... j'essaie de, en fait je, oui j'improvise qu'est-ce qui pourrait faire sens de ce que je perçois qui pourrait être acceptable aussi... fait que moi, je rentre tout le temps dans une chambre je vous dis là comme dans un sanctuaire, tu vois, puis très rapidement, il faut que je perçoive qu'est ce qui est en train de se passer qu'est ce qui est en train de se vivre...

#### 4.1.1.2.2 L'incompréhension

Parfois le silence peut également témoigner d'une situation ou d'une parole qui n'a pas de sens. Un silence s'installe devant l'incompréhension de l'autre, telle une parole qui se cherche et qui restera silencieuse si elle est mal interprétée. L'incompréhension est une forme de silence obstacle. Il faut chercher à faire sens et délier ce qui faisait entrave. Le thérapeute devient ce tiers qui permet cet espace de recul dans des situations plus complexes et en quête de sens.

J'interprète tout le temps, je sais pas mais des fois c'est comme « là Armand, est ce que tu irais voir dans le 42-A parce que là, la famille est à bout de nerfs ; ils savent pas... ils sont vraiment dépassés là, ils ont hâte que la personne décède »... OK!, là je rentre dans la chambre et effectivement, il y a quelque chose... les gens comprennent pas, ils veulent donner du sens-là puis on essaie de tricoter.

#### 4.1.1.2.3 La confidentialité

Dans le cadre de son travail, le thérapeute peut également se voir imposer le silence en raison de la confidentialité qui protège la relation thérapeutique. Armand exprime cette réalité de devoir porter « du vivant en lui » dans le silence. Il doit porter en silence l'histoire de chacun, même après la mort. De là cette image d'un cimetière vivant, rempli d'histoires encore agissantes, mais tapies dans l'obscurité de la conscience de celui qui doit garder le secret.

J'ai même dit que j'étais un cimetière vivant... (rit)... je le dis encore, parce qu'il y a tellement d'histoires qui vivent en moi, mais qui sont mortes parce que... c'est... ça c'est ça, la confidentialité, c'est ça quand on est clinicien...

#### 4.1.1.2.4 Silence et mort

Le silence peut souvent être confrontant en situation de fin de vie. Des personnes peuvent avoir de la difficulté à accueillir cette autre réalité qu'est celle du silence, du temps de la mort, du détachement. Ils vont donc, inconsciemment ou intentionnellement, meubler le silence par le bruit, par une parole dite « banale », une parole de la quotidienneté. Meubler l'espace du silence, c'est peut-être ce refus de voir ce qui est en train de se produire réellement. Un refus d'être confronté à la mort, qui souvent est associée au silence absolu. Le bruit indique donc que la vie est bel et bien toujours présente.

Quand je rentre dans une chambre, puis que j'entends les gens parler de quelque chose de banal, pas de hockey là, mais quelque chose de banal, les gens ne réalisent pas qu'ils sont dans un antre qu'il faut respecter là, mais les gens ont, on dirait qu'ils veulent pas aller dans cet espace-là eux-mêmes, probablement... faque... ça parle fort... puis, on met du bruit, parce qu'on on veut pas entendre ce qui se passe... on veut pas entendre le silence, un mourant... c'est silencieux...

Dans la rencontre avec l'autre, demeurer silencieux peut être un trait de caractère également, un trait de personnalité. Il faut respecter ce « droit au silence » comme mentionné par une autre participante. Mais dans un tel contexte, le psychologue voit souvent l'importance de briser ce silence pour aborder ce qui est présent en filigrane. Par exemple, cette mort qui s'installe dans la chambre et qui, même si elle n'est pas nommée, semble imposer son poids. Ici, le thérapeute cherche à retrouver du sens dans ce silence évocateur de mort. Faire élaborer, faire s'exprimer, c'est créer du lien et c'est rester du côté de la vie.

Il y a des gens qui vont rester des huîtres toute leur vie, puis c'est correct... il n'y a pas une recette, mais quand je rencontre les gens en oncologie surtout, parce que parce qu'ils m'ont été référés parce que... pour anxiété, on va dire ça, c'est le facteur, le facteur principal le plus fréquent... puis dès la première entrevue on parle de la mort, parce que c'est l'éléphant dans la pièce « est ce que je vais en mourir »? « Docteur »? Tout mon travail consiste à réintroduire du sens dans cette vie-là, quand on était en train de le donner à la mort, parce qu'on a tellement peur que, on ne fait plus rien et c'est là que là j'ai des petits florilèges, j'ai un florilège d'histoires où justement, la vie a pu reprendre sa place, la mort c'est fait faire un pied de nez et puis les fameuses statistiques ont été outrepassées, parce que la vie, l'espace d'un moment, a pris le dessus.

#### 4.1.1.2.5 La réalité biologique :

Il y aurait également des causes biologiques au silence en contexte de soins palliatifs. La décroissance cognitive en fin de vie augmenterait ces moments de silence, et ce, bien involontairement. La personne en fin de vie prendrait donc plus de temps avant de répondre, se fatiguerait plus rapidement. Tout cela semble s'imposer naturellement, et pourrait favoriser par le fait-même ce travail de déliaison avec le monde des vivants.

J'ai envie de vous dire que les fonctions cognitives en fin de vie sont euh... chancelantes, sont en décroissance... ce qui fait que on est plus lent en fin de vie... puis pour observer, c'est vrai que les silences sont peut-être associés au fait qu'on est plus lent... Est-ce que le silence en soi devient comme choisi... je ne penserais pas nécessairement... C'est comme s'il s'inscrit par lui-même dans l'état des choses parce que la vie est en train de s'en aller puis le cerveau il est moins vite, c'est mon point de vue... c'est une observation...

#### 4.1.1.3 Le silence comme impossibilité d'être en lien

Ici, le psychologue témoigne de cette difficulté pour les familles à ne pas pouvoir être en lien direct avec la personne mourante par le biais de la parole. Le thérapeute doit alors faire comprendre que la présence dans ce silence imposé est tout aussi puissante.

Les proches ils veulent rester en contact avec leurs malades, avec leurs proches jusqu'à la fin, puis une des plaintes que j'ai entendue c'est que parfois, le soulagement générerait trop de somnolence et puis là c'est comme, on... l'équipe doit presque... parce que des fois ils ont pas le choix là de bien soulager parce que vraiment c'est... et donc c'est un compromis des fois ça crée des tensions parce que les familles ont de la difficulté à accepter qu'ils ne sont plus en lien... verbal... en échangeant puis c'est là que là on dit « Ben écoutez... votre présence, on est persuadé que, on entend encore jusqu'à la toute fin. »

Armand observe qu'en contexte d'aide médicale à mourir, le silence est moins présent. Il y a cette urgence de dire avant que l'autre disparaisse. Cela donne cette image, cette impression que l'aide médicale à mourir vient « court-circuiter » le silence. Être en lien, dans l'imaginaire des gens, passe encore par la communication parlée. Il faudrait dire jusqu'à la fin, dire plutôt que de ressentir et de s'imprégner de la présence de l'autre.

Mais là la question du silence à ce moment-là est peut-être moins évidente parce que les gens ont besoin quand même une dernière fois de dire adieu, de dire au revoir, de

dire je t'aime puis, tu sais la fameuse formule de « Cicely Saunders » La fondatrice des soins palliatifs des années 60 en Angleterre qui était la petite formule : « qu'est-ce que le cancer offre en fin de vie bien il offre la possibilité de dire 3 choses : je m'excuse, je vous aime, au revoir. »

Armand évoque cette image d'un silence qui tient captif, un silence qui crée l'attente et qui semble déstabiliser, dans l'attente de cette mort qui ne vient pas, face à ce proche qui meurt en silence... Le psychologue cherchera à donner sens à ce silence du trépas, en l'associant à une intention au mourant, pour ensuite voir comment il peut unir la famille, préparer le deuil. Même le silence ne saurait se passer d'une parole favorisant sa compréhension. L'aide médicale à mourir vient transformer ce rapport à l'attente face à l'agonie. Il y a une prise de pouvoir qui vient renverser le processus naturel de la mort. Les moments de silence qui accompagnent l'agonie tendent de plus en plus à disparaître au profit de la dignité humaine.

Puis combien de fois j'ai tricoté à essayer de donner du sens au rapprochement, au rapprochement de ces personnes-là qui étaient prises dans la chambre autour de la mourante qui partait plus, mais qui était dans l'agonie... l'agonie terminale là et qui et qui par son agonie, gardait captif ses enfants... et j'ai dit « et imaginons que ce soit d'une certaine façon, sa façon à elle de vous dire qu'elle apprécie de vous voir les 3 ensemble? » ... ça c'était osé là mais c'en est une qui me revient. C'est ça, je tricotais, je patinais artistiquement pour faire en sorte que ces agonies-là redonnent un sens pour peut-être préparer le deuil, pour permettre des échanges, même si on ne sait pas s'ils entendent... mais qu'ils partent avec ça.

#### 4.1.1.3.1 Le milieu hospitalier :

Armand témoigne de son inassouvissement en regard des soins palliatifs en milieu hospitalier.

Il y a un petit peu d'usure là... aussi dans le fait que le contexte de l'hôpital ne prête plus à une satisfaction à l'accompagnement en fin de vie. Parce que c'est comme c'est trop rapide, c'est vraiment comme des portes tournantes.

Il y a un certain mécontentement face à l'évolution des soins palliatifs en contexte hospitalier. Armand rapporte trop de rapidité, pas assez de temps, on pourrait parler d'une forme de frénésie du mourir. Il ne semble plus y avoir de satisfaction à accompagner dans un tel climat de contrôle imposé par le cadre médical. Dans ce contexte, Armand souhaite cependant poursuivre sa quête à contre-courant. Nous retrouvons chez ce dernier un rapport humaniste face à la fin de vie et au

respect du silence, c'est-à-dire de pouvoir l'accueillir et de chercher à lui donner du sens, à créer du sens :

On n'est pas dans la performance là ici... là on est dans l'accueil, on est dans donner du sens... puis le silence... c'est ce qui peut offrir... cet espace pour en faire du sens, pour en donner... alors qu'on perçoit qu'il n'y en a pas vraiment... ou qu'il en a plus. On peut plus en trouver... et là quand moi j'interviens, c'est pour peut-être justement, en trouver... En donner...

#### 4.1.2 Maria

Pour Maria, psychologue dans la cinquantaine qui évolue au sein des soins palliatifs en contexte hospitalier depuis une quinzaine d'années, le mot paix est spontanément associé à sa représentation du silence.

Q- Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit lorsque vous pensez au mot silence?

R- PAIX

Q- La paix...?

R- Le mot paix.

Maria, bien que le silence soit associé à un sentiment de paix, observe l'importance d'évaluer le sens et le ressenti du silence pour chaque personne car, pour elle, le rapport au silence peut différer d'une personne à l'autre et dépendre également du contexte. Le silence peut autant être source d'apaisement que d'angoisse. Nous pourrions dire que ce silence devient donc un silence partagé, instaurant sa propre charge entre le psychologue et le patient.

Pour moi c'est la paix, mais parfois ça peut être une source d'angoisse, d'anxiété, les gens ont des traits émotionnels qui peuvent être différents de l'un à l'autre. Donc ce serait d'évaluer le sens du silence dans la salle, dans la petite chambre... parfois ça peut être apaisant, parfois ça peut-être un contexte d'anxiété.

Selon l'expérience de Maria, le psychologue est souvent appelé à faire parler les patients qui semblent vivre une détresse face au processus du mourir et qui ont tendance à se replier, se refermer. Dans ces cas, le silence ne semble pas évoquer une paix intérieure, ni un besoin de ressourcement,

mais un enfermement, comme si le patient s'emmurait dans le silence, vivant seul une détresse sans mots.

Ça vient parfois des demandes pour des patients « difficiles »... qui soit c'est le silence total, ils ne sont pas engagés dans leurs traitements dans les soins, ou ils sont agressifs envers la clientèle, parce qu'ils vivent beaucoup de choses de deuil, de colère face à la mort, face à la fin et confrontés à leur maladie, leur habilité de mourir, euh ça peut être difficile et il y en a qui vont se replier, se refermer.

Dans le second extrait ci-bas, nous pouvons constater que le langage non-verbal peut être un indicateur du type de silence qui peut s'installer. Le silence, dans certaines situations, traduit une agitation intérieure. Il semble que le manque de mots pour décrire la souffrance enferme la personne dans le silence, avec son mal-être, ce qui renvoie à l'impuissance du psychologue face au silence de son patient qui le ronge de l'intérieur. Dans ce cas, le psychologue tente de se servir de ce silence comme un « soin », se référant ainsi à cette puissance du silence qui offre une fonction d'écoute, même sans paroles. Le silence est alors vécu comme une « présence » rassurante, une co-présence qui se passe de mots.

On voit dans le non-verbal qu'il n'y a pas de silence à l'intérieur, qu'il y a beaucoup de choses qui se passent dans ce silence et parfois c'est difficile en tant que psychologue parce qu'on veut aider, on veut soigner, on veut apaiser la douleur, mais parfois il n'y a pas de mots qu'on peut utiliser. Mais je trouve que le silence devient un soin. Ça devient un genre de soin d'accompagnement juste le fait de savoir qu'il y a peut-être quelqu'un qui est présent, que ça soit aux côtés de la personne, sans parler, sans juger, ça ouvrirait la porte, je veux dire parfois c'est juste un mot... « Il fait froid » ... « oui, d'accord, est-ce que je peux vous aider? » puis de se faire soigner, aussi ça peut prendre beaucoup, d'être vulnérable, de dignité dans la fin de vie aussi, c'est plus probable dans les moments de silence de se sentir écouté, même si on ne dit rien.

Les humains sont des êtres communicants et chercheront à communiquer jusqu'à la fin même s'ils ne trouvent pas les mots. Ne pas parler ne signifie pas toujours vouloir se taire. Le geste porté vers l'autre offre une autre façon d'être en relation ; quelque chose est transmis à travers le soin, à travers l'attention portée à l'autre.

C'est en faisant des petits soins que ça montre qu'il y a quelqu'un qui est présent, qui pense à eux, même s'ils ne communiquent pas, parce que parfois ils ne trouvent pas les mots. Parfois c'est difficile de mettre des mots sur des émotions. Quand on pense à la

fin d'une vie, on peut avoir des remords, on peut avoir des réflexions, euh, c'est pas évident.

Suivant la question de savoir si le silence en soins palliatifs diffère du silence vécu en contexte clinique, la réponse est ici positive. Selon Maria, le silence semble différer en fin de vie selon l'importance qu'on lui accorde. Il y a cette impression, ce ressenti que le silence est plus chargé, car il y aurait une dimension plus existentielle, plus solennelle à celui-ci :

C'est plutôt plus chargé, parce qu'on a l'impression que ça devient de plus en plus important en fin de vie. Quand cette notion de temps s'écoule et de se dire que le silence a une raison autre que de juste, juste réfléchir... ou de ne pas trouver les mots, ou d'être renfermé. Ça plus, une autre signification mais je ne sais pas si c'est en tant qu'aidant ou en tant que soignant que j'ai cette impression.

En soins palliatifs, le silence pourrait avoir cette fonction d'un travail sur le détachement. Favoriser une introspection et un travail intérieur sur ce qu'on laisse derrière soi ; les deuils de la vie permettraient alors de trouver une sorte d'apaisement dans le silence, un espace autre, puis revêtiraient une forme de libération. Dans ce cas, le silence est à la fois le moyen et l'objectif ; travailler en silence, afin de pouvoir habiter ce silence dans une forme de paix intérieure :

Parfois le silence c'est après avoir travaillé beaucoup sur le détachement. Donc le silence ce n'est pas nécessairement négatif, parfois c'est associé à tout le cheminement qu'ils ont déjà fait, le parcours puis les enjeux psychiques, psychologiques, qu'ils ont déjà traversé pour arriver ici. Il y a eu des deuils déjà donc une grande partie du travail psychologique a été fait et ils sont dans une autre zone au niveau de leur parcours.

Parfois, il semble difficile pour autrui, plus souvent la famille, d'accepter cette part de silence, vécue comme une rupture au niveau de la communication. La famille a souvent une attente « chargée » face au « dire », face à la parole de celui qui s'apprête à mourir. Nous pouvons penser à cette parole transmise en héritage. Cette parole devient un cadeau pour la famille, la transmission d'une parole ou d'un non-dit, un « secret de famille » qui nourrira le sens de la filiation :

Parfois la famille a des attentes face à la personne, un peu si on pense que c'est un soin, parfois même l'alimentation dépendamment, c'est culturel aussi, donc disons dans une culture, manger c'est associé à santé... et parler, communication, c'est que on est prêt qu'on reçoit les consignes de la personne pour dire, qu'est-ce qu'on fait après ça... donc il y a toute une question parfois de d'héritage de, de *legacy*...on a des attentes, la

famille parfois se dit « Qu'est-ce qu'il va m'offrir? Qu'est-ce qu'il va me dire? Les mots que je vais garder pour le restant de ma vie ou le non-dit... »

Pour Maria, chaque personne qui entre en contact avec le mourant va interpréter le silence avec son mode d'interprétation et de compréhension. Nous pouvons penser qu'il y a beaucoup de ses propres projections lorsqu'un travail d'introspection et de présupposition n'a pas été fait au préalable. La manière dont on reçoit le silence est possiblement influencé par nos expériences relationnelles passées.

Dépendant des expériences, le silence peut avoir... Le silence peut être vu ou interprété différemment selon le lien entre famille, selon le lien entre soignant aussi ou l'historique, l'expérience. Tu sais on parle, parce qu'il y a beaucoup d'intervenants qui rentrent et sortent de la chambre, plusieurs membres de la famille euh... qui vont interpréter avec leur vision à eux. Leur lunette à eux.

Après avoir possiblement aidé le mourant dans son épreuve de détachement, le silence pourrait également avoir cette fonction d'aider à gérer l'insupportable, à en venir à intégrer et comprendre que c'est vraiment la fin. À comprendre qu'au-delà des représentations véhiculées par le monde médical, la société positiviste et le déni du mourir, les mots de combat et de guerre ne trouvent plus leur écho et doivent faire place à un certain lâcher-prise, à une acceptation de la mort et à ce silence qui l'accompagne.

Autre que le détachement, parfois c'est une façon aussi de gérer l'insupportable... de dire, on n'y pense jamais à mourir et dépendamment des raisons qui sont là parfois c'est une maladie chronique, parfois c'est le cancer et il faut toujours qu'il y ait cet élément de guérison, il faut travailler fort, c'est une bataille, donc y a tout ça parfois à travailler... que c'est la fin.

Entrer en contact avec le mourant *par* le silence, toujours dans cette perspective d'un soin, permet certainement de saisir le besoin de l'autre. Il peut se présenter comme un moment d'ouverture et de recul, permettant alors d'analyser la situation et de s'ajuster. Parfois, les silences témoignent d'une perte d'énergie qui fait en sorte qu'il est plus difficile d'utiliser la parole. Dans ce contexte, il faut trouver des alternatives pour communiquer. Le silence permet alors d'offrir une présence, une écoute :

Comme soin, parfois je pose la question, je demande la permission de juste m'asseoir avec eux, pour être respectueux dans leur moment de silence... si bon... Et ça me donne une idée aussi s'il y a une ouverture de partager leur espace et leur communication... Parfois aussi, la maladie fait en sorte qu'ils n'ont pas nécessairement l'énergie ni le goût de parler et c'est de communiquer autrement.

On observe encore ici cette idée d'un contact par la parole jusqu'au dernier souffle, la famille redoutant parfois de ne plus avoir accès à la parole du mourant jusqu'à la fin. Le silence permet de gérer la réserve d'énergie du mourant en fin de vie. Communiquer demandant de l'énergie, le silence donne le droit à cette pause conservatrice face à l'épuisement.

On parlait tantôt de la famille, de comment ils vivaient ça le silence, parfois il y a cette peur que si on donne trop de médicaments la personne ne sera pas assez éveillée, on ne peut pas avoir les derniers moments ensemble euh, en même temps c'est un peu le parcours de la maladie, parce que plus on avance, plus ça épuise les énergies. Les réserves d'énergie... La personne a peut-être besoin de juste être en silence pour gérer la situation, ça fait aussi partie de tout le processus de fin de vie... manquer d'énergie...

Au niveau d'un engagement thérapeutique, Maria avait, en début de pratique, cette propension à travailler comme en pratique privée, c'est-à-dire en cherchant à interpréter le silence, la parole... Avec l'expérience, elle prend conscience que le silence en contexte de soins palliatifs permet cette présence à l'autre, ce moment contemplatif à deux, en toute simplicité :

Je dirais, en début de carrière, je pensais souvent à qu'est-ce que je vais dire? Euh, je pensais plus au plan thérapeutique puis de dire, de faire des interprétations... plus avec l'expérience je reste dans le moment présent avec eux. Puis je fais le vide... justement pour être présente et pas dans mon monde intérieur à moi.

Rester en silence est d'abord pour permettre d'être en accord avec le réel besoin de la personne et ensuite pour laisser au patient le choix entre se révéler, parler ou garder le silence. Dans ce respect d'un rythme propre à chacun, ce silence en est un d'ouverture et permet l'émergence de quelque chose en devenir, rendant le thérapeute et le patient disponibles à accueillir les émotions. Comme elle le mentionne, la présence en silence permet :

D'accueillir les émotions. Parfois ils vont poser des questions « Tu ne me poses pas de question? Tu t'assoies mais t'as rien à dire? »... Donc c'est un peu ça aussi de dire non, on reste dans le silence, mais si vous voulez me dire quelque chose je suis là pour vous,

et ça rassure aussi, parce qu'ils n'ont pas cette pression de devoir agir ou de devoir répondre à un besoin qui n'est pas leur besoin.

#### 4.1.2.1 Respect du silence en milieu hospitalier

Je trouve que le silence est respecté dans le milieu où je travaille.

Maria nous parle du respect du silence du patient. Le psychologue doit chercher à interpréter (pour lui-même) le silence de son patient. La parole peut servir à évaluer les besoins et ensuite donner le choix à celui-ci de parler ou demeurer en silence.

Mais on demande toujours la permission, pour respecter les besoins des autres, hum c'est pas toujours facile parce qu'on se pose des questions, est-ce que la personne a des douleurs mais n'ose pas parler? Est-ce qu'il y a un inconfort, mais il n'ose pas? Alors au début on demande toujours la permission puis on pose des questions pour voir si en général les besoins... on essaie d'évaluer les besoins, puis après on donne le choix à la personne de parler ou non.

Celle-ci nous parle de cet autre rythme du silence que l'on retrouve en unité de soins palliatifs et qui tranche avec les autres unités de l'hôpital. On y retrouve un respect de ce silence par les choix qui y sont faits de *préserver* un lieu apaisant :

On voit que, même en rentrant sur l'unité, le silence est obligé, on demande que ce soit une place qui est calme, on voit aussi dans le choix de la peinture, dans le choix de la décoration, dans les choix de la façon d'approcher... le patient, on essaie de privilégier ce moment de silence, de paix le plus possible.

Cet aspect plus paisible ne retire pas cependant cette réalité du monde hospitalier avec lequel les psychologues doivent cohabiter et auquel ils doivent constamment s'ajuster. La réalité d'un hôpital, c'est que c'est bruyant, que des corps de métiers s'activent, qu'il y a des machines qui font du bruit, des gens qui parlent. Malgré cela, le respect d'un lieu plus silencieux semble traduire une valeur principale au sein de l'hôpital de cette participante :

Mais parfois on ne peut pas éviter... Il y a des chariots, des choses qui font que ça va être bruyant, le changement de quart de travail c'est bruyant, euh, mais on demande aussi aux patients... Est-ce que vous avez bien dormi? Est-ce que c'est trop bruyant? Donc on met des notes pour dire d'une équipe à l'autre, s'il y a trop de bruits, si on peut éviter de faire des bruits.

#### 4.1.2.2 Approche théorique et silence

La participante note avoir changé d'approche afin d'être mieux accordée aux besoins du patient en fin de vie, de mieux s'ajuster à cette réalité. Selon elle, l'approche humaniste permet de rencontrer et faire face aux questions plus existentielles entourant la fin de vie : incertitudes, inconnus, intériorité. Le silence permet d'entrer en contact avec soi ; il donne accès au monde de l'imaginaire, au monde intérieur :

J'ai changé mon approche avec la clientèle en soins palliatifs justement parce que j'avais une approche plus cognitivo-comportementale, où on parle des pensées et tout ça, mais au niveau humaniste au niveau de cette approche, je trouve que ça s'accorde plus avec les soins palliatifs, euh, j'utilise aussi souvent des méditations guidées dans le silence, pour entrer dans leur monde intérieur aussi parce que parfois aussi le silence, c'est qu'ils ont besoin d'entrer dans un monde intérieur un monde de rêves, où ils pensent de plein de choses par rapport à l'inconnu, de l'incertitude, donc ça changé mon approche, avec cette clientèle j'ai changé en conséquence.

#### 4.1.2.3 Le silence comme processus

Le silence en fin de vie est décrit par Maria comme un phénomène « organique » qui se joue au niveau de la communication. Elle remarque que les choses se font naturellement, que le flot de parole et de silence s'ajuste en fonction des besoins de chaque patient. Nous pourrions le voir comme un processus ; ce rapport au silence est propre à chacun, il peut évoluer selon le contexte et refléter une multiplicité de sens. Il faudrait être en mesure de lui donner un sens selon l'intention communicationnelle. De là l'importance pour le psychologue d'interroger le silence.

Ça vient naturellement euh, il y a des gens qui étaient tellement silencieux dans leur vie que c'est le contraire en fin de vie ils ont besoin de parler, de tout dire avant de mourir donc c'est vraiment organique en même temps c'est individuel... Selon les besoins de chacun et parfois le silence, même au niveau de la maladie, en fin de vie parfois ils ont besoin d'une pause pour être capable de bien communiquer... donc c'est aussi la patience d'attendre d'une réponse. Ça peut-être une question psychologique, mais ça peut aussi être un intervenant qui dit : « Qu'est-ce que vous voulez manger? » Il y a un silence, parce qu'ils cherchent à savoir ce qu'ils veulent... ça c'est le silence qui a des raisons différentes... on a différentes raisons pour le silence. Donc ça dépend de ce à quoi ça sert dans la communication.

#### 4.1.2.4 Le silence et l'attente

Maria partage que le silence en soins palliatifs place souvent l'autre dans une forme d'attente. Le silence et l'attente seraient un peu vécus comme un travail à contre rythme dans nos sociétés actuelles, un moment qui n'est pas vécu de manière naturelle pour la majorité.

Q- Dans ces moments, j'imagine que la patience est plus vécue du côté du soignant?

R- Oui, surtout quand on a cette idée qu'il faut tout faire vite, de répondre à tout, qu'on a plein de patients dans notre liste d'attente donc c'est vraiment d'être nous-même dans un moment de pause, et dans le moment présent avec la personne devant.

#### 4.1.3 Anne

Anne est une psychologue retraitée qui a travaillé plus de 15 ans en soins palliatifs dans le réseau hospitalier ainsi qu'en maison de soins de fin de vie. À travers son récit, nous constatons que sa relation avec le silence est très positive et qu'il est un allié précieux dans son travail auprès des personnes en fin de vie.

Q- Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit quand vous pensez au mot « silence »? Qu'est-ce que ça évoque pour vous?

R- Ça évoque beaucoup de calme, douceur, paix, euh... complicité, relations, euh... spiritualité, intimité...

##### 4.1.3.1 Le silence comme relation

Nous remarquons qu'Anne a un rapport positif au silence, qui semble évoquer pour elle quelque chose d'apaisant. Anne perçoit le silence comme quelque chose d'enveloppant, qui ne s'impose pas, mais qui s'installe. Ces qualificatifs lui sont venus spontanément. Ils évoquent un rapport au silence qui raisonne pour elle, mais qui se transpose également dans le rapport à l'autre, dans un contexte relationnel :

R- Mais aussi, quand je les nommais, je voyais des personnes que j'ai accompagnées, donc c'est mon rapport à moi, mais mon rapport au silence avec l'autre.

Q- Dans la relation...?

R- Dans la relation, mais aussi euh, ça fait ça pour moi. Donc c'est les deux on peut dire que ça résonne en moi et en moi avec l'autre.

Le silence, dans une relation, peut être à la fois un refuge intime et une forme de communication subtile. Anne reconnaît qu'il permet de se connecter à soi-même, d'explorer des pensées profondes, tout en créant un espace partagé avec l'autre, où chaque non-dit devient un langage à part entière. Il devient donc possible de se rencontrer en silence et d'accueillir ce que la parole ne saurait exprimer.

#### 4.1.3.2 Le silence obstacle : une barrière aux échanges

Anne partage une histoire de cas où la langue faisait obstacle, imposant une limite et une barrière aux échanges entre le psychologue et le patient. Elle raconte que le silence engagé, souvent plus long dans ce contexte particulier, a pu permettre à l'émotion de se manifester. Nous pouvons alors penser que le silence devient un réel facilitateur pour l'émergence émotionnelle. Il fournit l'espace nécessaire pour l'accueil des affects :

Alors je me suis rapprochée, j'ai pris le livre puis j'ai dit... « On va regarder le livre ensemble... » et évidemment on a fait ça en silence, puis, il a éclaté, il a éclaté... Il n'a jamais autant pleuré...

Dans ce même esprit, la participante rapporte son expérience en milieu anglophone où elle a été appelée à entrer en relation avec des personnes de plusieurs nationalités. La communication verbale étant coupée par la barrière du langage, le silence a permis –car démunie de parole – de créer de nouvelles formes de communication. Pour elle, cette différence entre soi et l'autre semble venir enrichir la rencontre. Ce qui au départ faisait obstacle semble se transformer en opportunité d'échanges plus profonds :

Tu reçois des gens de toutes les nations, toutes les langues, tu sais tu avais un Québécois, un Italien, un Asiatique, mais ce n'est pas comme ça dans les soins palliatifs francophones... Surtout pas là il y a plusieurs années... mais moi j'ai eu la chance de rencontrer toutes ces personnes, avec une communication coupée à cause de la langue, ça ne m'a pas arrêtée...

#### 4.1.3.3 Le silence dans son rapport au souffle et au temps

Il y a également le silence qui s'inscrit dans son rapport au corps, au temps. Ce silence permet de prendre conscience de la respiration, du souffle de la vie. Émerge alors ce lien avec le silence qui fait entrevoir la mort prochaine. La personne silencieuse, qui respire toujours, manifeste son état « d'être vivant », même lors de la diminution de ses capacités. Suivre le mouvement de la respiration permet certainement au psychologue d'être présent à l'autre, de porter une attention au souffle et de s'ajuster au rythme d'une parole qui se fera moins fréquente :

J'ai un autre souvenir qui me vient, en fait, je ne sais pas si on va pouvoir l'appeler silence, mais un peu... On pouvait pas beaucoup parler, donc il y avait beaucoup de silences, puis elle parlait tout bas... silencieusement, puis euh, je l'avais suivie en oncologie donc ça faisait longtemps qu'on se connaissait, donc euh, j'ai osé lui demander, à tort ou à raison, dites-moi madame telle, parce qu'on avait un bon lien... Est-ce que la vie à ce stade a encore du sens... Puis elle m'a regardé et elle m'a dit « Mais voyons donc! Regardez, je respire... »

J'ai dit... On va respirer ensemble... On a fait ça une dizaine de minutes, en silence... un beau moment. La présence, on était en présence... seulement dans les derniers souffles de l'une et dans un souffle qui va continuer avec l'autre, mais, c'est une scène forte...

Pour Anne, il y a ces moments de silence qui interpellent l'imagination et l'interprétation, qui invite à faire image à partir du silence. Dans l'échange avec autrui, la parole laisse comme héritage des mots forts tandis que le silence, lui, doit faire place à la représentation, aux images, à une atmosphère. Le silence se vit et c'est cette impression qui va rester. Nous pouvons, dans ce cas, observer que le silence se place du côté de la rêverie :

Avec le silence, il y a des images fortes, c'est ça qui reste... euh... des fois, avec l'échange, ce sont des paroles qui sont fortes et les paroles vont rester, mais quand il y a du silence, ce sont les images fortes, l'ambiance qui reste...

#### 4.1.3.4 Soins palliatifs et silence

Nous avons demandé à Anne si elle avait l'impression que le silence diffère dans un contexte de soins palliatifs. Elle remarque qu'en soins palliatifs, il y a cette découverte, avec l'autre, du silence.

Dans ce contexte particulier, le silence est associé à quelque chose de très touchant, soit

d'apprendre quelque chose du silence auprès des mourants. En effet, Anne remarque que les patients en fin de vie nous enseignent sur le silence. En soins palliatifs, il y a cette différence entre se taire et faire silence. Laisser la place au silence serait comme le prolongement de ce qui est ressenti entre le psychologue et son patient. Lorsqu'il n'y a plus de mots, ils font place au silence.

Oui... oui, je pense que le mourant puis la psychologue en soins palliatifs découvrent en soins palliatifs toute la beauté des silences... Donc quand on s'en va dans notre pratique privée, on a appris quelque chose du silence... Les mourants sont des grands maîtres là, puis et, c'est comme si on ne sera plus dans un malaise avec le silence en thérapie privée avec un client, un patient.

#### 4.1.3.5 Le silence comme un soin

Pour Anne, le silence peut tout à fait faire office de soin. Les psychologues choisissent de demeurer silencieux pour en faire profiter le mourant, tel un chant qui se prolonge entre les êtres, laissant une empreinte habiter l'autre entre chaque note. Le silence comme soin et intervention, c'est être avec l'autre autrement. C'est habiter l'espace entre deux êtres, avec ses pensées, ses images.

Il y a vraiment eu de beaux moments de silence, mais c'était beaucoup autour de photos qu'on regardait... de de son défunt... Il y avait un silence naturel, un peu sacré, euh, il y a eu ça, ça m'est arrivé de dire : « je n'ai pas de mots pour vous exprimer ce que je ressens... mais on va rester ensemble dans ce que vous venez de me confier et on va le porter tranquillement. » Alors là, je l'ai installé le silence, quand je n'avais pas de mots. Puis c'était pas nécessaire d'en inventer ou d'en fabriquer... Quand le silence devient « intervention »...

Q- ... Le silence pourrait alors devenir un outil d'intervention? Ou un soin?

R- Un soin, oui, un soin... Je trouve ça, je trouve que c'est beau... c'est un chant le silence, c'est un chant... Il y a quelque chose qui chante euh mais tsé, il y a un proverbe ou un adage, je ne sais pas trop, qui dit « quand la musique s'arrête, elle continue » ou je ne sais pas trop là... Euh, on parle du silence de la musique... Il a écrit un très beau livre, Yves Duteil, le silence de la musique... Alors voyez, on pourrait dire le silence de la parole...

C'est pour ça que j'aime l'écouter aussi parce que c'est silencieux... Moi quand j'écris je préfère le silence à tout là. Le silence c'est une ambiance, le silence nous habite au lieu de... ça ne m'angoisse pas du tout, ça m'habite. Même si j'aime parler...

#### 4.1.3.6 Le silence comme respect

Dans le contexte de la fin de vie, le silence est perçu par Anne comme une marque de respect pour le mourant. Il est associé à la paix, à quelque chose qui accompagne vers la mort mais qui n'est pas encore « le silence de la mort ». Pour cette psychologue, faire silence serait de s'incliner devant cet acte du mourir qui transcende les mots.

Je trouve que c'est plus dur de mourir quand il y a du bruit, c'est plus dur de mourir quand tout le monde s'active un peu pour aider le mourant... je trouve que le silence vient souligner la paix avec laquelle on souhaite que le mourant parte, dans la paix... Je pense qu'il est fatigué du bruit de la vie... et que ce n'est pas un silence de mort, mais c'est un silence qui accompagne l'acte de mourir, c'est comme un respect de ce qui dépasse les mots. Ça dépasse les mots.

Pour Anne, il y aurait cette nécessité de revisiter son rapport au silence en soins palliatifs, de s'en faire de nouvelles représentations, associées à la beauté, au bien-être, à l'émerveillement, plutôt qu'à la peur et à l'angoisse. La participante nomme cette importance de se questionner sur la manière dont on porte le silence en soi :

Moi j'aime beaucoup les mots... Mais euh, pour moi, le silence a la même fonction... c'est une relation, mais comment on le porte ce silence-là, comment on l'habite, comment il nous habite, et comment on l'offre, et comment on le reçoit. Parce que si on parle juste de silence c'est comme si on parlait de la solitude ça peut faire peur... Alors que ça peut être si beau la solitude... Et donc, c'est comment on protège la beauté du mot silence de tout ce que ça représente... Tu sais, le silence d'un bébé qui dort, qu'on regarde, puis qu'on est émerveillé là, mais le silence du mourant qui se repose et qui est bien contrôlé dans sa douleur, c'est un silence qui fait beaucoup de bien.

#### 4.1.3.7 Les unités de soins palliatifs

Pour Anne, il y aurait une évolution négative du rapport au silence aux soins palliatifs en milieu hospitalier. Il y aurait aujourd'hui beaucoup trop de mouvements dans les hôpitaux, trop d'espace, ayant pour conséquence un manque d'intimité, si nécessaire en contexte de soins de fin de vie. Pour elle, l'aspect médicalisé des soins palliatifs prend le dessus et menace le sens du rôle du psychologue, rôle qui est difficile à préserver pour ces derniers dans ce contexte où prendre son temps est de plus en plus révolu :

Malheureusement, dans les hôpitaux, je ne pense pas que ça se passe comme dans les années que j'y ai travaillé... je suis certaine que je n'idéalise pas là, mais on retrouve ce que je viens de vous dire dans toutes les maisons de soins palliatifs... Je ne serais plus capable à l'hôpital, c'est pour ça que j'ai quitté, bien j'ai quitté parce que je vieillissais, c'était trop gros pour moi puis le [milieu dans lequel elle travaillait] devenait comme un aéroport pour moi, il n'y avait plus d'intimité... Pas d'ambiance, je dis pas qu'il font pas bien ça, mais c'est médicalisé... La profession de psychologue en soins palliatifs s'est médicalisée, s'est médicalisée à bien des endroits, mais en soins palliatifs d'autant plus, parce qu'on est avec une équipe médicale, la psychologue a pas pu tant que ça préserver une place qui lui est particulière, puis c'est dur aussi en soins palliatifs parce que il y a comme un complexe où quelque chose qui est traditionnel dans les soins palliatifs qui aura toujours eu plus de travailleurs sociaux, c'est pas facile de faire la place du psychologue.

Selon elle, nous assistons à une forme de déshumanisation des soins palliatifs en milieu hospitalier ; il y aurait la perte de quelque chose de précieux. Nous observons que pour les personnes ayant œuvré en santé, ceux qui ont travaillé avec ardeur afin d'en arriver à un respect et à une humanisation des soins, c'est comme si tout était à recommencer :

Dans les hôpitaux, malheureusement, on a perdu quelque chose. Mais ça s'est perdu dans tous les départements, moi aussi je vois comment ça se passe et... ça n'a pas de sens... on a tellement tout fait pour humaniser les soins puis à cause des contextes on est plus capable... faut être résistante là pour continuer à humaniser nos soins là, mais les soins palliatifs font pas exception là... en unité hospitalière.

Anne nous rapporte qu'avant, les unités de soins palliatifs étaient séparées, préservant une forme de silence, d'intimité et de respect de la mort :

Q- Justement, puisque que c'était différent à votre époque, c'était quand même un milieu hospitalier mais comment vous cohabitiez avec les autres corps de métiers, qui sont plus bruyants...

R- Mais [...] nous, ce n'était pas ça là... on ouvrait l'ascenseur, on sortait de l'ascenseur puis on sentait déjà qu'il y avait quelque chose, dans l'ambiance, assez marquée, les lieux... marqués... une petite cuisine comme à la maison, les gens apportaient leurs repas, les familles se rencontrent, il y a un solarium... tu sais ça imite la maison...

#### 4.1.4 Rose

Pour cette sexagénaire qui a travaillé comme psychologue pendant plus de 30 ans, dont quelques années en maison de soins de fin de vie, le terme « silence » évoque spontanément pour elle le mot « présence », qui serait à prime abord une disponibilité à soi-même. Lorsque le silence s'inscrit dans un rapport avec l'autre, Rose mentionne qu'il peut prendre une multiplicité de sens.

Ça pourrait être la présence. Ça dépend des silences. Le silence peut permettre la présence à soi-même pour commencer, puis dans le lien à l'autre, ça dépend de toutes sortes de facteurs, ça peut avoir toutes sortes de sens... Le silence de quelqu'un...

Dans sa pratique de psychologue, Rose nous fait part du fait que le silence permet de se donner le temps. Le silence qui permet d'avoir du recul, de l'espace pour ensuite pouvoir l'analyser et en faire sens. Parfois, il sert de porte d'entrée pour questionner l'autre sur ce qui se passe en lui. Le silence peut représenter ce filtre qui camoufle des émotions sous-jacentes. Rose semble faire bon usage de ce silence et s'en servir comme tremplin pour ouvrir une autre dimension :

Je laisse le temps nécessaire. J'attends que la personne puisse s'exprimer. Je peux l'aider après un certain temps lui dire « c'est quoi qui se passe en vous? » Ça dépend aussi de ce que je sens du silence des fois la personne n'ose pas nommer ce qu'elle pense elle n'ose pas reconnaître qu'elle est fâchée, que son silence cache une colère ou une honte... je vais laisser un temps pour le silence, puis je vais aller chercher le sens du silence, pour faire un espace d'ouverture.

##### 4.1.4.1 Le silence comme apprentissage à la présence

Nous voulions savoir si le rapport au silence était quelque chose qui s'apprenait, c'est-à-dire si le psychologue devait apprendre à tolérer le silence. Aux dires de Rose, le réel apprentissage est de permettre une présence à soi. Le silence permettrait pour le thérapeute d'être à l'écoute des manifestations que l'autre nous fait vivre intérieurement. Être présent, en silence, semble offrir cette capacité d'accueillir la personne en face de soi et de la suivre selon sa disposition.

Bien l'apprentissage je dirais c'est la présence à moi-même dans ce que l'autre me fait vivre, ça, ça m'appartient... à moi, euh... puis plus je fais un espace à ce que je suis en moi, plus je peux aller le dire à l'autre, plus je peux permettre au client qui est devant moi d'être comme il est et de le suivre dans ce qu'il a envie de me dire. Je leur donne le regard qu'ils sont quelqu'un puis ils vont aussi loin qu'ils veulent aller dans leur chemin.

#### 4.1.4.2 Le silence dans l'accompagnement vers la mort

Rose ne sent pas de différence dans son lien au silence entre la pratique au privé et en contexte de soins palliatifs auprès de personne en fin de vie. Elle mentionne toutefois ne pas faire de thérapie avec les patients en fin de vie. Elle nomme l'accueil comme prémisses à ce type d'accompagnement. Il y a pour elle cette présence dans le silence face aux limites de la parole de certains mourants. Nous notons dans son discours le respect profond de la parole et du silence. Pour cette dernière, garder le silence pourrait avoir comme fonction de préserver l'autre.

On ne fait pas de la thérapie avec quelqu'un qui est en fin de vie. Alors le genre d'intervention n'est pas du même ordre... mais c'est important de suivre la personne, bon il y a des silences, que la personne n'est pas capable de parler, on a juste à être là... euh... Il y en a d'autres qui ont besoin de dire des choses... en fait c'est plus l'accueil qui se passe au moment où j'accompagne. Puis la personne qui est en train de mourir on peut lui demander ce que ça lui fait d'être en fin de vie... Si elle me dit je ne suis pas en fin de vie, je ne suis pas malade, bien je lui dirai pas bien oui vous êtes malade... [rires] j'insiste pas, si elle veut pas parler, bien je lui dis, je viendrai vous saluer la semaine prochaine, et si elle veut parler on parle.

Dans l'extrait qui suit, nous pouvons constater toute la portée du silence d'un tiers. Ce silence peut prendre le rôle de catalyseur entre les êtres pour permettre un échange. Le thérapeute silencieux permet alors qu'une parole se libère.

Je pense à une dame qui avait un rapport difficile avec sa fille. La fille était dans un autre pays et elle venait visiter sa mère mourante. La mère m'avait parlé avant, la fille m'avait parlé aussi quand elle est arrivée. J'ai été là un peu comme médiateur pour que la mère puisse dire à sa fille, tu sais : « je t'ai élevée seule c'était dur, j'ai pas pu te donner... ce dont tu avais besoin... » La fille dit : « maman j'ai pas été une bonne fille, j'ai été délinquante ça pas été facile pour toi... » Les deux se sont dit qu'elles s'aimaient, et moi j'ai pas fait grand-chose hein, juste permettre à ce que la parole circule entre les deux, ça, ça m'a touchée beaucoup cette expérience là...

#### 4.1.4.3 Silence et parole du corps

Il semble y avoir tout un processus involontaire du « mourir » qui passe par le corps ; phénomène subtil et complexe qui reste profondément inconscient. Ce processus demeure certainement silencieux et imperceptible, tant pour l'entourage que pour la personne qui se dirige lentement vers la mort. Le corps s'engage dans ce cheminement, souvent sans que personne ne soit pleinement consciente des étapes et des transformations qui se produisent. Rose nous mentionne que c'est une

transition qui échappe à la compréhension immédiate de ceux qui entourent le mourant, mais que souvent, les mourants auront un pressentiment très fort à l'approche de leur mort.

C'est un processus involontaire la mort... Et il y a une infirmière qui disait que le corps savait mourir, mais que l'involontaire en nous et nous on ne le sait pas et c'est sûr que souvent, avant que les gens meurent, ils peuvent le pressentir... Comme si le corps le savait. Avant la conscience, mais il y a des comportements... Le corps le sait quelque part.

#### 4.1.4.4 Silence et déliaison

Nous souhaitons interroger la fonction du silence en fin de vie dans un contexte de détachement, de déliaison. Pour Rose, le silence marque la mort. Les gens veulent rester en contact le plus possible, il y aurait une grande difficulté à se séparer et la communication verbale est notre moyen de communication privilégié. La parole nous garde du côté du vivant et comme nous l'avons mentionné à plusieurs reprises, le silence absolu est souvent associé à la mort. Ce serait donc un grand deuil de ne plus pouvoir parler. Cette psychologue invite donc à communiquer autrement. Elle aide l'entourage à trouver moyens de rester en contact, tel le toucher. Selon elle, le toucher est une forme de communication. Nous pourrions dire dans ce contexte que le silence nous relie à l'autre par le toucher, par la présence, que ce silence devient autre :

Je pense que ce que les gens qui meurent trouvent le plus difficile c'est de se séparer de leurs proches et je pense que quand le silence s'installe c'est plus que la mort les emporte. Ils veulent communiquer... bon c'est sûr que parfois, quand ils sont malades, ils ne peuvent pas parler... le toucher peut devenir un moyen de communication, dans le silence qui relie, mais ce que les gens qui meurent puis leurs proches trouvent le plus difficile c'est la perte de communication verbale, ils ne savent plus trop comment communiquer avec la personne qui meurt, souvent je leur dis « soyez juste là, avec-eux. »

Rose partage avec nous cette expérience auprès d'un homme qui était un peu en déni de sa propre mort et qui ne souhaitait pas communiquer avec sa femme. Cette dernière a su faire respecter ce silence et permettre au conjoint d'aller à son propre rythme, lui qui ne se retrouvait pas à la même place psychologiquement que sa femme.

Permettez à votre conjoint de mourir à sa manière. Et puis parlez-nous à nous de ce que ça vous fait de ne pas pouvoir communiquer comme vous auriez souhaité. Puis c'est important aussi de respecter, d'être à l'écoute du problème de la personne en fin de vie

et de faire beaucoup d'espace pour que la personne aille vers ce qui fait du sens pour elle.

#### 4.1.4.5 La présence dans le silence

Nous souhaitons explorer s'il y avait une disposition intérieure particulière lorsque les psychologues parlent de « présence dans le silence ». Pour Rose, mis à part un toucher qui peut parfois accompagner la personne, elle rapporte faire le vide et se concentrer uniquement sur la personne qui se trouve devant elle. Elle décrit cette présence comme un état de pleine attention, où chaque pensée et chaque émotion personnelle est mise de côté pour accueillir pleinement l'expérience de l'autre :

R- Des fois je vais prendre la main, ça dépend, il y en a qui ne veulent pas... d'autres qui veulent, mais je pense pas du tout à ce qui se passe dans ma tête ou à, je pense à la personne qui est là...

Q- On peut donc dire que c'est un silence qui est plein de... présence?

R- Oui, c'est ça, exactement... Face à la personne qui est là, puis j'essaie d'être attentive à son besoin, je ne reste pas plus longtemps, si elle ne veut pas parler, je n'insisterai pas... des fois ils veulent parler, c'est déjà arrivé qu'au début, un couple, la dame était toujours avec le monsieur puis à un moment donné il voulait vraiment me parler d'un secret de famille puis il savait pas ce qu'il allait faire avec, puis il me demandait mon avis, je lui ai dit « faites ce qui a du sens pour vous. »

Nous observons que, dans cette présence accueillante et sans jugement, il y a une possibilité en soins palliatifs d'ouvrir davantage sur les tourments de chacun et de lever le voile sur un autre type de silence, celui des « secrets de famille ». Cette forme de présence, empreinte de bienveillance, semble créer un espace où les patients se sentent suffisamment en sécurité pour exprimer leurs émotions les plus profondes. En soins palliatifs, où la vulnérabilité est omniprésente, cette ouverture peut permettre de libérer des fardeaux émotionnels depuis longtemps enfouis. Les patients peuvent ainsi aborder des sujets souvent tus, tels que les regrets, les conflits non résolus, et les vérités jamais dites.

#### 4.1.4.6 Silence face aux proches

Le processus du mourir fait parfois taire la conscience volontaire, qui s'était emmurée dans le silence du ressentiment et de la colère, et qui soudainement fait émerger des besoins plus profonds,

soit ceux de l'attachement et du lien à l'autre. Nous pouvons penser que dans ces moments, les patients font place à leur désirs inconscients de réparation et de réconciliation :

Je pense à une dame qui était très agressive, elle ne voulait pas sa fille ni son ex, mais eux voulaient venir la voir et puis au fur et à mesure qu'elle a perdu un peu la conscience du volontaire elle s'est mise à les appeler, alors le personnel a dit « bon elle vous a appelé, on ne sait pas si ça va durer longtemps parce qu'il y a des fois des regains de conscience volontaire... » mais ils ont dit « si vous voulez venir, c'est le temps... elle vous appelle... » Mais cette dame là en perdant le volontaire... on est fait de liens, alors ces liens elle les a appelés et ils ont pu venir là lui faire les adieux.

Nous souhaitons questionner les psychologues sur la nature du silence dans la relation thérapeutique et nous avons demandé à Rose, sachant que d'autres en avaient fait la mention, si elle considérait le silence comme un soin, comme un outil au cœur de son travail. Elle affirme que oui, elle s'en sert parfois de manière délibérée, mais qu'il y a toujours une multiplicité de sens au silence :

Ça dépend euh de la nature du silence et puis effectivement des fois être silencieux peut être un soin pour la personne puis d'autres fois le sens du silence est ailleurs... il y a toutes sortes de silence... c'est sûr que si je pense à quelqu'un qui ne parle pas beaucoup bien si je lui prends la main puis il y a du silence, bien on peut dire que là il y a un soin... mais c'est complexe quand même...

#### 4.1.4.7 Le silence en unité de soins palliatifs

Rose est la seule de nos participantes qui ne travaille pas en contexte hospitalier, mais plutôt en maison de soins de fin de vie. Elle y remarque un grand respect du silence et du rythme de la mort, qui est propre à chacun.

Q- Je sais que vous n'êtes pas en milieu hospitalier, mais quelle place vous croyez qu'on accorde au silence dans le milieu où vous travaillez? Est-ce qu'on va le respecter?

R- Oh oui! Ça de toute évidence... Absolument, un respect de la personne, de son rythme, de la fin de vie... oui... Il y a un respect de la vie qui est là et l'être humain est vivant jusqu'à la fin. Ça implique des fois une incapacité à parler, il y a une présence à donner au rythme et chacun a sa façon de mourir...

Quand le silence est là, ça fait partie de la pratique. Parfois leur silence fait monter l'émotion en eux... Des fois le silence vient, la personne s'arrête, on voit bien que

l'émotion monte et j'essaie juste de favoriser l'expression de l'émotion. Le silence favorise ça parfois...

#### 4.1.4.8 Le silence comme obstacle

Q- Est-ce que parfois vous ressentez des silences qui sont malaisants?

R- Des silences malaisants? Ce serait quoi un silence malaisant?

Q- Qui vous rendent disons, inconfortable...

R- [long silence] je ne sais pas trop... disons que quelqu'un est en silence et que j'ai la sensation d'une bombe atomique... je vais essayer de demander à la personne ce qui se passe en elle, comment elle vit son silence, pour qu'elle puisse libérer la colère...

Q- Ça peut être un indicateur pour vous?

R- Je me sers beaucoup de, comment je pourrais dire... je ne sais pas si je suis bonne thérapeute ou pas bonne thérapeute ou si je suis présente ou pas présente je fais ce que je peux mais j'essaie de suivre ce qui vient en moi, d'être à l'écoute de qu'est-ce que mon corps enregistre, de la présence de moi à l'autre...

Dans cette attitude de créer de l'espace en soi, Rose semble se servir du silence pour faire émerger les images en elle, ce qui lui indique plusieurs choses sur la vie intérieure de son patient. L'obstacle serait alors plus de l'ordre d'un contre-transfert négatif qu'on chercherait à élaborer. Rose termine l'entrevue sur ces mots :

J'aime bien être dans le silence de la vie, il est plein de toutes sortes de choses...

#### 4.1.5 Charlotte

Charlotte est une psychologue dans la trentaine qui travaille depuis moins de cinq ans en unité de soins palliatifs en contexte hospitalier. Cette participante se réfère spontanément au silence en tant que phénomène polarisant : soit le silence fait vivre un malaise, soit il est bienvenu. Le silence serait donc associé à des sensations internes, indicatrices de ce qui se passe entre deux êtres.

Euh, je pense que c'est comme deux choses, deux pôles, quand je pense au silence, c'est soit un silence malaisant, euh ou sinon un silence qui peut être tout à fait indiqué, approprié.

Toujours dans cet esprit de polarité, le silence est perçu par Charlotte de manière paradoxale en contexte de soins de fin de vie. Il y aurait quelque chose de l'ordre du « difficile à tolérer » et, tout à la fois, ce silence devient le gardien de l'innommable face au tragique. Comme le mentionne Charlotte, elle préfère se taire, craignant d'être superficielle en adoptant une parole qui serait peu chargée de sens :

Le silence c'est quand même quelque chose de difficile des fois à tolérer... hum, puis des fois il n'y a pas grand-chose à dire dans des situations disons, tragiques, euh où est-ce que peu importe ce que je serais porté à dire c'est comme... ce serait toujours tellement comme, futile.

Dans ce prochain passage, nous pouvons percevoir toute cette insécurité face au silence qui nous ramène à nos incertitudes et à notre impuissance. Il y a un souhait de sentir que la présence dans le silence sera suffisante, perçue, ressentie par l'autre. C'est alors que l'envie de s'évader dans le « faire » semble prendre le dessus face au malaise que renferme le silence. Avoir quelque chose à faire et à offrir est décrit par la psychologue comme une impression d'avoir des outils, de ne pas se sentir démunie face aux moments de silence. Nous retrouvons cette même appréhension chez les jeunes thérapeutes qui cherchent souvent des moyens concrets « d'apaiser la souffrance », excluant ainsi toute cette dimension de la présence à l'autre qui pourrait se suffire à elle-même.

R- J'ose espérer que parfois quand je garde le silence, les gens sont capables de sentir que je suis avec eux mais des fois j'envie... j'aimerais ça être infirmière ou médecin puis pouvoir proposer un médicament, tu sais être vraiment dans l'action plutôt que dans quelque chose de plus passif, mais que je n'entends pas comme quelque chose de péjoratif, mais quelque chose de plus (inaudible)

Q- C'est se sentir impuissant?

R- Oui [rires] puis des fois je les envie d'avoir ces outils-là, puis même des fois moi je pense que je peux un peu fuir des fois, tu sais comme : « je vais aller vous chercher un verre d'eau. Ou quand le silence tu sais c'est tellement lourd, euh... ça m'arrive des fois, tu sais je me vois aller... : « un petit verre d'eau avec des glaçons ou pas de glaçons? » [rires] tu sais comme si c'était... puis c'est comme si c'était aussi ma façon de prendre soin des personnes, faque ça parle de mon malaise avec le silence mais ça parle aussi de mon besoin de faire quelque chose et de pas juste rester dans ce silence-là.

Dans cette perspective existentielle et expérientielle de la mort en contexte de soins de fin de vie, il arrive souvent que les circonstances entourant la mort ne peuvent se traduire en mots. Dans ce cas, Charlotte témoigne de cette impression de décalage entre ce qui est vécu, perçu comme nouveau et étrange pour soi-même, et la réponse qui serait adéquate face à la réalité qu'impose la mort. Nous observons donc une ambivalence du thérapeute face à ses interventions lors de moments tragiques. Faut-il parler ou rester silencieux? Demeurer en silence pour laisser la place, accueillir la souffrance de l'autre, son expérience? Ou encore user de parole pour reconforter, trouver les bons mots, avec cette volonté d'apporter un baume pour l'âme? Il y aurait ainsi cette réelle impuissance du thérapeute face à une demande ou un besoin perçu qui dépasserait une réponse ajustée :

Ça m'arrive des fois d'intervenir dans des situations un peu je sais pas, sans dramatiser, mais quand même un peu catastrophiques, des situations un peu dures euh... donc d'intervenir auprès de familles par exemple à l'urgence, dans un petit cubicule, par exemple où le patient la semaine passée était mort euh, il est décédé vraiment, vraiment rapidement puis là j'arrive là puis sa fille souhaite me parler et euh alors que monsieur est là, le corps est là dans une petite pièce, ils ont mis un paravent dans le cubicule pour préserver un minimum tu sais... faque c'est dur des fois d'être là-dedans euh des fois je me demande : « Mais qu'est-ce que je dis, qu'est-ce que c'est quoi comme... » je sais pas trop des fois entre parler puis me taire. En même temps on dirait qu'ils veulent quelque chose, qu'ils s'attendent à quelque chose puis moi je voudrais leur offrir mais je réalise qu'au final il n'y a pas tellement de choses à dire à part accueillir ce que la personne est en train de vivre et son désarroi, sa détresse puis de toute façon, je ne sais pas dans des moments comme ceux-là, les personnes sont pas toujours réceptives à ce qu'on peut dire, ils sont un peu sous le choc de tout ce qui est en train de se passer.

Il semble plus facile pour la parole de se frayer un chemin dans l'après-coup. Devant la mort, le manque de mots semble s'imposer et, comme le mentionne Charlotte, les gens ne sont pas toujours réceptifs à ce qui est dit dans un tel contexte.

#### 4.1.5.1 Le temps vécu du silence comme malaise

La participante décrit également le silence comme pouvant être parfois malaisant lorsqu'il perdure et qu'elle doit y faire face seule. Le mouvement que l'on retrouve dans un hôpital semble venir alléger ce malaise, venir faire distraction et ainsi diminuer l'intensité d'être confronté au silence.

Mais c'est vrai que le fait d'être face à quelqu'un, tu sais quand un silence perdure bien ils sont peut-être un peu malaisants et tu as moins de distractions... il n'y a pas une

infirmière qui va se pointer, quelqu'un qui va venir passer le balais, donc, on dirait qu'il faut le tolérer aussi ... même si le contexte est souvent moins lourd, moins chargé, euh je trouve qu'il peut aussi parfois être malaisant.

Elle parle du temps vécu, subjectif à chacun, concernant la tolérance au silence. Pour cette participante, il semble plus difficile de travailler à partir du silence en soins palliatifs, qu'elle considère comme un cadre différent. Le silence, dans un tel contexte, semble accompagner le rythme du mourant.

Puis je pense qu'on a tous comme un genre de petit « *timer* » intérieur de « *gager* » est-ce que ce serait un bon moment pour faire quelque chose de ce silence-là, essayer de travailler quelque chose, euh ça je trouve que ce serait davantage dans un contexte privé, je trouve que c'est beaucoup plus difficile à appliquer aux soins palliatifs là... parce que c'est souvent, mais c'est pas le même, mais c'est complètement un autre cadre. Faque je trouve que c'est plus difficile de faire quelque chose du silence, aux soins palliatifs, en fin de vie.

Parfois, le silence est le témoin de la mort et devient marqueur d'une rupture relationnelle. La mort, bien qu'elle fasse partie du champ de conscience et soit anticipée dans un contexte de soins palliatifs dans un avenir plus ou moins proche, semble toutefois toujours surprendre et venir briser la continuité d'un lien. Le silence s'installe alors en soi, au creux des véritables adieux.

R- J'ai une patiente qui aimait beaucoup les jujubes puis moi j'adore les jujubes, faque c'est comme un petit, une petite *joke* qu'on avait un peu donc... elle est décédée vendredi, je m'attendais à la revoir lundi, il y a rien qui laissait croire, ben elle est aux soins palliatifs évidemment mais il y a rien qui laissait croire qu'elle allait décéder subitement en fin de semaine... et puis bien... elle est décédée avant que je puisse la revoir lundi puis hum donc il y a beaucoup de situations comme ça, des trucs inattendus... Deux jours de fin de semaine, c'est long aux soins palliatifs, c'est une éternité, donc quand je reviens lundi je sais jamais qui a comme, survécu à la fin de semaine beaucoup de situations vraiment difficiles à... des fois à comprendre puis des fois c'est aussi de vouloir comprendre puis poser des questions puis euh c'est comme si j'ai besoin de compléter l'information que je vais souvent me retourner vers l'équipe médicale puis dire : « hey *guys*, qu'est-ce qui s'est passé? C'est quoi le... » puis là tu sais on m'explique un peu puis ça m'aide à faire sens de certaines situations...

Q- C'est vrai... sinon, c'est comme si « ça » devient un silence...

R- Oui! Ouais, un silence, quelque chose qui a été coupé, ça coupe la relation de façon très brusque, donc besoin de faire sens, besoin de parler un peu de ce qui a pu se passer, même entre nous, dans l'équipe souvent on est quand même assez bavards je dirais.

Comme mentionné plus tôt, la mort subite vient faire irruption et installe un silence dont le thérapeute cherche à faire sens. Nous pouvons voir avec Charlotte qu'il y a ce besoin chez elle de faire sens, de chercher à comprendre ce silence relié à une perte abrupte ; silence qui est perçu comme rupture d'une continuité dans le lien à l'autre.

En contexte d'aide médicale à mourir, Charlotte décrit le silence comme une atmosphère de calme, habitée et solennelle. Elle décrit ce moment de silence comme étant « un vrai silence ». Ce sentiment de plénitude, cette « présence » dans le silence, ce désir de transmettre à travers le silence et d'établir un lien autrement qu'avec la parole, fait de ce silence un silence « habité » et semble donc plus « vrai » pour la thérapeute qui le vit :

Il y a des adieux qui sont faits, mais une fois que le processus a été débuté, tout le monde était vraiment comme... calme, plus personne ne disait rien. On était tous comme, il y avait quelque chose de très solennel, hum où là tu es comme en silence, mais c'est comme un vrai silence... c'est un silence comme habité, puis tu, hum... Puis c'est bête, mais quand je ne dis rien, que ce soit dans cette situation ou une autre, j'espère que en disant rien, j'espère que au moins les gens sentent quelque chose, qu'ils sentent que je suis vraiment comme hum, sincèrement touchée par ce qui se passe pour eux... que je... ouain que ce soit pas juste un silence vide là, mais parce que je tiens à eux d'une certaine façon puis on s'attache... Il y a quand même un lien qui est là puis j'espère que des fois même dans le silence, il y a quelque chose qui peut être transmis.

#### 4.1.5.2 Le silence pour remplacer le creux des mots

Parfois la mort se présente comme événement qui se passe de mots. Nous pouvons comprendre que face au tragique de la mort, il est parfois tout naturel de faire silence. Ici, la thérapeute cherche tout de même à offrir une présence, en silence, entourer les êtres par sa présence.

Je pense... des fois parler, pour dire quoi? Il y a des situations comme ça un peu, tu sais, il n'y a rien à dire... J'ai offert un peu d'accompagnement à sa mère, tu sais on essaie... j'en ai offert à sa conjointe aussi... j'essaie un peu de patcher puis de faire ce que je pouvais, mais j'étais bien consciente des limites aussi. De de mes interventions, puis qu'au final on était tous des êtres humains face à une situation qui est franchement tragique, donc euh... là j'étais là avec la mère, la conjointe la patiente qui était comme plus vraiment capable, finalement avec plus de contact, euh... faque c'était juste d'entourer finalement la famille, la patiente, du mieux que je pouvais de rester disponible, au besoin...

Dans le métier de psychologue, il y a cette prémisse qu'il faudrait faire élaborer le patient, que la souffrance s'apaise au gré d'une parole déliée, en quête de signifiants et de recherche de sens. Charlotte nous parle ici de cette idée de « défendre le droit au silence ». Nous pouvons constater qu'en milieu hospitalier, le psychologue peut sentir une pression pour faire « parler » le patient. La parole semble encore une fois avoir préséance sur le silence et ses bienfaits. Dans ce contexte, le silence semble avoir moins de valeur. Par sa nature invisible, il donne l'impression d'isoler les êtres plutôt que de les unir.

Les équipes, la famille, tout le monde : « fait parler, fait élaborer, fait ci fait ça... Puis c'est comme si la valeur, juste de « se taire » écouter, c'est comme si... Étant donné que c'est invisible, moins tangible, c'est comme si ça amène moins de poids ou moins d'impact. Faque c'est dur des fois je me sens à contre-courant parce que des fois les équipes vont insister : « non faut vraiment que tu ailles voir un tel ça va pas, faut que tu la fasses cheminer, faut qu'elle parle de ce qu'elle est en train de vivre, qu'elle en parle à ses enfants, sa famille puis des fois c'est juste de dire à l'équipe, ben là regarde, elle veut pas parler... je vais pas lui tordre le bras, tu sais... » donc des fois c'est aussi de défendre, je sais pas si on peut appeler ça le droit au silence là (rires).

À la question dans le cadre de laquelle nous souhaitons explorer le silence utilisé comme moyen d'intervention, la participante remarque que le silence s'impose de lui-même, il n'est pas utilisé chez elle de manière volontaire. Elle le reconnaît comme possibilité d'une fonction, mais il n'est pas utilisé comme un outil dans la relation thérapeutique. Le silence, selon elle, permet au thérapeute de se retirer et faire de la place à l'autre. C'est ce silence qui permet de donner de l'espace à l'autre, facilitant ainsi la réflexion.

Ce n'est pas délibéré, c'est comme si ça s'impose ouais, c'est comme si ça s'impose quand on est confronté à une situation et là je à la lecture de ce qui est en train de se passer je... c'est comme si ouais, là il n'y a pas grand-chose à dire, soit là, reste-là, ce n'est pas comme si je le réfléchissais non plus là, ça se passe quand ça se passe euh... faque ouais, c'est pas réfléchi, c'est pas... ça peut-être une fonction, mais c'est pas un outil que je vais utiliser systématiquement... On suit le rythme de ce que la personne nous amène... Il va y avoir des silences dans une rencontre, laisser le temps à la personne de réfléchir, je veux dire, de dire ce qu'elle a à dire, de compléter, donc je pense que c'est important de laisser la place à l'autre, donc être un peu plus dans une retenue, qui est nécessaire...

#### 4.1.5.3 Le silence en unité de soins palliatifs

Charlotte réagit fortement lorsque nous tentons de savoir quelle place son milieu de travail accorde au silence. Selon ses dires, il ne semble pas y avoir de silence en milieu hospitalier. Elle emprunte l'image d'une ruche pour décrire ce bourdonnement, l'agitation et le va-et-vient de tous. Le thérapeute doit donc travailler à trouver une disposition interne et être créateur d'un espace qui favorise la rencontre.

Q- Dans le milieu où tu travailles... disons, qu'elle place on accorde au silence?

R- Excellent! [rires] Ha! [rires] Il n'y en a pas... Partout il y a du bruit... Écoute, il y a du bruit tout le temps. C'est une ruche... c'est... je ne sais même pas comment l'expliquer là, c'est, c'est constant et si c'est pas des gens qui parlent, c'est des machines qui bipent. Faque c'est comme s'il faut forcer la note ou essayer le plus possible de créer une sorte de bulle. Hum, dans laquelle on peut avoir un peu plus accès à, au calme, puis éventuellement à une rencontre... dans laquelle, oui on peut parler, mais où on peut aussi juste être ensemble, mais c'est comme s'il fallait vraiment travailler pour euh pour atteindre ça... Il y a tout le temps quelque chose qui bipe, un intercom, quelqu'un qui annonce un code... On est constamment, c'est comme si j'avais les oreilles un peu. On est surstimulé puis on a pas la place pour s'asseoir, se déposer puis réfléchir dans le calme et le silence.

L'unité des soins palliatifs semble mise à l'écart ou parfois être perçue comme un corps étranger à l'intérieur de ce système du milieu hospitalier dont la fonction et les objectifs s'inscrivent dans une visée de guérison. Cette image des « soins intensifs de fin de vie » est très évocatrice. Si nous nous arrêtons au terme « intensif », cela réfère à ce qui est énergique, fort, puissant. Bien que la mort d'un proche puisse être vécue comme un moment fort et puissant, le processus du mourir appelle à une forme d'abandon, de renoncement, d'acceptation. Cela demande un autre rapport à la temporalité, qui semble diamétralement opposé au vécu de Charlotte, qui rapporte se sentir constamment en guerre, dans un temps court-circuité. Elle nous rapporte beaucoup de remises en question en regard de ce qu'est l'accompagnement en fin de vie dans un contexte où les choses vont tellement vite et parfois ne semblent pas avoir de sens pour elle. Elle partage ses réflexions sur le fait de se positionner par rapport au patient et être à l'écoute de ses besoins et de son rythme jusqu'à la fin. Il y a cette remise en question de la place et du rôle du psychologue en unité de soins palliatifs, la réalité actuelle étant souvent loin de « l'accompagnement au chevet ».

Je pense qu'aussi la mission des soins palliatifs, la reconnaissance des soins palliatifs comme étant des soins... c'est comme si c'est vu un peu comme des soins superflus... c'est comme si des fois... on visait toujours l'excellence pis la guérison, c'est comme si on avait pas le droit de mourir... donc je trouve des fois que ça se reflète dans l'organisation d'après les soins, comment ils sont pensés... moi, de ce que je fais ici j'ai l'impression que c'est un peu des soins intensifs de fin de vie là. Je ne sais pas, moi je suis peut-être un peu plus je me sens un peu à la guerre... Il y a tellement quelque chose d'extrême, puis je n'ai même pas le temps honnêtement de réfléchir... Tu sais des fois, même le mot « accompagnement » tu sais je me questionne mon dieu, qu'est-ce que je fais? Tu sais il y a vraiment une remise en question, est-ce que c'est vraiment ça? Tu sais ça n'a aucun sens... [rires]

Charlotte semble quelque peu désillusionnée de la réalité des soins de fin de vie actuelle et nous parle de soins palliatifs qui seraient révolus. Il y aurait pour elle un décalage entre la vision romantique enseignée et la réalité sur le terrain.

Je trouve ça beau genre les soins palliatifs tels qu'ils sont décrits dans les livres, même des fois dans certaines présentations auxquelles j'assistais, mais quand j'écoute des collègues retraités, mais on dirait que moi, je me reconnais plus du tout là-dedans, je ne le reconnais pas du tout au travail... puis ça me questionne un peu pour la suite, honnêtement...

## CHAPITRE 5

### DISCUSSION

#### 5.1 Introduction

Suivant nos objectifs de recherche, dans la perspective de mieux comprendre l'expérience du silence chez les psychologues dans un contexte de soins palliatifs auprès de personnes en fin de vie, nous avons pu nous approcher au plus près de cette intimité qu'engage les représentations, les sensations et la place qu'occupe le silence pour ceux-ci. D'une part, nous cherchions à savoir quel rapport les psychologues entretenaient avec le silence en contexte de fin de vie et si ce silence y avait une fonction, c'est-à-dire quel rôle peut revêtir le silence dans l'accompagnement en fin de vie et si les psychologues rencontrés adoptaient le silence de manière délibérée dans le cadre de leur travail. La communication en fin de vie était également au cœur de notre questionnement et nous cherchions à mieux comprendre comment le silence pouvait s'y inscrire. D'autre part, nous souhaitions interroger l'expérience des psychologues en soins palliatifs dans un contexte hospitalier et découvrir si ce milieu de travail avait, pour eux, une incidence sur la manière d'être en relation avec la personne au seuil de la mort.

#### 5.2 Les résultats clés

À la lumière de nos analyses, nous avons pu observer que le silence était porteur d'une grande richesse au niveau de l'expérience vécue et de ses significations multiples en contexte de soins palliatifs auprès de patients en fin de vie. En interrogeant l'expérience de chaque psychologue, nous nous sommes rapprochées d'un monde sensible et de leur ressenti subjectif, en interpellant leurs perceptions, leurs émotions et en encourageant une réflexion sur leurs propres interprétations de ce silence vécu. Nous avons pu découvrir que, pour les psychologues, le silence peut être vécu comme obstacle ainsi que comme facilitateur, selon le contexte et la relation à l'autre. Les qualités intuitives et sensibles du psychologue semblent également déterminantes afin de pouvoir interpréter la nature de ces silences et d'être en mesure de s'ajuster aux besoins du patient. Entre résistance, retrait psychique et « espace potentiel » créatif (Winnicott, 1975), le silence peut prendre multiples significations, tant pour le patient que pour le clinicien. Cette qualité d'écoute du silence semble se développer avec l'expérience, la plupart des participants ayant nommé avoir appris à tolérer les moments de silence au cours de leur pratique. Nous avons également soulevé

plusieurs fonctions (rôles) que peut jouer le silence dans un contexte de soins palliatifs, notamment celui de permettre une qualité de présence pour le psychologue, favorisant l'accueil, l'intimité et le respect. Dans ce contexte, plusieurs ont nommé le silence comme pouvant faire office de soin, comme soulevé par Aouara (2015) dans son article sur la présence silencieuse en fin de vie. Du côté de la personne au seuil de la mort, le silence faciliterait l'accès à un chemin vers l'intériorité, une manière d'être en contact avec soi, avoir un accès à la sphère émotive et permettre un travail de détachement. Il permettrait également d'offrir un temps de réflexion face aux enjeux reliés à la perte et au deuil. Une participante mentionnait que le silence permettait de « gérer l'insupportable » (Maria). Le silence semble donc se présenter en amont du travail à accomplir et tout en étant également cet aboutissement de tout un cheminement ; la contemplation silencieuse de ce qui a été parcouru. Le silence semble aussi s'avérer être une manière de se protéger pour la personne en fin de vie ; ne pas vouloir parler de la mort et de ce qui adviendra apparaît légitime, vouloir protéger ses proches le serait tout autant. Une participante revendiquait ce « droit au silence » pour ses patients, dans un contexte de soins où la parole semble surinvestie, souhaitée et valorisée. Nous pouvons penser aux secrets de famille, au refus de les transmettre, au déni de la mort ou tout simplement à une difficulté à exprimer et partager son vécu émotif (Garrousteigt, 2022). De plus, un aspect s'étant démarqué est celui d'un silence lié à une réalité biologique, où le corps et ses réactions semblent imposer une pause naturelle dans les échanges en fin de vie. Un autre aspect que nous souhaitons explorer, suscitant un grand intérêt au niveau de la recherche en soins palliatifs, est celui de la communication en fin de vie (Bourgeois-Guérin et al., 2018, 2023 ; Diet et al, 2017 ; Planchin, 2017). Plusieurs témoignages rendent compte de cet apprentissage d'une autre forme de communication, qui, à partir du silence, passerait par une présence habitée, un toucher ainsi que par des images intérieures évocatrices de sens. Pour la personne au seuil de la mort, le silence serait entre autres perçu comme facilitateur de détachement. Il engagerait un processus de déliaison, comme le mentionne une participante en parlant du détachement en fin de vie et de la parole qui nous relie à l'autre. Le silence peut également être envisagé comme un retrait, un repli, une forme d'évitement qui protège contre la destruction et la perte de sens (Maffei, 2005).

Entre parler, se taire et faire silence, plusieurs rapportent une certaine ambivalence face au réel besoin du mourant et soulignent l'importance d'une écoute attentive et d'un ajustement continu. Il y a, pour certains, une difficulté à trouver l'équilibre entre le besoin de parler pour reconforter et

choisir de rester en silence pour laisser de l'espace pour l'autre. Une parole peut également apparaître futile en regard de la gravité de la situation qu'est celle de la mort. Un autre aspect non négligeable entourant la communication en fin de vie entoure la question de la transmission et de l'attente des proches face à ce dernier legs de la personne aux confins de la mort. Cependant, le souhait d'être en dialogue avec le mourant par le biais de la parole jusqu'à la toute fin semble plutôt être un besoin pour la famille et les proches. Le dernier volet que nous souhaitons explorer dans cet essai était celui de la réalité des unités de soins palliatifs aujourd'hui et la place qu'on accorde au silence au sein de ces contextes hospitaliers. Chaque participant souligne l'importance du silence et d'un environnement calme pour le bien-être des patients. Or, dépendamment du centre hospitalier, la majorité constate un changement dans la manière de prodiguer les soins, qu'il est possible d'observer notamment à travers la perte d'intimité, la surmédicalisation ainsi qu'un environnement bruyant, moins accueillant et moins humain. Observé par certains, il semble également se dégager un écart entre la théorie et la pratique ; un décalage entre ce qui leur est présenté dans les livres et leur expérience sur le terrain. Les psychologues interrogés semblent vivre ou avoir vécu une forme de frustration en regard de leur rôle au sein d'une unité de soins palliatifs en contexte hospitalier et il y aurait une forme de perte de satisfaction et de motivation.

### 5.3 Analyse transversale des résultats

Suivant notre analyse descriptive en mode écriture pour chaque participant, plusieurs thèmes significatifs reliés à notre question et nos objectifs de recherche ont émergé des témoignages recueillis. Dans le cadre de cette discussion, nous reviendrons sur les thèmes et unités de sens mis en lumière lors de l'analyse descriptive individuelle. Cette démarche nous permettra ainsi une exploration plus en profondeur des liens entre nos données recueillies, la littérature existante et notre contexte théorique, toujours dans cette visée d'enrichir notre compréhension de l'expérience du silence chez les psychologues en contexte de soins palliatifs auprès de personnes en fin de vie. En revisitant ces thèmes, nous cherchons dans cette section à enrichir notre réflexion et faire dialoguer une parole en regard de ce qui s'entrecroise et se distingue, soulignant les similitudes et les divergences qui nous apparaissent significatives, tout en situant nos observations dans un contexte plus large.

### 5.3.1 Le silence en tant qu'expérience

#### 5.3.1.1 Résonances et représentations du silence chez le psychologue en soins palliatifs

Nous avons observé que le silence pouvait évoquer des interprétations variées et complexes selon le contexte. Le silence est souvent représenté de manière dichotomique dans les écrits, souvent associé d'un côté à la mort, à l'angoisse, aux malaises (Aithamon, 2018), et de l'autre à un état de paix, de plénitude, de recueillement ; paradoxe que nous avons également relevé au fil de nos entretiens.

À prime abord, notre intention en abordant la question du silence était de faire apparaître le monde du sensible, du ressenti, de l'espace intersubjectif et ainsi faire appel au vécu intérieur des participants. Lorsque nous avons interrogé ce que le silence faisait vivre en tant qu'expérience pour le psychologue y étant confronté, nous avons remarqué que la question demandait un temps d'arrêt considérable, un moment de réflexion, afin que notre interlocuteur puisse entrer en contact avec son for intérieur, nommer son expérience vécue et en percevoir les nuances. D'entrée de jeu, nous pouvons souligner la dimension réursive du silence, à travers laquelle réfléchir sur la question du silence interpelle le temps du silence.

Au fil de nos rencontres avec les psychologues, nous avons constaté que le silence habité, dans la relation auprès de personnes en fin de vie, semble teinté de toutes leurs expériences de vie face au silence. Nous avons également observé que le lien qu'ils entretiennent avec ce silence semble évoluer favorablement au gré de leur expérience, comme nous le mentionnait Armand : « Plus j'avance dans ce métier-là, plus je suis à l'aise avec ça, mais au départ, c'est comme... Il fallait l'habiter le silence... » Des auteurs se sont penchés sur cet apprivoisement du silence, renforçant ainsi la confiance et le lien thérapeutique (Fauré et Allix, 2016). Laisser entrer le silence pourrait faire penser à une invitation pour intégrer l'idée de la mort et une manière, par ce silence, de s'y référer. Anne, quant à elle, conçoit qu'il faut revisiter son rapport au silence en contexte des soins palliatifs et se questionner sur comment on le porte, comment on l'habite et comment on l'offre. Il faudrait, selon elle, arriver à changer les connotations négatives que nous pouvons lui attribuer, car le silence est, à ses dires, un « allié précieux » au cœur de l'accompagnement. Rose, elle, perçoit dans le silence une opportunité d'apprentissage pour développer cette présence à soi-même, présence qui semble être, pour tous les participants, le berceau de l'accompagnement. Nous

retrouvons cette même idée chez Sapeta et Simoes (2018) ou encore chez Greenberg (2005), qui décrivent que ce contact avec le silence demande de s'élargir et de devenir ainsi « présence » pour l'autre.

### 5.3.1.2 Le silence comme obstacle

Selon le contexte, le rapport au silence peut susciter une certaine ambivalence. Il peut se présenter comme un obstacle pour les psychologues qui doivent apprendre à le tolérer. En effet, il est souvent ressenti comme non naturel, étant peu pris en considération dans notre société, comme le témoignait Armand qui rappelait la nécessité d'apprendre à accepter le silence dans un environnement saturé de « bruits et de paroles vides ». Maria rapportait qu'en début de carrière, elle pensait souvent à ce qu'elle « devait dire » sur le plan thérapeutique. Puis, avec l'expérience, elle a appris à « rester en silence » avec ses patients. Un autre obstacle qui a été soulevé est ce silence vécu comme malaise, soit devant l'incompréhension de ce que peut faire vivre la fin de vie ou encore face à l'altérité, cette incompréhension de l'autre, différent de soi – notamment en raison de la langue – qui, comme pour Anne, lui apparaissait en premier lieu être une barrière aux échanges. Cet obstacle que représente le silence peut également se transformer pour plusieurs en opportunité, car le silence offrirait cet avantage qu'est le « temps », permettant ainsi la possibilité d'un ajustement progressif.

L'enfermement des mourants dans un mutisme, réprimant une parole qui autrement chercherait à se libérer, serait également vécu comme un obstacle pour les psychologues. Cette charge dans le silence laisse souvent le psychologue impuissant (Ahya, 1999, Luguan, 2018), comme l'ont expérimenté Armand, Maria et Charlotte. Tandis que l'un se sert du malaise comme levier créatif, remarquant que même dans l'absence de parole, il existe un désir implicite de communiquer, les autres n'osent se risquer à trouver les mots justes, par crainte d'une parole creuse ou encore par simple manque de mots pour décrire tout ce qui peut se vivre intérieurement face au tragique de la mort. Chacun des participants rencontrés ont fait face, dans diverses situations, à ce malaise du silence devant la mort qui dépasse, qui fige et devant laquelle ils ne pouvaient trouver mots.

Le silence obstacle peut également se vivre sous l'impasse de « l'attente » et semble parfois contraindre le psychologue à faire preuve de patience. Comme le mentionne Maria, « l'attente »

est en opposition avec « les attentes » du milieu : « Surtout quand on a cette idée qu'il faut faire vite, de répondre à tous, qu'on a plein de patients dans notre liste d'attente... » Le silence en soins palliatifs semble inviter le psychologue à s'arrêter et prendre le temps de s'adapter à un nouveau rythme de l'espace-temps vécu par la personne en fin de vie, observation avancée par plusieurs auteurs (De Hennezel, 1994 ; Jankélévitch, 1966 ; Ricoeur, 1985).

### 5.3.1.3 Le silence comme seuil

D'un autre point de vue, le silence pourrait être vécu comme un seuil, un allié, un synonyme de possibilités, d'intimité et de prise de distance facilitant une compréhension. Tous les psychologues interrogés entretiennent ce rapport existentiel avec le silence, soulignant cette réalité fondamentale propre à l'expérience humaine. Anne voyait dans le silence une grande marque de respect face au mourant, exprimant sa manière de s'incliner dans le silence face à un acte qui dépasse les mots. Pour faire image, Armand comparait la chambre d'un mourant à un « sanctuaire », imposant un respect et une attitude nouvelle d'approcher un lieu, une autre réalité. Cette forme de retrait silencieux face à un moment considéré par le psychologue comme étant « sacré », révèle la présence d'un « seuil » à franchir entre deux mondes. Ce seuil, tel qu'élaboré par Jager (1996), notamment dans son article sur l'obstacle et le seuil, représente le passage entre deux réalités et incarne le processus de transsubstantiation permettant à l'objet, au lieu et au corps d'acquérir une signification symbolique et relationnelle. Dans cet ordre d'idées, Maria avançait que le silence lui semblait beaucoup plus « chargé » en contexte de fin de vie, car il devenait, à ses yeux, beaucoup plus important. Il ne revêt pas pour elle la même portée qu'au sein d'un discours courant. Elle recommande aux psychologues d'y accorder une attention particulière.

## 5.3.2 Les divers rôles du silence en soins palliatifs

### 5.3.2.1 Naviguer le silence entre accueil bienveillant et gestion de l'insupportable

Il y aurait plusieurs fonctions au silence dans le contexte des soins palliatifs, et un nombre considérable de ces « vocations du silence » se sont particulièrement distinguées à la lecture des entrevues : accueillir, contempler, créer de l'espace, donner du sens, faire émerger, gérer l'insupportable, permettre l'intimité avec l'autre, permettre l'intériorité avec soi-même, protéger, offrir une présence, offrir un soin, favoriser le détachement, de même que la réalité biologique qui

impose le silence. Nous explorerons d'abord les différents rôles que le silence peut jouer pour le thérapeute puis pour la personne en fin de vie, avant de nous intéresser à sa fonction au cœur de la relation.

#### 5.3.2.1.1 Pour le psychologue

Pour le psychologue en soin palliatifs, le thème de la « présence » au sein du silence émerge comme étant particulièrement significatif. Il s'agit d'une présence à soi et à l'autre, une présence silencieuse qui permet de respecter le mourant dans toute sa vulnérabilité, d'accueillir son vécu sans rien imposer et d'offrir un espace d'intimité profonde. Un deuxième thème s'étant démarqué est celui du silence envisagé comme soin, une approche thérapeutique en soi. Pour les participants, le silence ne se limite pas à l'absence de parole, mais se transforme en une intervention subtile, permettant à la personne en fin de vie d'habiter pleinement son expérience en trouvant un apaisement par la présence du thérapeute.

#### La présence à soi et à l'autre

D'après Buber (1958, cité dans Geller et Greenberg, 2005), « toute vie authentique est rencontre » (p.11), et c'est de cette rencontre, où deux individus se rendent pleinement présents l'un à l'autre, que peut naître la guérison. Il explique que lorsque nous sommes véritablement présents, nous « sacralisons la vie quotidienne » (Buber, 1958, p.11). Plusieurs chercheurs et thérapeutes ont écrit sur l'importance de la « présence » au sein de la relation thérapeutique (Bugental, 1989, Hickner, 1991, Pearls, 1951, Rogers, 1980). Dans le contexte des soins palliatifs, De Hennezel (1994) insiste sur la nécessité et la qualité de la présence de l'accompagnement comme facteur essentiel pour créer autour de la personne l'espace-temps favorisant le dernier travail intérieur. En ce sens, Aouara (2015) s'est proposée d'exposer et d'analyser l'attitude de présence silencieuse du soignant auprès des patients en fin de vie, en soulignant toute son importance. Lors de nos échanges avec les participants, Armand nous parlait de « la présence dans le silence » comme d'une attention intuitive qui permet de « capter ce qui se passe » et d'intervenir de manière ajustée selon les besoins. Maria, quant à elle, faisait référence à tous ces petits gestes faits en silence, qui peuvent paraître banals mais qui offrent beaucoup de réconfort par la seule présence du thérapeute : « Parfois c'est en faisant des petits soins que ça montre qu'il y a quelqu'un de présent, qui pense à eux, même s'ils ne communiquent pas. » Comme mentionné plus haut, elle prendra le temps de s'asseoir aux côtés

de la personne en fin de vie et de lui offrir une présence pleine et attentive. Ceci est évoqué par Anne, qui a partagé avec nous ce moment fort de sa pratique où elle a demandé à sa patiente si la vie a encore du sens à ce stade et que la dame lui a répondu « Mais, voyons donc! regardez, je respire ». Et elle de poursuivre : « La présence, on était en présence... seulement. Dans les derniers souffles de l'une et dans un souffle qui va continuer avec l'autre, mais... c'est une scène forte ».

Le silence devient ainsi cet espace pour se rendre disponible à l'autre, en offrant une présence attentive et respectueuse.

### Le silence comme approche thérapeutique

Pour les psychologues rencontrés, le silence peut également être considéré comme une forme d'intervention, désignée comme un « soin » dans la littérature (Aouara, 2015 ; Planchin, 2016). Le silence y est décrit comme un réel soin relationnel en fin de vie. Les auteurs cités parlent d'ailleurs d'une présence et d'un silence « plein » qui pourrait apporter un apaisement chez le patient.

Plusieurs psychologues rencontrés ont témoigné de ce silence vécu comme un soin : « Je trouve que le silence devient un soin. Ça devient un genre de soin d'accompagnement juste le fait de savoir qu'il y a quelqu'un qui est présent, qui s'assoit aux côtés de la personne, sans parler, sans juger » (Maria)

Anne avait partagé avec nous cette réflexion que, devant l'accueil d'une parole qui raisonne mais qui ne trouve pas de réponse en retour, elle installera délibérément le silence dans une visée de « porter tranquillement les mots ». Elle exprimait que, dans ce contexte, lorsqu'elle imposait volontairement le silence, il devenait thérapeutique : « En soins palliatifs, je trouve que le silence est un soin... et une intervention. » Pour Rose, bien qu'elle ait partagé que le silence pouvait être perçu comme une forme de soin en soi, c'est à travers le toucher, dans un moment de silence, que ce soin se manifeste véritablement : « C'est sûr que si je pense à quelqu'un qui ne parle pas beaucoup bien si je lui prends la main puis il y a du silence, bien on peut dire que là il y a un soin. »

### 5.3.2.2 Pour le patient en fin de vie

Suivant leurs observations et se plaçant ainsi du point de vue du mourant, les psychologues ont pu nommer plusieurs aspects du silence associés à la réalité du mourir. Qu'ils soient associés à l'intériorité, au détachement, à la protection (secret), à l'enfermement, au repli sur soi, ou encore à la réalité biologique d'un corps qui se fatigue et s'abîme, le silence occupe chaque fois, selon eux, une fonction bien particulière.

#### Intériorité

Le silence favoriserait les moments d'intériorité pour la personne au seuil de la mort. Pour Bachelard (1960) dans *Poétique de la rêverie*, le silence semble propice à cette émergence d'un espace de l'imaginaire, un état d'intériorité féminine et fertile où l'être est amené à déployer ses pensées librement. Pour Quintin (2014), il y a de ces moments où le mourant doit être « présent à soi, afin de permettre de lier son passé et son avenir » (p.10). La mort peut être perçue comme un bris dans la continuité d'être. Cependant, l'humain cherchera constamment à donner du sens, à lier pour se sentir exister. Quintin (2014) parle de cette intériorité comme espace nécessaire pour « redonner une continuité à ce moment de vie fragmenté », et il serait important de favoriser et de « mettre en œuvre la rencontre avec soi » (p.11). Lorsque le mourant entre en intimité avec lui-même, en silence, le psychologue est amené à respecter ce retrait du monde, à accompagner ce qui « dépasse les mots », comme le mentionnait Anne. Toutefois, le thérapeute doit porter attention à l'agitation intérieure et aux manifestations d'angoisses face au travail psychique du mourir. Pour Maria, ce silence de paix intérieure était associé à tout le processus de détachement, au travail psychologique fait à travers l'accompagnement. Cela permet au mourant d'accéder à « une autre zone » (Maria) et d'habiter autrement les moments de silence. De Hennezel (1994) nous renseigne sur la valence positive d'un tel travail, qui serait pour le mourant une chance de transformation, de maturation, une croissance, un développement, une possibilité de se réaliser pleinement, une aventure, allant jusqu'à un éveil à la spiritualité. Elle décrira les activités d'observation tournée vers soi qui peuvent être accomplies et qui sont nécessaires à la déliaison d'avec ses objets investis : assimilation de ce qui n'a pas pu l'être, résolution de situations inachevées, émergence et expression d'émotions refoulées.

#### Le détachement

Dans la continuité d'un travail d'intériorité par le silence, comme nous l'avons mentionné, la question du détachement s'est imposée dans plusieurs témoignages et semble faciliter l'acceptation de la mort. Rose mentionnait que ce qu'elle pouvait observer chez les mourants était leur difficulté à se séparer de leurs proches, de ne plus pouvoir communiquer avec eux par la parole. Dans ces cas, cette prise de distance aux confins du silence ne serait pas de l'indifférence face au monde qui entoure, mais plutôt un travail d'acceptation de ce qui est ; le signe d'une préparation à la mort qui arrive. Nous pouvons penser que, pour entrer en dialogue avec la mort, nous avons besoin de temps et de distance.

Le silence du mourant peut donner cette impression d'une perte de contact avec l'entourage, mais comme il a été mentionné à plusieurs reprises, il y a une part « d'involontaire » dans ce silence. Nous pouvons être amené à penser que cette rupture, ce détachement de la vie active environnante, prépare tranquillement aux adieux. Imara (1977), ayant contribué à l'ouvrage de Kubler-Ross *La mort, dernière étape de la croissance*, décrit bien ce passage vers la mort en tant que « séparation ultime », la plus grande de nos pertes, qui nous sépare de nous-même et de ceux que nous aimons (p.195). Ce mouvement de détachement, d'un retrait dans le silence, semble l'un des signes d'une préparation à la mort. Plusieurs auteurs (Byok, 2002 ; Halifax, 1997 ; de Hennezel, 1994 ; Kubler-Ross, 1977 ; Saunders, 1995) ont réfléchi à ce qu'engagent ces enjeux psychiques reliés au détachement, qui doit se faire sur plusieurs plans, soit au niveau émotionnel, matériel et relationnel. Par cette démarche progressive, il semble y avoir une recherche de paix intérieure pour le mourant, une forme d'acceptation face à la mort.

### Repli sur soi (enfermement)

Rose, Maria et Armand ont mentionné avoir été appelé auprès de patients dits « difficiles », considérés non collaboratifs par les autres corps de métiers, et pouvant même devenir agressifs. Dans ces cas, le silence a été décrit comme évocateur d'un enfermement, d'une détresse intérieure. La colère et la confrontation à la maladie peuvent s'avérer très difficiles pour certains, infligeant promptement de nombreux deuils. Le repli sur soi serait donc associé à une souffrance qui rétrécit le champ de conscience et coupe le mourant du monde relationnel. Le psychologue doit donc être à l'écoute du sens que prend ce silence pour le mourant, observer si le silence est associé à un sentiment de paix ou d'agitation intérieure : « Dès fois la personne n'ose pas nommer ce qu'elle

pense, elle n'ose pas reconnaître qu'elle est fâchée, que son silence cache une colère ou une honte... Je vais laisser un temps pour le silence, puis je vais aller chercher le sens du silence, pour faire un espace d'ouverture. » (Rose)

### Réalité biologique

Pour Armand, Anne, Maria et Rose, le silence s'impose de lui-même en fin de vie et est perçu comme un phénomène organique, une réalité biologique chez le mourant. Le silence serait ici en lien étroit avec la réalité d'un corps qui perd de plus en plus ses capacités (Cohen-Mansfield et al., 2018). La respiration et les temps de silences prolongés s'ajusteraient au rythme et selon les besoins de chacun. Comme le mentionnait Rose « le corps sait mourir... comme si le corps le savait, avant la conscience ». Elle le nomme comme étant la part « involontaire » en soi. Armand nous parle quant à lui du déclin cognitif, qui impose plusieurs temps d'arrêt. La personne en fin de vie prendrait plus de temps avant de répondre ou encore se fatiguerait plus rapidement. Armand faisait référence à un « silence qui s'inscrit lui-même dans l'état des choses parce que la vie est en train de s'en aller et que le cerveau est moins vite. » Maria remarque, quant à elle, la gestion par le mourant du grand manque d'énergie par des périodes de silence.

#### 5.3.2.3 Le silence au sein de la relation

Le silence semble créer de l'espace et faire émerger une co-présence entre le mourant et le thérapeute. Les participants rencontrés cherchaient à faire sens de ce silence partagé. Parfois face au malaise (Charlotte) et au sentiment d'impuissance (Maria), le silence semblait s'installer tout naturellement, offrant cette ouverture d'une présence pour l'autre et d'un lieu invitant au recueillement et à l'expression des émotions.

### Cet espace du silence

Les témoignages ont montré que le silence prolongé semblait « ébranler » la fragilité de l'être. Dans les soins palliatifs, nous retrouvons cette réalité où la temporalité vécue de ces silences paraît déstabiliser la convention de ce que serait un silence « tolérable ». C'est ce que nous avons vu avec Charlotte, lorsqu'elle se réfère au « petit *timer* intérieur » que nous portons tous et qui nous indique le seuil de notre tolérance face au moment de silence selon le contexte. Le silence prolongé entre

les êtres a été décrit comme une expérience peu naturelle pour les participants ; tous ayant dû apprivoiser ces moments. Pourtant, lorsque nous nous référons au domaine des arts, le temps du silence y est toujours considéré et une place lui est accordée au préalable, comme en dramaturgie et en musique. Dans l'œuvre théâtrale, les silences sont indiqués entre parenthèses. Plus subjectivement qu'en musique, la durée d'un silence différera selon les choix esthétiques (long silence...), mais quelle est la durée d'un long silence ? Dans son œuvre *Intérieur*, Maeterlinck (1894), dramaturge et littéraire Belge, a poussé à l'extrême cette notion de silence au sein de son œuvre. Il souhaitait ainsi dépasser la temporalité acceptable d'un silence afin qu'une réalité endormie puisse enfin se révéler au grand jour.

Le silence fait « émerger le temps » comme le soulignait Armand. Le silence permet de créer cet espace et de « faire apparaître » ce qui souhaite être. « Le silence produit un déplacement, un écart. Or, tout écart est une durée. Toute possibilité se déploie avant tout dans la conscience du temps. » (Aithamon, 2018, p. 28)

Armand, Maria, Anne et Rose nous ont tous indiqué entrer en contact par le silence, permettant ainsi le recul et l'ouverture pour saisir le besoin de l'autre, offrir une présence à l'autre. Comme le mentionne Quintin (2014), c'est la qualité de présence et par résonance qu'on peut donner vie, dans le soin, aux questions de vie et de mort. L'expérience leur montre qu'il suffit d'être dans le moment présent avec la personne en fin de vie et de faire le vide, ne pas être dans son univers à soi. Pour ces participants, l'attente dans le silence permet de suivre les réels besoins du mourant. Cela semble également les rassurer, en enlevant cette pression de devoir « faire » quelque chose.

Une fois que ce temps du silence est installé, il favoriserait, pour Armand et Maria, l'émergence et l'accueil des émotions. Cette expérience a également été rapportée par Anne lorsqu'elle nous parlait d'une rencontre où le silence remplissait l'espace de la relation :

Je me suis rapprochée, j'ai pris le livre puis j'ai dit... On va regarder le livre ensemble...  
Et évidemment on a fait ça en silence, puis il a éclaté, il a éclaté... Il n'a jamais autant pleuré...

Rose a également mentionné que le silence pouvait favoriser l'émergence de l'affect :

Parfois le silence fait monter l'émotion en eux. Dès fois le silence vient, la personne s'arrête, on voit bien que l'émotion monte et j'essaie juste de favoriser l'expression de l'émotion.

Le silence dans la relation semble donc fournir l'espace nécessaire pour accueillir le monde affectif du patient.

### 5.3.3 Silence et communication

« *Si nous sommes bruyants, c'est bien que nous vivons* » Le Breton, 2015, p. 114.

Dans le contexte des dernières paroles du mourant, le silence peut parfois être perçu comme un frein à l'échange, comme nous l'avons observé avec Anne, qui a souvent été confrontée à la barrière de la langue et à l'impossibilité de communiquer avec les mots. Le silence s'installe alors comme une présence imposante, bienvenue ou non. Ce silence, loin d'être une absence de communication, devient au contraire un espace où se joue une multitude de significations. Il peut aussi agir comme un vecteur de rupture, marquant la fin d'un échange verbal, ou bien comme un support d'interprétation, où l'autre tente de saisir ce que les mots ne peuvent plus exprimer. Dans certains cas, il se transforme en un mode d'expression à part entière, que ce soit à l'aide du toucher, la simple présence, ou à travers un regard échangé. Ce passage subtil entre se taire et faire silence, ce moment où l'on choisit consciemment de ne plus parler ou de laisser place à une forme de silence actif, confère à ce dernier une place centrale dans le processus de communication, surtout dans un contexte aussi chargé émotionnellement que celui des soins palliatifs. Le silence, loin de n'être qu'une simple absence, devient ainsi un langage à part entière, porteur de sens, d'émotions, et de connexions profondes.

#### 5.3.3.1 La potentialité dans le creux du silence

Lorsque nous pensons à la communication entre les êtres, la parole y est tout naturellement associée. Inversement, le silence réfère souvent à la mort, au non-être. Pourtant, ce nada du silence n'a rien de non-organique. Comme le décrit Bertrand (2014) : « Le rien ou le vide sont la dimension même du surgissement des événements, l'ouvert dans lequel ils adviennent » (p.201). Si nous nous référons à une herméneutique du langage, nous pourrions également être confrontée à une parole sans vie, un silence des mots, cette ombre des mots, décrite par plusieurs psychologues interrogés

dans le cadre de cet essai, qui témoigne de la limite du langage dans le cadre des soins palliatifs. Souvent, les mots deviennent accessoires, ne pouvant rendre justice à la complexité d'une expérience. Les mots perdent leur sens, ils cherchent à remplir du vide ou encore peuvent créer un décalage entre ce qui est dit et vécu (Merleau-Ponty, 1985 ; Sartre, 1943). Nous avons pu constater que plusieurs participants, dans un contexte d'accompagnement en fin de vie, restent en silence par choix. Comme le mentionne Suntag (1969) : « Le silence est une dialectique de l'expérience, un mode de savoir particulier qui reflète le monde situé tout en donnant à voir les possibilités d'un devenir émergent de cette situation ; il « maintient les choses « ouvertes » (p.20). Cette subtilité est mise à l'œuvre entre *silare* et *tacere*. Étymologiquement, les racines du mot « silence » se distinguent par ces deux termes s'y rapportant, soit *silare* (faire silence) et *tacere* (se taire). Dans le premier cas, le faire silence serait plutôt de l'ordre d'un silence réfléchissant. En ce sens, il est impératif de faire silence pour écouter ce qui se manifeste autour de soi, tel que rapporté par tous les participants de cette étude. Ce silence appellerait donc à une ouverture de l'espace intérieur, comme mentionné plus haut. Dans le deuxième cas, celui de *tacere*, nous serions devant un silence qui renferme quelque chose de manifeste, de chargé, mais face auquel nous décidons, volontairement ou non, de « taire ». Pour faire image, nous pouvons nous référer à l'expression « passer sous silence. » Ici, le silence est actif et renferme une parole qui voudrait s'aventurer, mais qui se retrouve enterrée vivante entre les êtres. Armand est le seul participant à avoir fait mention du silence de la confidentialité. Il se présentait tel un « cimetière vivant » renfermant des histoires toujours vivantes, mais tuées par le secret professionnel. Sous cette forme, comme le dit Perruchot (1966), « le silence est toujours adressé, comme l'est aussi le langage, mais sans qu'il puisse saisir un destinataire » (p.116).

### 5.3.3.2 La multiplicité du sens dans le silence

Comme nous l'avons soulevé à plusieurs reprises, le silence interpelle une herméneutique – « Le silence est une modalité du sens » (Le Breton p.150) – et doit chaque fois être interprété. À travers les entrevues, nous avons pu constater que les psychologues sont constamment amenés à interroger le silence et à y donner un sens, à en faire quelque chose, à le transformer. Armand soulignait : « Je tricote avec ce que le silence peut engendrer. » Que ce soit en entrant dans un lieu, en observant une dynamique familiale, en adoptant leur capacité autoréflexive ou en qualifiant leur contre-transfert, l'ajustement du soin en contexte de soins palliatifs repose sur plusieurs dimensions qui

engagent une juste interprétation du silence. Selon Maria, notre interprétation du silence est également influencée par nos expériences relationnelles passées. Le silence devient donc ce terreau prêt à accueillir les projections de tous, selon ce à quoi il réfère pour chacun. Pour elle, il est essentiel d'être attentif à la façon dont le silence s'inscrit au cœur de la communication.

#### 5.3.3.3 La fertilité dans la parenthèse du silence

Dans l'écriture musicale, le silence fait partie intégrante de l'œuvre, le soupir a une valeur, une présence qui laisse une empreinte. Sa place est inscrite et se mesure. Comme le décrit Jankelevitch dans son essai *La musique et l'ineffable* (1983), le silence adopte cette posture où le « ne pas dire » est beaucoup plus puissant que le « tout dire » ; le silence est « la fermentation de la pensée » (Anne), il laisse place à l'imaginaire. Ce sont les mots choisis par Anne pour décrire que dans ses échanges avec les personnes en fin de vie, dans cette présence de l'un face à l'autre, le silence fait place aux images, habité par la rêverie de l'un et de l'autre : « Avec le silence, il y a des images fortes, c'est ça qui reste... Ce sont les images fortes et l'ambiance qui restent. » Elle témoigne également qu'en soins palliatifs, il y a cette notion de « découverte » avec l'autre du silence. Ce point a également été souligné par Maria et Rose.

#### 5.3.3.4 Parler, se taire ou faire silence

Ce choix entre dire ou faire silence est central dans l'accompagnement thérapeutique. La parole permet, entre autres, d'entrer en dialogue, d'explicitier, de favoriser une compréhension mutuelle et d'apaiser. Se taire permet de se retirer subtilement, prendre du recul afin de saisir le réel besoin du patient. Il donne ce temps de réajustement pour trouver une parole qui saura apaiser, contenir, sans brusquer ou faire effraction. Faire silence permet de laisser l'espace à l'autre pour accueillir pleinement l'instant, sans intervention immédiate. À travers les récits, nous avons été à même d'observer que chaque moment demande un discernement intuitif de ce qui est approprié pour le patient au sein de la dynamique relationnelle actuelle. Armand improvisait des mots universels pour contrer, pour apaiser ce qui lui paraissait comme une lourdeur dans certains silences. Face à son impuissance devant le tragique de la mort, par « manque de mots », Maria et Charlotte ont préféré, plus souvent qu'autrement, faire silence. Anne, a choisi de laisser la place au silence comme prolongement de ce qui est ressenti entre le psychologue et son patient, remarquant que ce

prolongement du non-verbal peut ouvrir des portes vers des dimensions plus subtiles de l'expérience humaine.

#### 5.3.3.5 Paroles et transmission

Nous avons parlé de ces attentes implicites que les gens possèdent face aux mourants, de ce souhait de recevoir « les dernières » paroles d'un être qui nous est cher. De Montigny (2004) renvoie à l'importance de ces dernières paroles qui sont une manière de faire la paix : elle mentionne que le travail clinique démontre clairement que la cueillette des dernières « bonnes paroles » lance le survivant sur la piste d'un deuil surmontable, alors que le rappel des conflits relationnels restés en suspens ou dans une parole « manquée » entraînerait au contraire un deuil complexe, compliqué, parfois infranchissable. Les psychologues rencontrés s'entendent tous concernant l'importance des derniers moments avec les proches et des adieux paisibles du mourant se frayant un chemin dans la sérénité du moment, tel un baume sur la conscience des survivants. Or, cette mort dite « romantique » se présente rarement ainsi. L'imaginaire collectif crée une attente et, comme le mentionne Maria, c'est toute la question de la transmission et de l'héritage qui est en jeu. Chacun des participants a dû faire face à cette expérience de l'abrupte du mourir. Une mort soudaine, tragique par accident (Charlotte), un patient qui part en colère, une dame qui refuse de voir ses proches (Anne), une famille dans l'attente d'un legs qui n'arrive pas (Maria). Pour Armand, c'est la question du temps offert en cadeau (comme dans les cas de cancer ou d'aide médicale à mourir) qui permet le cheminement, lors de conflits intrafamiliaux, permettant de faire de véritables adieux.

#### 5.3.4 Silence, soins palliatifs et milieu hospitalier

« Dans le milieu où je travaille...disons, quelle place on accorde au silence? Excellent!  
[rires] Ha! [rires] Il n'y en a pas... » (Charlotte)

Le milieu dans lequel les psychologues exercent semble également avoir une incidence sur la place que le silence peut occuper et influencer la disposition intérieure des intervenants face à ce silence.

#### 5.3.4.1 Les soins intensifs de fin de vie

À plusieurs reprises, nous avons fait appel à ce qu'inflige la modernité, en évoquant cette image de notre société qui « court-circuite les exigences psychiques » (Des Aulniers, 1997, p.201) concernant notre manière de composer avec la question du mourir aujourd'hui. Une des participantes (Charlotte) employait la phrase des « soins intensifs de fin de vie » pour décrire le tumulte dans lequel elle se trouvait à l'hôpital. Elle rapportait avoir cette impression « d'être à la guerre », de se sentir dans une « ruche ». Le va-et-vient incessant, la rapidité avec laquelle les gens décédaient, le manque de temps et d'espace adéquats lui donnaient cette impression de courir sans parvenir à effectuer son travail : « On est surstimulés puis on n'a pas la place pour s'asseoir, se déposer puis réfléchir dans le calme et le silence » (Charlotte). Armand se référait à l'image des « portes-tournantes » pour illustrer cette rapidité et ce changement incessant vécu à l'hôpital ; contexte qui, selon lui, ne se prête pas à la réalité des soins palliatifs. Maria, elle, semblait vivre une autre réalité : elle observait un réel respect du silence dans son milieu. Elle évoquait le terme de cohabitation avec l'univers hospitalier bruyant : malgré les chariots, les changements de quart de travail, les machines, il y avait toujours ce souci de l'ambiance paisible des lieux et dans le respect du confort du patient. Anne nous a dit avoir quitté le milieu hospitalier, car elle ne se sentait plus capable d'exercer son métier dans ce contexte, partageant cette image de son lieu d'emploi qui devenait comme un aéroport à ses yeux, où il y avait absence d'intimité.

#### 5.3.4.2 La place du psychologue en unité de soins palliatifs

Deux participants notent un changement de l'implication du psychologue en unité de soins palliatifs à travers le temps. Le contexte des soins s'est transformé et plusieurs (Armand, Anne et Charlotte) témoignent d'une insatisfaction pour le psychologue :

Tu sais des fois, même le mot « accompagnement » tu sais je me questionne mon dieu, qu'est-ce que je fais? Tu sais il y a vraiment une remise en question, c'est tu vraiment ça? Tu sais ça fait aucun sens...[rires].

Il semble également y avoir une certaine difficulté à trouver sa place, comme l'a mentionné Charlotte, qui disait ne plus savoir où se trouvait sa place dans toute cette transformation des soins palliatifs en milieu hospitalier, si loin de ce qu'on lui avait enseigné dans les livres. Elle va jusqu'à

questionner son avenir en tant que psychologue dans de telles conditions. Armand nous parlait du fait qu'il voyait sa profession se transformer et se questionnait sur la précipitation de sa retraite. Il faisait mention de moins en moins d'expériences au chevet du mourant, de la perte du toucher depuis la pandémie de COVID-19, une expérience, à ses dires, de proximité et de présence rassurante pour le mourant. Selon Anne, la profession de psychologue en soins palliatifs s'est médicalisée, et les psychologues n'ont pas pu préserver une place qui leur est particulière. Elle nous a partagé cette idée de « résistance » avec cette visée de poursuivre à humaniser les soins palliatifs.

## CONCLUSION

Savoir écouter le silence pour en faire apparaître le sens.

S'intéresser à l'expérience du silence chez les psychologues dans le contexte des soins palliatifs nous a permis d'explorer une dimension de la rencontre qui semble échapper aux pratiques actuelles et qui suscite encore beaucoup d'interrogations, comme nous avons pu le constater au fil de nos lectures et à travers l'analyse de nos entretiens.

Avec cet essai, nous avons offert un espace de parole aux psychologues afin qu'ils puissent témoigner de leur expérience en contexte de soins palliatifs auprès de personnes en fin de vie, enrichissant, par leurs propos, cette expérience bien singulière qu'est celle d'accompagner vers la mort.

Dans cette tradition « humaniste » des sciences humaines, nous avons fait ce choix de prendre le chemin de la démarche phénoménologique et herméneutique. Celle-ci nous a permis de nous « approcher » du phénomène du silence et d'entrer en relation avec le monde de l'autre tel qu'il s'est présenté à nous, à travers une expérience dialogique, sensible, inductive, intuitive et itérative dans notre lien aux paroles recueillies.

Nous avons pu observer que le psychologue accompagnant les personnes en fin de vie est confronté à la profondeur de ces moments silencieux, révélant souvent bien plus que les mots ne pourraient le faire. Le silence a été vécu ou perçu à la fois comme une ouverture vers l'intimité du mourant, un obstacle à la rencontre ou encore comme un miroir des enjeux existentiels et spirituels liés à la fin de vie. Au-delà de la parole, le silence offrait cette opportunité de rencontrer l'autre dans son entièreté, d'accompagner les rythmes de l'expression verbale et non verbale ainsi que de soutenir un processus intérieur de déliaison et de détachement. En ce sens, le silence n'était pas présenté comme une absence, mais bien comme une forme de présence partagée, une manière d'être en relation avec l'autre, de manière plus authentique.

Ainsi, pour le psychologue, l'enjeu résiderait dans cette capacité à accompagner cette expérience du silence, sans chercher à combler cet espace, et à reconnaître sa duplicité, apaisante ou angoissante, tout en respectant la singularité de chaque mourant dans ce passage ultime.

Cette recherche présente à la fois des limites et des apports importants. Plusieurs limites peuvent être observées dans le cadre de cet essai. Malgré la richesse des réponses obtenues lors de nos entretiens, nous soulevons la petite taille de l'échantillon (5 participants). Ainsi, bien que notre échantillon soit représentatif de la réalité que nous retrouvons sur le terrain (au Québec, la majorité des psychologues en soins palliatifs sont des femmes (Khanam, Langevin et al., 2022)) et qu'il représente diverses catégories d'âges et d'expériences professionnelles variées, nous n'avons pu recueillir le témoignage que d'un seul homme pour quatre femmes, et tous étaient caucasiens, habitant la région métropolitaine, nous privant ainsi de plusieurs voix susceptibles d'ouvrir le champ de notre rapport au silence, certainement influencé par notre culture. De plus, l'expérience rapportée est unilatérale et soustrait l'accès à l'expérience des personnes en fin de vie, qui aurait certainement offert un portrait plus juste et approfondi de l'expérience du silence dans la relation thérapeutique. Il serait fort intéressant d'explorer cette perspective à travers des recherches ultérieures. Il est aussi pertinent de noter qu'une des participantes a refusé l'enregistrement audio de ses réponses pour des raisons personnelles, réduisant ainsi l'accès à toute la richesse de son entretien, bien que nous ayons pris grand soin de retranscrire manuellement et le plus fidèlement possible l'essentiel de ses propos. Notons également que les milieux et le contexte de pratiques n'ont pas été suffisamment définis ni précisés dans les critères d'inclusion, ce qui limite la portée des résultats dans des situations variées. Nous croyons cependant que cette recherche apporte une contribution précieuse, notamment pour les cliniciens. Elle offre un accès à une réalité subtile et nuancée du contexte relationnel en soins palliatifs, un domaine où l'on retrouve souvent des enjeux complexes. Cet essai nous a permis de mieux comprendre les dynamiques du silence au sein de la relation thérapeutique et permettra ainsi d'enrichir les pratiques professionnelles dans ce contexte particulier des soins de fin de vie.

En conclusion, ce travail intérieur autour de l'expérience du silence, tant pour le professionnel que pour la personne en fin de vie, invite à une redécouverte du sens de la mort comme un événement existentiel, où l'être prime sur le faire. Dans ce contexte, le silence devient un espace de rencontre authentique, où l'écoute silencieuse permet d'établir une relation profonde et intime. Ce silence,

loin d'être une absence, se révèle être un moyen puissant de communication, offrant au soignant la possibilité de se connecter véritablement à la personne en fin de vie, où l'écoute silencieuse peut devenir le lieu d'une véritable rencontre.

*...le silence.*

**ANNEXE A**  
**CANEVAS D'ENTRETIEN**

***L'expérience du silence chez les psychologues en contexte de soins palliatifs auprès de personnes en fin de vie.***

Nous cherchons à mieux comprendre le phénomène du silence en contexte d'accompagnement au sein des unités de soins palliatifs. Plusieurs dimensions du silence seront interrogées, afin de voir quelles sont les représentations, les sensations et la place qu'occupe le silence pour les psychologues dans un tel contexte.

**1-Qu'est-ce qui vous vient spontanément à l'esprit lorsque vous pensez au mot *Silence*?**

**2-Comment vivez-vous les moments de silence dans le cadre de votre travail? Y-a-t-il un exemple qui vous vient en tête?**

**3-Quelle est votre expérience du silence lorsque vous accompagnez un mourant?**

-Comment le vivez-vous (comment expérimentez-vous le silence) ?

**4-Avez-vous l'impression que le silence diffère en contexte d'accompagnement vers la mort par rapport à vos rencontres dans un autre contexte que celui des soins palliatifs?**

**5-Croyez-vous que le silence ait une fonction en contexte de fin de vie? Pourriez-vous expliquer (ou justifier) votre réponse ?**

**6-Le silence est-il un outil pour vous dans la relation thérapeutique? Si oui, pourriez-vous me décrire ce que vous en faites?**

**7-** Selon vous, quelle place accorde-t-on au silence dans le milieu où vous travaillez?

-Quelles sont vos impressions générales sur l'accompagnement en fin de vie au sein des unités de soins en milieu hospitalier?

**8-** Voyez-vous des liens entre votre approche et votre vision du silence en thérapie?

**9-** Selon-vous, le silence est-t-il nécessaire en soins de fin de vie?

**10-** Dans votre travail, comment garder un équilibre entre ce qui est plus lié à soutenir ce qui est vivant chez la personne et ce qui en fait une personne qui se rapproche de la mort?

Avant de terminer, avez-vous quelque chose à ajouter?

Merci beaucoup pour votre temps, votre contribution est très appréciée.

**ANNEXE B**  
**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

**Titre de la recherche : L'expérience du silence chez les psychologues en contexte de soins palliatifs auprès de personnes en fin de vie.**

IDENTIFICATION :

Chercheur(e) responsable du projet : Gabrielle Poulin, B.A.  
Tél : (524) 588-7712  
Département de psychologie  
Université du Québec à Montréal  
Poulin.gabrielle.courrier.uqam.ca

INTRODUCTION

Vous êtes invités à participer à un projet de recherche qui vise à mieux comprendre le phénomène du silence en contexte d'accompagnement au sein des unités de soins palliatifs. Veuillez prendre le temps de lire attentivement et de bien comprendre les renseignements ci-dessous. Si vous choisissez de participer à ce projet de recherche, nous vous demanderons de signer ce formulaire de consentement.

Nous vous encourageons à poser toutes les questions que vous avez à la chercheuse responsable du projet. S'il y a des mots ou des sections qui ne sont pas claires pour vous, n'hésitez pas à poser des questions.

## NATURE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

L'objectif principal de cette recherche est de mieux comprendre l'expérience du silence des psychologues en contexte d'accompagnement en fin de vie. Nous souhaiterions explorer divers aspects de cette expérience. Nous cherchons à mieux comprendre quelles sont les représentations, les sensations et la place qu'occupe le silence pour les psychologues dans un tel contexte.

Pour atteindre ces objectifs, nous désirons interviewer cinq psychologues œuvrant en unité de soins palliatifs. Nous recherchons des psychologues travaillant en milieu hospitalier et ayant accompagné au moins une personne à divers moments du processus vers la mort. Nous espérons qu'avec votre participation, nous pourrions mieux comprendre les enjeux entourant la question du silence à l'approche de la mort et ainsi aider toute personne engagée dans le processus du mourir aujourd'hui.

## DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Nous vous inviterons à participer à deux entrevues à questions ouvertes, avec un intervalle de trois semaines entre les deux entretiens et à répondre à un bref questionnaire sociodémographique. Les deux entrevues seront d'une durée variable (environ 60 minutes) et seront menées au moment et dans le lieu de votre choix ou par visio-conférence. Nous souhaitons obtenir votre permission pour pouvoir enregistrer l'entrevue afin de nous assurer de bien saisir vos pensées et expériences formulées dans vos propres mots. Néanmoins, vous avez le droit de refuser l'enregistrement de l'entrevue.

**COVID-19** Advenant que les mesures sanitaires perdurent au moment du recrutement, une possibilité de faire l'entrevue par téléphone ou via une plateforme web sécurisée (Zoom) sera proposée. La signature électronique du présent document ou un consentement verbal sera alors demandé et enregistré séparément de l'entretien.

Au cours de cette entrevue, nous désirons explorer les thématiques suivantes avec vous :

- 1) Le silence
- 2) Le travail d'accompagnement en unité de soins palliatifs.
- 3) La communication en fin de vie

## RISQUES, INCONVÉNIENTS ET DÉSAVANTAGES RELIÉS À LA PARTICIPATION À LA RECHERCHE

Nous allons aborder votre expérience du silence en contexte des soins palliatifs. Nous ne croyons pas qu'il y ait d'inconvénient à participer à cette étude. Cependant, la mort étant un sujet sensible, il se peut que certaines questions fassent émerger un certain inconfort voire un sentiment de vulnérabilité.

Advenant le cas où des questions vous feraient vivre des émotions difficiles, vous seriez libre de mettre fin à l'entretien en tout temps.

## BÉNÉFICES POTENTIELS RELIÉS À LA PARTICIPATION À LA RECHERCHE

Votre participation à cette recherche est une occasion de partager votre expérience et offre cette possibilité d'élargir votre compréhension d'un phénomène peu exploré.

Sur un plan plus global, votre participation pourrait nous aider à mieux comprendre le phénomène du silence en contexte des soins palliatifs afin de développer des pistes d'interventions pertinentes et adaptées.

## CONFIDENTIALITÉ :

Dans le cadre de cette recherche, nous recueillerons des informations personnelles (c'est à dire des informations qui permettent de vous identifier). Afin de protéger votre vie privée, toutes les informations recueillies demeureront confidentielles dans les limites prévues par la loi.

Pour garder votre information privée, vous serez identifié par un code et un pseudonyme, et la clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse principale.

Suivant la passation de l'entrevue, si vous acceptez son enregistrement audio, une transcription de la rencontre sera rédigée à des fins d'analyse par la chercheuse de cet essai. Vous avez le droit de réviser, corriger ou supprimer certaines ou toutes transcriptions ou informations fournies.

De plus, lors de publications, nous vous identifierons par un pseudonyme (un nom utilisé à la place de votre vrai nom). Si nous utilisons des citations directes, les informations personnelles que vous fournissez seront modifiées pour vous protéger. Dites à la chercheuse principale ou à ses assistants de recherche si vous ne voulez pas qu'ils incluent certaines informations que vous leur avez données et ils les élimineront.

Sachez que tous les renseignements permettant de vous identifier seront conservés au bureau de la chercheuse principale, sous clé. Un système de protection double a été mis en place, c'est-à-dire que les informations numérisées seront conservées dans un ordinateur et dans un fichier, tous deux protégés par un mot de passe et les informations format papier seront conservés dans un classeur verrouillé dans un bureau fermé à clé. Les informations vous concernant seront conservées pendant 5 ans après la fin de l'étude, puis détruites de manière permanente.

#### **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT :**

Votre participation à ce projet est volontaire. Vous être libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche sans avoir à fournir de justification. Vous avez aussi le droit de ne pas répondre à toutes les questions et de tout de même participer à l'étude.

## UTILISATION FUTURE, COMMUNICATION ET PUBLICATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

En donnant votre accord pour participer à l'étude, cela implique également que vous acceptez que le chercheur puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis. Nous prendrons toutes les mesures nécessaires pour que vous ne soyez pas identifié.

## CLAUSES DE RESPONSABILITÉS

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

## PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions additionnelles concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable du projet

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPÉ) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du *CERPÉ FSH* ([cerpe.fsh@uqam.ca](mailto:cerpe.fsh@uqam.ca)).

Pour toute autre question concernant vos droits en tant que personne participante à ce projet de recherche ou pour formuler une plainte, vous pouvez communiquer avec le bureau de la protectrice universitaire de l'UQAM [protectriceuniversitaire@uqam.ca](mailto:protectriceuniversitaire@uqam.ca); 514-987-3151.

## DÉCLARATION DE CONSENTEMENT

L'expérience du silence chez les psychologues en contexte de soins palliatifs auprès de personnes en fin de vie.

### DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Je comprends l'information qui m'a été expliquée et qui est contenue dans ce formulaire de consentement. On a répondu à toutes mes questions de façon satisfaisante. Une copie de ce formulaire de consentement signée me sera remise. Ma participation est volontaire et je peux me retirer sans conséquence de l'étude à tout moment sans avoir à ne donner de raisons. En signant ce formulaire de consentement, il est entendu que je n'abdique aucun de mes droits légaux.

J'accepte donc de participer à cette étude.

Désirez-vous réviser les transcriptions de l'enregistrement audio de l'entrevue?

Oui  Non

Désirez-vous recevoir un résumé des résultats de la recherche lorsqu'il sera disponible?

Oui  Non

Nom du participant :

---

---

Signature

Date

#### DÉCLARATION DU CHERCHEUR

Je certifie que j'ai expliqué au participant à la recherche les informations du projet de recherche contenues dans ce formulaire de consentement et que j'ai répondu à toutes questions. J'ai aussi clairement expliqué au participant qu'il (elle) était libre de se retirer à tout moment de l'étude sans avoir à donner aucune raison et sans conséquence pour lui (elle). Je m'engage, avec les membres de l'équipe de recherche, à respecter toutes les conditions décrites dans ce formulaire de consentement et à en donner une copie signée au participant.

---

Nom et signature de la personne qui est déléguée à obtenir le consentement      Date

## AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : L'expérience du silence chez les psychologues en contexte de soins palliatifs auprès de patients en fin de vie.

Nom de l'étudiant : Gabrielle Poulin

Programme d'études : Doctorat en psychologie

Direction(s) de recherche : Valérie BOURGEOIS-GUÉRIN

Merci de bien vouloir inclure une copie du présent document et de votre certificat d'approbation éthique en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CERPE FSH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.



Sophie Gilbert  
Professeure, Département de psychologie  
Présidente du CERPÉ FSH

## ANNEXE C

### ANNONCE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

Recherche sur  
l'expérience du  
silence chez les  
psychologues  
en contexte  
thérapeutique  
auprès de  
personnes en  
fin de vie

Chercheuse  
principale :

Gabrielle Poulin  
Étudiante au  
Département de  
psychologie de  
l'Université du  
Québec à Montréal.

#### ANNEXE C

### Participants recherchés

Nous sommes présentement à la recherche de participants pour une étude portant sur l'expérience du silence en contexte d'accompagnement en fin de vie. L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre le rapport au silence chez les psychologues dans les unités de soins palliatifs.

#### Critères de participation

Dans le cadre de cette recherche, nous rencontrerons 5 psychologues d'approches diverses et qui travaillent en unité de soins palliatifs auprès de personnes en fin de vie. Les entrevues seront menées en français.

#### Ce que la participation implique

La participation implique une entrevue d'une durée variable (environ 60 minutes). L'entrevue se tiendra dans le lieu qui vous convient. Vous pourrez décider d'arrêter en tout temps si vous changez d'idée quant à votre participation. Les précautions nécessaires seront prises afin que vos données restent anonymes.

#### Pour les personnes intéressées

Vous pouvez contacter la chercheuse principale de cette recherche à l'adresse courriel suivant xxxxxxxx ou au numéro de téléphone suivant xxx xxx-xxxx. Vous serez ensuite contacté pour que nous puissions vous donner davantage d'information et répondra à toutes vos questions afin que vous puissiez décider de participer ou non.

*Merci à l'avance de votre précieuse collaboration.*

## ANNEXE D

### LEXIQUE

Terminologie

#### ***Soins palliatifs***

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « les soins palliatifs sont l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé. L'atténuation de la douleur, des autres symptômes et de tout problème psychologique, social et spirituel devient essentielle au cours de cette période de vie. L'objectif des soins palliatifs est d'obtenir, pour les usagers et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible. Les soins palliatifs sont organisés et dispensés grâce aux efforts de collaboration d'une équipe multidisciplinaire incluant l'utilisateur et les proches. La plupart des aspects des soins palliatifs devraient également être offerts plus tôt au cours de la maladie, parallèlement aux traitements actifs ».

« Le respect de la personne en fin de vie et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer chacun des gestes faits à son endroit. La personne en fin de vie doit en tout temps être traitée avec compréhension, compassion, courtoisie et équité, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses volontés, de ses besoins et de sa sécurité. De plus, les membres de l'équipe de soins responsable de la personne en fin de vie doivent établir et maintenir avec elle une communication ouverte et honnête »<sup>23</sup>

#### ***Personne en fin de vie***

Selon le document de la politique en soins palliatifs et de fin de vie du MSSS du gouvernement du Québec : « la condition *sine qua non* du passage de l'approche curative à l'approche palliative a souvent été un pronostic vital, établi par le médecin, limité à quelques mois. Cette règle administrative est encore aujourd'hui source de confusion et de polémique lorsque vient le temps

---

<sup>23</sup> Définition prise sur le site du gouvernement du Québec/santé/soins-de-fin-de-vie

de préciser le champ d'action des soins palliatifs ». Nous nous fonderons sur ce critère de la fin de vie pour notre recherche.

### *Accompagnement en fin de vie*

Selon notre approche de l'accompagnement, nous considérons ce passage de Matray (2004) : « Il nous reviens de donner au mourir un temps et un espace, où celui qui part peut demeurer ce qu'il est : un vivant parmi d'autres vivants. Le reconnaître vivant, dans sa détresse même, entendre l'appel qui émane de sa souffrance et tenter, au lieu de fuir, de faire société avec lui en maintenant ouvert, pour notre part, le champ relationnel » (p.252). Nous retenons la définition de Hirsch (2010) dans la revue *Étude sur la mort* et qui correspond également à notre éthique de l'accompagnement en fin de vie. Selon lui, l'accompagnement vise à « soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ». (p.139 ) Toujours selon ses propos, si nous nous attardons à la dimension de l'accompagnement de la souffrance psychique dans le contexte de cet essai, l'auteur dit que « cette confrontation à la souffrance de l'autre, notamment dans la dimension existentielle du questionnement sur le sens (sens de la vie, sens de ce qui arrive, lien avec l'histoire de la personne) est source d'humilité car elle nous renvoie à nos limites de soignants, elle nous incite à être particulièrement attentifs à la vulnérabilité de l'autre. (p.134). Selon cette vision, la démarche de l'accompagnement vise à offrir ces conditions qui permettront de redonner une place à la personne en fin de vie et de l'accompagner dans tout ce qu'impliquent les changements au niveau de la vie psychique, du temps vécu<sup>24</sup>, de la communication, tout en respectant la dignité de la personne. « Il est d'abord question de présence à l'autre, d'un accueil, d'une écoute. Il est aussi question de la rencontre entre deux personnes, de la construction d'une relation ». (Hirsch, 2010. P.138)

---

<sup>24</sup> Voir Minkowski, le temps vécu, 2013

## BIBLIOGRAPHIE

- Aithamon, M. (2018). L'équilibre instable du silence. Une anthropologie des possibles. *Connexions*, 109(1), 23-29. <https://doi.org/10.3917/cnx.109.0023>.
- Audouard, X. (1997). Introduction Parler en silence. Dans Montheil, M. (dir.), *Écouter l'angoisse*. (p. 9–14). L'Esprit du temps. <https://doi.org/10.3917/edt.month.1997.01.009>.
- Aouara, M.-P. (2015). Présence silencieuse en fin de vie : un soin. *Médecine palliative*, 14(6), 409-413.
- Bachelard, G. (1960) [1968]. *La poétique de la rêverie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bacqué, M.-F. (2013). Parler du deuil pour éviter de parler de la mort ? La société occidentale face aux changements démographiques et culturels du XXI<sup>e</sup> siècle. *Revue psychiatrique*, 171(3), 176-181.
- Barsalou, M.-A. (2019). *Silence et rencontre : La disponibilité à l'autre* (Préface de L. Des Aulniers). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Batist, G., & Shinder, G. A. (2008). The McGill University department of oncology: Structure depicts the shape of evolving knowledge. *Current Oncology (Toronto, Ont.)*, 15(3), 143–150.
- Ben Soussan, P. (2019). L'inquiétude permanente de Michel de M'Uzan. *Cancer(s) et psy(s)*, 4(1), 123-132.
- Bertrand, P. (2014). *Éloge de la fragilité*. Montréal, Canada : Bibliothèque Québécoise.
- Bourdin, D. (2007). *La psychanalyse de Freud à aujourd'hui*. Paris, France : Bréal.
- Bourgeois-Guérin, V. (2010). La souffrance en lien avec les écueils de la communication chez les femmes âgées atteintes de cancer incurable. *La Revue canadienne du vieillissement*, 29(4), 529–541. <http://dx.doi.org/10.1017/S071498081000053X>.
- Bourgeois-Guérin, V., Van Pevenage, I. et Durivage, P. (2018). Souffrances et relations à autrui : paroles d'intervenants sur les souffrances d'hommes âgés atteints d'un cancer incurable. *Revue internationale de soins palliatifs*, 33(1), 15–22. <http://dx.doi.org/10.3917/inka.181.0015>.
- Breton, P., & Le Breton, D. (2017). *Le silence et la parole: Contre les excès de la communication*. Toulouse, France : ÉRES.
- Byock, I. (2002). The meaning and value of death. *Journal of Palliative Medicine*, 5(2), 279-282.

- Castra, M. (2004). Faire face à la mort : réguler la bonne distance soignants-malades en unité de soins palliatifs. *Travail et emploi*, 97(5), 53-64.
- Chabert, C. (2013). *Le silence des émotions : Clinique psychanalytique des états vides d'affects*. Paris, France : Dunod.
- Chatel, T. (2010). Éthique du prendre soin : sollicitude, care, accompagnement. Dans E. Hirsch (Ed.), *Traité de bioéthique* (pp. 84-94). Toulouse, France : ÉRES.
- Chochinov, H. M., Cann, B., Cullihall, K., Kristjanson, L., Harlos, M., McClement, S. E., et al. (2012). Dignity therapy: A feasibility study of elders in long-term care. *Palliative & Supportive Care*, 10(1), 3–15.
- Cohen-Mansfield, J., Cohen, R., Skornick-Bouchbinder, M., & Brill, S. (2018). What is the end-of-life period? Trajectories and characterization based on primary caregiver reports. *The Journals of Gerontology: Series A*, 73(5), 695–701. <https://doi.org/10.1093/gerona/glx195>
- Compte-Sponville, A. (2007). Penser la mort. Dans M. Hanus (Éd.), *Le grand livre de la mort à l'usage des vivants* (pp. 15-19). Paris, France : Albin Michel.
- Couton, F. (2008). Quelle est la légitimité des approches psycho-corporelles dans les unités de soins palliatifs ? *InfoKara*, Vol. 23(2), 61-66. <https://doi.org/10.3917/inka.082.0061>.
- Corbin, A. (2016). *Histoire du silence : De la Renaissance à nos jours*. Paris, France : Albin Michel.
- Cupa, D. (2006) . Mourir. *Revue française de psychosomatique*, no 30(2), 147-156. <https://doi.org/10.3917/rfps.030.0147>.
- De Hennezel, M. (1994). Travail psychique et transformation au seuil de la mort. Dans *Le processus de guérison : Par-delà la souffrance et la mort* (pp. 330-334).
- De Hennezel, M. (1995). *La mort intime: Ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre*. Paris, France : Robert Laffont.
- De M'Uzan, M. (1977). *De l'art à la mort*. Paris, France : Gallimard.
- De Plaën, S. (2003). L'homme et la mort : À propos du façonnement culturel des réalités biologiques. *InfoKara*, 18(2), 77-78.
- Des Aulniers, L. (1997). Bruit du temps jusqu'à silence de mort. Dans *Mourir aujourd'hui : Les nouveaux rites funéraires* (pp. 199-222). Paris, France : Odile Jacob.
- Derzelle, M., & Dabouis, G. (2004). L'impensé des soins palliatifs ou « beaucoup de bruit pour rien... ». *Cliniques méditerranéennes*, 69(1), 251-268.
- Désveaux, E., Fédida, P., De Hennezel, M., Herzlich, C., Lamour, Y., Lecourt, D. et Zittoun, R. (1995). La fin de la vie : qui en décide ? <https://doi.org/10.3917/puf.fedid.1996.01>.

- Ellenberg, E. (2004) . Communication et fin de vie: revue bibliographique et approche éthique de la caresse. *InfoKara*, Vol. 19(2), 59-69. <https://doi.org/10.3917/inka.042.0059>.
- Fauré, C. et Allix, S. (2016). Accompagner un proche en fin de vie : savoir l'écouter, le comprendre, et communiquer avec les médecins. Albin Michel.
- Ferenczi, S. (1909). *Transfert et introjection*. Paris, France : Payot.
- Freud, S. (1936). *Therapy and technique*. New York, NY : Collier.
- Gadamer, H. G. (1976). *Vérité et méthode*. Paris, France : Seuil.
- Garrouteigt, C. (2022). *Paroles et silences en fin de vie : Étude des réminiscences et mise en place d'un accompagnement basé sur la rétrospective de vie auprès de patients en soins palliatifs* (Thèse de doctorat). Université de Bordeaux. <https://doi.org/10.3917/acp.001.0045>
- Geller, S., & Greenberg, L. (2005). La présence thérapeutique : L'expérience de la présence vécue par des thérapeutes dans la rencontre psychothérapeutique. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 1(1), 45-66. <https://doi.org/10.3917/acp.001.0045>
- Greisch, J. (2001). De la logique philosophique à l'essence du langage : La révolution copernicienne de Heidegger. *Revue Philosophie*, 69.
- Grondin, J. (2003). Le passage de l'herméneutique de Heidegger à celle de Gadamer.
- Halifax, J. (1997). Joan Halifax, PhD. Being with death and dying. Interview by Bonnie Horrigan. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 3(4), 68–75.
- Hamard, M. F. (2012). Mélophobie? Le cas de Rainer Maria Rilke. *Littératures*, (66), 47-62.
- Heidegger, M. (1985). *Être et temps* (E. Martineau, Trad.). Paris, France : Authentica.
- Hentsch, T. (2002). *Raconter et mourir : Aux sources narratives de l'imaginaire occidental*. Montréal, Canada : Presses de l'Université de Montréal.
- Herzlich, C. (1976). \*Le travail de la mort\*. \*Annales. Économies, Sociétés, Civilisations\*, \*31\*(1), 197-217. <https://doi.org/10.3406/ahess.1976.293705>
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Ladany, N. (2003). Therapist use of silence in therapy: A survey. *Journal of Clinical Psychology*, 59(5), 513-524. <https://doi.org/10.1002/jclp.10155>
- Hirsch, G. (2010). Accompagner la fin de vie & principaux repères des soins palliatifs. *Études sur la mort*, 138(2), 133-144.

- Jager, B. (1996). The obstacle and the threshold: Two fundamental metaphors governing the natural and human sciences. *Journal of Phenomenological Psychology*, 27(1).
- Jankélévitch, V. (1977). Le mystère et le phénomène de la mort. Dans *La mort* (pp. 5-35). Paris, France : Flammarion.
- Jankélévitch, V. (1983). *La musique et l'ineffable*. Paris, France : Éditions du Seuil.
- Jacquemin, D. (2002). Les soins palliatifs : Enjeux éthiques d'une rencontre. *Revue française des affaires sociales*, 143-162.
- Jacquemin, D. (2005). La souffrance des soignants en soins palliatifs. *Frontières*, 17(2), 28-33.
- Jaspers, K. (2001). *Introduction à la philosophie* (J. Hersch, Trad.). Paris, France : 10/18.
- Khanam, F., Langevin, M., Savage, K., & Uppal, S. (2022, janvier 25). *Les femmes occupant un emploi rémunéré dans les professions de soins à autrui*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00001-fra.htm>
- Kübler-Ross, E. (1977) *La mort dernière étape de la croissance*. Ottawa. Éditions Québec-Amérique. 248 p.
- Lani-Bayle, M. (2018) . Le dire du taire. *Connexions*, n° 109(1), 9-21. <https://doi.org/10.3917/cnx.109.0009>.
- Larcher, H. (2005). Le trépas. *Études sur la mort*, 128(2), 1-931. <https://doi.org/10.3917/eslm.128.0019>
- Le Breton, D. (1997). *Du silence*. Paris, France : Métailié.
- Le Breton, D. (1999). Silences et mort. *Revue de l'Institut de Sociologie*, 1(4), 79-89.
- Levinas, E. (1978). *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Paris, France : Le Livre de Poche.
- Levitt, H. M. (2001a). Clients' experiences of obstructive silence: Integrating conscious reports and analytic theories. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 31, 295-309.
- Lapointe, B. J. (2000). Cris et chuchotements : Peur du mourir et terreur de mort en soins palliatifs. *Frontières*, 12(2), 58-63.
- Maulpoix, J.-M. (2020). Hommage à Yves Bonnefoy [en ligne]. Consulté le 7 octobre 2020. URL : <https://www.maulpoix.net>
- Mauro, C. (2008). Les mots de la mort en soins palliatifs : Partage d'expériences cliniques. *Études sur la mort*, 2(134).

- Merleau-Ponty, M. (1945). *La phénoménologie de la perception*. Paris, France : Gallimard.
- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative Research: A guide to design and interpretation*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Nasio, J.-D. (2001). *Le silence en psychanalyse*. Paris, France : Payot.
- Oden, C. T. (1965). Silence thérapeutique et inexaucement. *Nouvelle Revue de Théologie*, 87(8), 820-826.
- Oppenheim-Gluckman, H. (2010). *Lire Sandor Ferenczi*. Paris, France : Campagne Première.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Piazza, S., & Marin, I. (2017). Liens et ruptures à l'approche de la mort. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 131(4), 35-46.
- Perruchot, C. (1966). La littérature du silence (À propos de Parain, Blanchot et Des Forêts). *Études Françaises*, 2(1).
- Planchin, A. (2017). La place et le rôle du silence dans la relation patient-psychologue en Unité de Soins Palliatifs. *Médecine humaine et pathologie*. (dumas-01616139)
- Primeau F. (2015) <https://palli-science.com/sites/default/files/miseencommun/primeau-francois-a2.pdf>
- Quinsat, G. (2018). Parain B. - (1897-1971). *Encyclopædia Universalis*. Consulté le 7 avril 2018. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/brice-parain/>
- Quintin, J. (2005). *Herméneutique et psychiatrie*. Montréal, Canada : Liber.
- Quintin, J. (2015). *Vérité de soi et quête de sens*. Montréal, Canada : Liber.
- Raviolo I. (2014). L'épreuve du silence. <https://www.implications-philosophiques.org/lepreuve-du-silence-2/>
- Roy, G., Vachon, M., Guité-Verret, A., & Girard, D. (2023). L'expérience de la compassion chez des soignantes en soins palliatifs en contexte de pandémie. *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 23(1), 31-45.
- Ruszniewski, M. (2012). Le rôle de la parole. Dans G. Rabier (Éd.), *Le groupe de parole à l'hôpital* (pp. 19-34). Paris, France : Dunod.
- Sapeta, P., & Simões, Â. (2018). Silences in palliative care: The primacy of human

presence. *Hospice and Palliative Medicine International Journal*, 2(3). <https://doi.org/10.15406/hpmij.2018.02.00081>

Saillant F. (1988) *Cancer et culture*. Montréal : Les Éditions Saint-Martin, 321 pp.

Saunders, D. C. M., Baines, M., & Dunlop, R. J. (1995). *Living with dying : a guide for palliative care* (3rd ed). Oxford University Press.

Sauvagnat, F. (2011). La question de la structure du silence en psychanalyse. *Insistance*, 6, 59-72.

Scott, V., & Lester, D. (1998). Listening to silence. *Crisis*, 19(3), 105–108.  
<https://doi.org/10.1027/0227-5910.19.3.105>

Tisseron, S. (2019). *Plaidoyer pour une psychanalyse empathique*. Érudit.

Van Manen, M. (2006). Writing qualitatively, or the demands of writing. *Qualitative Health Research*, 16(5), 713-722.

Van Manen, M. (2015). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. Alberta, Canada : The Althouse Press.

Vultur, I. (2017). Comprendre l'herméneutique et les sciences humaines. *Folio*, Essais.

Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Paris, France : Gallimard.

Winnicott, D. W. (2000). *La crainte de l'effondrement*. Paris, France : Gallimard.

Zimowski, J. (2014). Le rapport au corps. In *Manuel de soins palliatifs* (Vol. 4, pp. 753-761). Dunod.