



# Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2024-2025

## UEC 12 : Soins palliatifs

### Communication et fin de vie : le patient, les proches, les soignants

*Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en sciences infirmières.*

*Rédigé par Marie Peral à partir du cours du Dr DOUMERC Célia et du Dr COURTIADÉ Grégoire présenté le 27 septembre 2024.*

# Communication et fin de vie : le patient, les proches, les soignants

## I. Les bases de la communication

- Savoir être (politesse) : se présenter, dire « bonjour », frapper à la porte...
- Débuter par une question ouverte : cela permet de laisser la place au patient
- Adopter une posture adaptée : on observe le patient mais le patient nous observe aussi
- Ouvrir un espace de parole
- Etablir un contact visuel
- Distance physique à adapter au patient

## II. Les communications : plusieurs langages

Le langage digital : c'est le contenu du discours, les mots et leurs sens. Il peut se travestir plus ou moins facilement.

Le langage analogique : il y a le langage para verbal (ton, prosodie, volume sonore) et le non verbal (mouvements du corps, posture attitude). Il est plus difficile à déguiser, plus spontané, plus révélateur de notre inconscient.

Il faut observer le patient : parler son langage, observer son état d'esprit, son discours, ses mouvements du corps (approbation, détente, changement de posture, indice que quelque chose se passe dans la relation...).

En tant que soignant, on est également observé : l'attitude du soignant compte. Il faut être attentif à sa posture, son attitude, sa distance avec le patient. Existe-t-il des moments plus opportuns que d'autres pour se rapprocher, parler, se taire ... ? « *Au final, j'observe le patient, je m'observe en train de l'observer, je nous observe en train d'interagir* ».

On attend du soignant qu'il ait la position « Haute » : nous savons quelque chose que le patient ne sait pas sur lui-même et sur sa maladie, lui se place en position basse, il vient chercher de l'aide et ne connaît pas le fonctionnement du corps et le moyen de le soigner. Il est nécessaire d'apprendre à adopter la position « basse » et laisser le patient agir en ce qui concerne :

- La relation « sécurité »
- Point de vue, émotions, histoire : patient expert de sa propre vie
- Si on veut un changement

La position basse permet d'exprimer un respect dans la dyade soignant-patient. Se mettre à la hauteur du patient, s'asseoir au bord du lit plutôt que de rester debout par exemple, permet d'adopter une position plutôt basse et de mettre à l'aise le patient.

Le respect du cadre est l'exception de la position haute du soignant. Les limites sont les vôtres et celles de la déontologie de votre profession. Le cadre sert à se respecter et à se protéger, c'est une condition non négociable. Le meilleur moyen d'aider quelqu'un est d'être en état de le faire.

### III. Les actions et attitudes

#### a. Ecouter

L'action d'écouter c'est :

- Ouvrir un espace et un temps de parole pour l'autre, à son rythme.
- Laisser le patient aller jusqu'au bout de sa parole.
- Ne pas vouloir maîtriser.
- Être attentif à son propre vécu.
- Accepter de se laisser déplacer, interroger et toucher par ses émotions.

En revanche, écouter ce n'est pas :

- Discuter
- Essayer de convaincre
- Rationaliser, classer
- Prodiguer des conseils
- Formuler un jugement moral

#### b. L'empathie

L'empathie porte aussi un rôle important. C'est une capacité extraordinaire du cerveau humain, un lien qui relie aux autres, permet de percevoir émotions, intentions, une part de ce qu'ils sont. C'est une capacité à entrer en résonance émotionnelle avec l'autre : « *se mettre à la place sans ressentir totalement avec lui* ». Mais parfois, l'empathie est absente ponctuellement et ce n'est pas grave. Il y a néanmoins un risque pour le soignant de culpabilité « *Que m'arrive t'il ? Suis-je un soignant suffisamment bon ?* ». Parfois on s'y noie si le processus dure ou s'intensifie trop : il y a un risque d'empathie sélective en cas d'épuisement.

Le patient n'a pas besoin d'un soignant qui souffre mais de quelqu'un à l'écoute, motivé, compréhensif. Il n'a pas besoin que vous ressentiez ce qu'il ressent mais d'entendre que vous l'entendez.

#### c. L'altruisme

Penchant cognitif (lié à la pensée, connaissance) et moins émotionnel de la bienveillance. C'est un état mental lié à la perception d'un besoin particulier chez l'autre, accompagné par un désir de lui venir en aide. C'est se diriger vers le bien d'autrui parce que je perçois ce besoin et non parce que je souffre de sa

souffrance. Pas de sacrifice dans l'altruisme (pas de souffrance en aidant, et ne pas céder à tous les désirs de l'autre).

La compassion est corollaire de l'altruisme. Face au souffrant, il y a une motivation à intervenir pour celui qui se présente à soi en difficulté. Aider tout être vivant à éviter au maximum la souffrance.

Pour conclure :

- Empathie : affective émotionnelle ( je ressens votre souffrance)
- Altruisme : Cognitif (Je perçois votre besoin, je vous comprends)
- Compassion : motivationnelle ( je veux vous aider)

Il s'agit de passer de « je sens ce qu'il ressent » à « je sais ce qu'il ressent » afin d'arriver à une motivation plus apaisée et durable, d'aider. Dans une « juste distance relationnelle et émotionnelle » : plus qualitative que quantitative. Dans une relation de confiance, où le patient se sent en sécurité, avec compréhension (les deux s'entendent), respect (reconnaissance de la compétence) et collaboration (mise en commun des compétences).

#### IV. Annoncer une mauvaise nouvelle

Une mauvaise nouvelle est « une nouvelle qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son (...) être et de son (...) avenir ». Essentiellement individuelle, la réaction à la maladie est imprévisible et mouvante, à la fois dépendante et détachée de la sévérité de l'affection, l'histoire personnelle du sujet influence la façon dont la maladie est perçue, vécue, intégrée. Elle concerne le diagnostic mais aussi les conséquences des maladies et les traitements. Il s'agit d'une violence subjective, liée à l'histoire du patient. L'annonce c'est donc communiquer, faire savoir, transmettre un savoir complexe et élaboré.

##### a. Les étapes

1. Contexte : temps et lieu adapté + disponibilité.
2. Que sait déjà le patient ? Quelle compréhension de son état de santé ? Quelles informations lui ont déjà été données ?
3. Que veut savoir le patient ? « Aimeriez-vous que vous explique tous les détails du diagnostic ou préférez-vous que je me limite aux informations concernant le traitement ? »
4. L'annonce : fragmenter l'information, reformuler avec un langage compréhensible, s'assurer de la compréhension.
5. Réponse aux sentiments du patient : soutenir.
6. Préparer l'avenir : définition d'une stratégie claire.

##### b. Retentissement

L'annonce retentit généralement de cette manière : tout d'abord, il y a une sidération traumatique initiale. Puis apparaissent les différentes étapes du processus perte et deuil. Il y a un besoin constant chez les patients d'être entendu, compris accompagné à son rythme. Chaque patient à une aptitude particulière à

intégrer les informations, c'est pourquoi elles devront lui être redonnées par les différents intervenants, à différents moments. Il y a une mise en oeuvre de mécanismes psycho-adaptatifs :

- Mécanismes inconscients
- Mécanismes psychiques face à l'imminence d'un danger dans un objectif de réduction des tensions psychiques
- Identification parfois difficile, caractère parfois confus, fluctuant et imprévisible

### c. Les phases du deuil

Il existe 3 phases classiques du processus de deuil :

1. La phase du choc de la perte : elle s'associe souvent avec un état de sidération affective (parfois associée à des symptômes du syndrome dissociatif) et un abattement.
2. L'état émotionnel douloureux relié à l'état de manque du défunt : tristesse, angoisse, colère, désespoir, culpabilité...
3. La réorganisation : le sujet accepte la réalité de perte et s'adapte à une vie quotidienne réinvestie dans un environnement où le défunt est absent.

### d. Les mécanismes de défense

C'est l'une des principales difficultés qu'expriment les soignants. Les accompagnants des patients atteints de maladie grave ou en soins palliatifs sont liés à la dimension relationnelle.

Face à une maladie, on observe différentes réactions des patients et des soignants. C'est ce qu'on appelle les mécanismes de défense (ou Psycho-adaptatifs).

Nous allons donc identifier les divers mécanismes et en décrire leur processus :

- Description schématique ayant pour but d'aider le soignant à les reconnaître.
- Comprendre que les mécanismes se mettent en place comme « réponse à une souffrance ».
- Comprendre les éléments en jeu dans la relation soignant-soigné.
- Savoir que les mécanismes se mettent en place pour se protéger.
- L'intérêt pour le soignant est de les admettre et de les reconnaître.

## V. Les mécanismes de défense

A l'origine, c'est Freud qui est le premier à utiliser le terme : « Un mécanisme de défense est un processus de défense élaboré par le Moi sous la pression du Surmoi et de la réalité extérieure, et permettant de lutter contre l'angoisse. Ces mécanismes psychiques préservent le Moi et le protègent aussi des exigences pulsionnelles du Ça. Mais ce dont le Moi se protège en priorité, c'est de l'angoisse ».

Autre définition : « Processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de facteurs de stress internes ou externes ».

Les mécanismes de défense sont des opérations psychiques inconscientes et involontaires, qui permettent de diminuer les angoisses et les peurs. Ces mécanismes apparaissent dans le but de garder un certain équilibre psychique.

## a. Les mécanismes de défense des malades

Ce sont des marqueurs du fonctionnement psychique du patient, des indices importants à repérer par le soignant afin de mieux comprendre ce que vit le patient confronté à une maladie ou à un problème de santé.

1. Le déni / Le refus : Le malade refuse de toutes ses forces de reconnaître la réalité vécue comme dangereuse, traumatisante, préférant refouler sa souffrance et enfouir, en le niant, ce savoir encore trop douloureux. Dans le cas d'une personne confrontée à la maladie grave, réagir par le refus dans un 1er temps est plutôt une réaction défensive normale, positive et protectrice, compréhensible.
2. La dénégation. Exemple : Mr Z est atteint de la mucoviscidose, à un stade très développé. Condamné à rester à l'hôpital jusqu'à la fin de ses jours, ce patient est totalement conscient de sa maladie mais lorsque l'on se rend dans sa chambre pour les soins il ne cesse de nous parler de ses projets de voyage avec sa femme. On parle ici de dénégation, c'est-à-dire que le patient a intégré la réalité mais la nie (cependant il acceptera son traitement alors que dans un mécanisme de déni il l'aurait refusé).  
Monsieur Z continue à penser à sa vie comme si la maladie n'était pas là ou plutôt comme si la maladie n'était pas importante et peu conséquente. La dénégation nie, le déni refuse !
3. Le Déplacement : L'angoisse peut aussi être déplacée sur une autre affliction liée à la maladie ou non. Le malade choisit ainsi une cible plus accommodante et, de ce fait, moins douloureuse. Le malade focalise sa peur sur une autre réalité en transférant l'angoisse inhérente à sa maladie sur un élément substitutif, parfois sans rapport apparent avec sa maladie ; en procédant par associations directes (ne parler que de sa peur de l'alopécie (perte des cheveux) sans jamais évoquer son cancer) ou parfois plus lointaines et complexes, le malade « choisit » ainsi une cible plus accommodante (ne parler que des travers de la politique).
4. L'isolation : Le patient parle de sa pathologie ou de la situation avec une apparente sérénité dénuée de toute émotion, l'angoisse ainsi neutralisée permet de séparer la réalité de tout support affectif et de parler avec détachement.
5. La Régression : Le patient se laisse aller, devient totalement dépendant et s'abandonne aux mains des soignants. Le sujet retourne dans une situation infantile afin de se protéger des conflits qu'il rencontre au stade actuel.
6. L'irritation ou Projection Agressive : Les patients se défendent sur un mode agressif et revendicatif. Ils se protègent en projetant leur colère sur leur entourage et le personnel soignant. Ils déversent leur ressentiment et leur amertume (plaintes, griefs, reproches, accusations ...). Ce comportement peut parfois être violent. Notons que ce mécanisme est l'un des plus difficiles à gérer par les soignants.
7. La maîtrise : Volonté du patient de conserver le contrôle sur la pathologie par la rationalisation ou la mise en place de rites obsessionnels.
8. La Sublimation : Le patient refuse de se soumettre à la maladie, investit fortement des ressources psychiques pour dépasser l'épreuve et lui donner un sens.

## b. Les mécanismes de défense des soignants

Les soignants peuvent eux aussi être déstabilisés par des situations éprouvantes. Ils utiliseront alors leurs propres mécanismes de défense pour se prémunir de la souffrance de l'autre et se protéger contre leur propre angoisse, leur permettant d'atténuer l'impact de la souffrance dans leur relation avec le malade.

Il est indispensable que le soignant puisse repérer ses propres mécanismes, apprécier ses propres limites pour comprendre la complexité de la relation avec les patients et les familles et établir une bonne communication.

1. Le mensonge : il s'avère être le plus dommageable à l'équilibre psychique du malade. La violence de l'impact de la vérité, dévoilée sans préalable le moment venu, engendra toujours par sa soudaineté un effet de traumatisme insoutenable pour le patient. Le soignant se préoccupe en fait de sa propre angoisse, inconsciemment. Le problème est que cette réaction coupe tout dialogue autour de la maladie et rompt la relation de confiance.
2. La banalisation : Le soignant reconnaît la pathologie du patient tout en refusant de reconnaître l'intensité de sa souffrance. Il permet ainsi une prise de distance en maintenant l'action sur un domaine concret, connu et maîtrisé. C'est en quelque sorte prendre en charge la maladie avant le malade.
3. La dérision : Ce mécanisme consiste à minimiser, à prendre de la distance aux dépens du patient sur un mode ironique.
4. L'Esquive : Le soignant refuse d'aborder la situation en détournant systématiquement la conversation. Sans banaliser ni mentir, on reste « hors sujet » pour éluder l'angoisse contenue dans les perches tendues par le malade.
5. La fausse réassurance : le soignant échappe à la réalité subjective du patient en la colmatant immédiatement par des propos trop optimistes. Ce mécanisme consiste à optimiser les résultats et entretenir chez le malade un espoir artificiel alors que le malade n'y croit plus.
6. La fuite en avant : elle consiste à se délivrer de l'angoisse liée à la vérité en s'en déchargeant sur le patient sans préparation. Ce mécanisme est d'une grande violence pour le patient
7. La Rationalisation : Il s'agit du retrait du soignant derrière un langage technique ou scientifique inaccessible pour le patient. Ce mécanisme permet ainsi de donner toute la vérité, mais il ne permet pas au patient de comprendre, ni d'intégrer les informations reçues. Ceci peut provoquer de l'angoisse sans donner les outils pour mieux l'affronter.
8. L'Identification Projective : Le soignant supprime toute distance entre lui et le patient en se substituant au malade et en projetant sur lui ses propres pensées, émotions et réactions, c'est l'opposé de la banalisation. C'est projeter nos propres souhaits chez l'autre.

Le soignant doit tout faire pour éviter d'instaurer ses propres mécanismes de défense, qui peuvent être nuisibles aux patients. Les mécanismes de défense mis en place par les patients sont à bien connaître par les professionnels de santé pour leur permettre de savoir comment réagir face à eux et ce dans l'intérêt du patient.

## VI. Relation soignant-soigné

- Trouver la bonne distance
- Utiliser la reformulation +++
- Ne pas s'opposer aux mécanismes de défense
- Ne pas supprimer tout espoir, ne pas aborder des sujets dont le patient ne souhaite pas parler
- Écoute active et attentive
- Réassurance / soutien

Il faut se protéger. La prise en charge d'un malade est un ensemble d'évènements pouvant être, involontairement, intrusifs et violents pour les propres défenses du soignant. Il est important de savoir repérer quand nous ne sommes plus capables de faire face à ces situations rencontrées au travail...

## VII. Souffrance des soignants

Il y a un syndrome d'épuisement professionnel des soignants : il est non identifié dans les classifications des maladies mentales. Ce syndrome peut se définir de plusieurs manières :

- « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel » *Schaufeli WB and Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. Psychol Health 2001.*
- « une expérience subjective se situant entre malaise et mal-être personnel et professionnel, fondée sur la conviction d'un inaccomplissement entre une visée du bien et sa possible réalisation. » *Jacquemin, D. (2005). La souffrance des soignants en soins palliatifs. Frontières.*

Le syndrome d'épuisement professionnel selon Christina Maslach :

- l'épuisement émotionnel
- le cynisme vis-à-vis du travail ou dépersonnalisation (déshumanisation, indifférence)
- la diminution de l'accomplissement personnel au travail ou réduction de l'efficacité professionnelle

Symptomatologie ( non exhaustif) :

- Émotionnelle : anxiété, tensions musculaires diffuses, tristesse de l'humeur ou manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, absence d'émotion
- Cognitive : troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration, des fonctions exécutives
- Comportementales ou interpersonnelles : repli sur soi, isolement social, comportement agressif, parfois violent, diminution de l'empathie, ressentiment et hostilité à l'égard des collaborateurs, comportements addictifs.
- Motivationnelles ou liées à l'attitude : désengagement progressif, baisse de motivation et du moral, effritement des valeurs associées au travail ; doutes sur ses propres compétences (remise en cause professionnelle, dévalorisation).

- Physiques non spécifiques : asthénie, troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques (type lombalgies, cervicalgies, etc.), crampes, céphalées, vertiges, anorexie, troubles gastro-intestinaux

Le bien être du soignant est un indicateur de qualité. Un soignant qui va bien c'est plus de chance de :

- Qualité des soins
- Sécurité des patients
- Sérénité des soignants

Un soignant qui va mal c'est plus de risque de :

- Burn out
- Erreurs au cours des soins
- Maladies des soignants

Les facteurs de risque sont :

- Les facteurs organisationnels : charge de travail, problèmes de ressources, manque de reconnaissance, conflits de valeur, sensation d'iniquité, peu de contrôle sur la situation.
- Les facteurs liés aux soins : confrontation régulière à la souffrance et à la mort, sentiment d'impuissance, échec des thérapeutiques, risque d'erreur.
- Les facteurs individuels : traits perfectionnistes, valeur « travail » prépondérante, Impact de la vie professionnelle sur la vie personnelle.

Particularités des soignants :

- Les causes :

- Causes intrinsèques : confrontation avec la souffrance et la mort, implication avec l'intimité du patient...
- causes extrinsèques : charge et organisation du travail
- demande de performance, image du soignant infailible,
- valeurs d'engagement et d'abnégation,
- injonctions contradictoires,
- dispositifs de soin complexes et évolutifs,
- tensions démographiques,
- insécurité, etc.

- Les conséquences : sur la personne et sur la qualité des soins

- La forme : appel à l'aide souvent retardé

## VIII. Spécificités des soins palliatifs

- Confrontation très régulière à la mort
- Idéal souvent marqué
- Confrontation à la violence
- Mais aussi...des facteurs protecteurs : Le modèle participatif

Le modèle participatif :



Les facteurs protecteurs :

- Individuels : s'interroger sur son positionnement, formations, hygiène de vie, soutien privé et professionnel, développement personnel, connaître les ressources.
- Collectifs : démarche participative, supervisions, soutien de couloir.
- Institutionnels : reconnaître le risque, communication, RH, management, soutien social.

Les ressources :

- Idem facteurs protecteurs
- Entraide et pair-aidance
- Les associations
- La médecine du travail

- L'association MOTS (Médecin-Organisation-travail) pour tous les médecins inscrits au tableau de l'Ordre. Présente dans huit régions, elle peut également constituer un soutien pour les soignants autour de Montpellier, Marseille, Bordeaux, Toulouse, Limoges, Orléans, Lille, Paris, Amiens et Caen.

Autres ressources :

- Services d'écoute et de soutien psychologique par téléphone : appels anonymes et confidentiels
- Cellule d'écoute nationale pour tous les soignants (ouverte à l'ensemble des intervenants en milieu de santé, social et médico-social, en activité ou en formation, en secteur public, privé ou libéral), mise en place par le Ministère de la Santé dans le contexte du Covid-19 : 0800 73 09 58 (N° vert), 7j/7, de 8h à minuit.
- Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) départementales. Leurs numéros sont mis à disposition des professionnels via les ordres et les unions régionales des professionnels de santé (URPS) pour les professionnels de santé libéraux ou les établissements de santé et médico-sociaux pour les salariés. Elles sont joignables 24h/24 via le 15 du SAMU ou par leur mail dédié. Elles assurent écoute, évaluation, orientation, prise en charge spécialisée et se déplacent sur site.
- Croix Rouge Écoute : service de soutien psychologique par téléphone 0800 858 858 (N° vert).
- Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) : 0800 288 038 (N° vert), pour les professionnels de santé et internes en médecine. 24h/24, 7j/7.
- Aide et Dispositif d'Orientation des Pharmaciens : 0800 73 69 59. (N° vert) 24h/24, 7j/7.
- Plateforme nationale d'écoute de l'association SPS : 0805 23 23 36 (N° vert). 24h/24, 7j/7 : en lien avec le Réseau National du Risque Psycho-social. Ou via l'application mobile Asso SPS téléchargeable gratuitement sur smartphone.
- Pour tous (soignants et population générale) : 0 800 130 000 (N° vert) service de soutien psychologique mis en place par le gouvernement.

Le baromètre de la santé psychologique		EN SANTÉ	EN RÉACTION	FRAGILISÉ(E)	EN ÉTAT CRITIQUE
<p>Prendre le temps de s'arrêter, de s'accorder une pause pour se reconnecter à soi-même, en portant son attention sur son état physique et psychologique.</p> <p>Quels sont les signes à surveiller pour prévenir le surmenage ?</p> <p>Le baromètre de la santé psychologique vous permet de prendre vos signes vitaux psychologiques en un coup d'œil. Utilisé quotidiennement, il vous aide à préserver votre équilibre en période de stress prolongé et à la suite d'un événement troublant.</p> <p>Peu importe la zone dans laquelle vous vous trouvez et même si votre état fluctue, l'important est de vous donner les moyens nécessaires pour revenir vers la zone verte.</p> <p>Cet outil d'auto-évaluation a été conçu par le « PROGRAMME D'AIDE AUX MEDECINS DU QUEBEC » <a href="https://www.pamq.org">https://www.pamq.org</a></p>	SIGNES	Être posé - Calme	Anxiété - Tristesse occasionnelle	Anxiété - Tristesse envahissante	Anxiété constante - Dépression - Idées suicidaires
		Sens de l'humour	Irritabilité - Sarcasme déplacé	Colère - Cynisme	Excès de colère - Agressivité
		Vivacité d'esprit	Oublis - Pensées intrusives	Indécision - Manque de concentration	Incapacité à se concentrer
		Sommeil réparateur	Sommeil perturbé	Sommeil agité, cauchemars	Trop ou manque de sommeil
		Rendement soutenu	Sentiment d'être surchargé - Procrastination	Sentiment d'être débordé - Piètre performance	Incapacité à faire ses tâches
		Confiance en soi, en les autres	Doute de soi	Doute des autres	Méfiant
		Se sentir bien	Tensions et maux de tête	Douleurs physiques	Maladies physiques
		Bon niveau d'énergie	Manque d'énergie	Fatigue	Épuisement
		Actif physiquement	Activités physiques réduites	Inactif physiquement	Léthargie
		Actif socialement*	Contacts sociaux réduits*	Contacts sociaux évités*	Interruption des contacts avec ses proches*
Consommation occasionnelle et sociale	Consommation régulière mais contrôlée	Consommation difficile à contrôler	Abus ou dépendance		
STRATÉGIES	Maintenir ses activités	Récupérer : ralentir - se reposer	Reconnaître qu'il faut agir	Consulter un professionnel rapidement	
	Pratiquer la pleine conscience	S'outiller pour préserver sa santé psychologique	Récupérer : éliminer les tâches non essentielles	Se confier à un pair ou une personne de confiance*	
	Cultiver ses liens sociaux*	Identifier les difficultés	Se confier à un pair ou une personne de confiance*	Considérer un arrêt de travail	
		Agir sur ce qu'on peut changer	Maintenir le contact avec ses proches*	Reprendre contact avec ses proches*	