

Les aspects psychologiques de la fin de vie

DR SEGHIR

I/ Introduction

Bien que le constat d'une fin de vie puisse sembler évident, l'annonce d'une telle nouvelle fait émerger de multiples réactions telles que l'étonnement, la sidération, la dépression, la colère, la peur ou l'anxiété.

S'acheminer vers une fin de vie s'inscrit, dans un processus développemental. La mort pouvant être considérée comme « la dernière étape de la croissance » (Kubler Ross, 2002). Le soignant a aussi comme fonction d'accompagner le patient, de le soutenir et de favoriser le travail psychique.

II/ Processus psychologique chez la personne en fin de vie

L'annonce de notre propre mort produit des effets psychiques, sociaux et spirituels.

Aucune préparation ne nous épargne du choc ressenti lors de cette annonce.

Le patient fait son bilan de vie et évalue son parcours. Parfois, des réminiscences surgissent et le déstabilisent, provoquant des regrets, voire des remords.

En réponse à ces questionnements, plusieurs souhaitent finaliser un projet, réparer un lien, compléter une tâche, léguer leurs biens, s'assurer que leurs proches sont en sécurité ou remercier quelqu'un. Le but ultime étant de mourir en paix.

Progressivement, l'angoisse s'installe et fait naître une souffrance intense car il est difficile de se représenter sa propre mort.

Le processus de la mort implique une dernière étape, celle de l'agonie, où le patient éprouve une altération de sa conscience, communiquer s'avère de plus en plus difficile. Une rupture s'établit avec le monde extérieur. Impossible de savoir ce que le patient ressent et pense, ce qui laisse place à de multiples interprétations de la part de l'entourage.

III/ Les proches vis-à-vis du mourant

Être témoin de la souffrance de quelqu'un qui nous est cher amène un vécu éprouvant aux conséquences imprévisibles. Lorsqu'il y a un lien de proximité avec la personne mourante, l'expérience d'accompagnement bouleverse et transforme.

Au sein de notre culture, il ne semble pas convenable d'évoquer la mort de l'autre comme probable à court terme, et d'en parler à la personne qui y est confrontée. L'entourage essaiera d'entretenir de faux espoirs dans le but de protéger le malade. Ainsi, l'annonce d'une mort imminente est insupportable pour le proche. Puis, au fur et à mesure que la maladie évolue et que le corps du malade se dégrade, la mort devient de plus en plus apparente et inévitable.

IV/ La relation médecin-patient

Le lien médecin-patient s'établit souvent au cours d'une longue période de suivi médical permettant un investissement relationnel mutuel, favorable ou défavorable. Pour le médecin traitant, il est difficile de « passer la main », de relayer son propre patient. Émotionnellement, ce geste semble s'apparenter, pour les deux partenaires, à un abandon.

Dans cette relation vient souvent s'ajouter une construction de l'imaginaire où le médecin peut être perçu comme un sauveur et la science comme toute-puissante

avec des attentes plus ou moins réalistes. Dans un tel contexte, comment s'y prendre pour mettre un terme aux traitements sans créer de désespoir ?

Différentes réactions sont possibles de la part des soignants envers un patient en fin de vie.

· **Le mensonge** : C'est dire qu'il s'agit d'un polype au lieu d'un cancer du sein, d'une anémie au lieu d'une leucémie, d'une hépatite au lieu d'un cancer du foie.

· **La banalisation** : C'est prendre en charge la maladie avant le malade. Il permet une prise de distance en maintenant l'action sur un domaine concret, connu et maîtrisé.

· **L'esquive** : Sans banaliser ni mentir, on peut parfois rester « hors sujet » pour éluder l'angoisse contenues dans les questions du malade.

· **La fausse réassurance** : Ce mécanisme consiste à optimiser les résultats et entretenir chez le malade un espoir artificiel alors que le malade n'y croit plus.

· **La rationalisation** : Ce mécanisme permet de donner toute la vérité, toutes les informations mais dans le langage médical. Ceci permet souvent d'éviter ainsi de mettre de l'émotion dans le discours mais il ne permet pas au patient de comprendre, ni d'intégrer les informations reçues.

· **L'évitement** : C'est la fuir le patient (ne plus entrer dans la chambre) ou fuir la conversation avec lui (entrer, regarder le dossier, parler aux infirmières ; aux collègues, sans un regarder le patient) ; c'est la fuite de la dimension relationnelle.

V/ Objectifs de travail psychologique

- Ouvrir un espace pour dire ce qui ne peut être recevable sur la scène sociale, mais qui travaille à l'intérieur de soi.
- Permettre au patient de prendre conscience de son rapport à son corps (le corps n'est pas qu'organes).
- Explorer les enjeux sur les plans imaginaire, affectif et relationnel du patient

qui fait face à sa mort prochaine.

- Mettre en perspective ses représentations (images rattachées à des expériences, à des symboles, etc.).
- Distinguer les sources de souffrance et les manifestations de l'angoisse de mort afin de reconnaître le vécu affectif sous-jacent, d'en saisir la signification.
- Aider le patient à surmonter l'arrêt, parfois traumatique, des traitements (sidération anxieuse).
- Faciliter le fait que sa mort puisse s'inscrire dans un processus de continuité de sa vie.
- Soutenir les membres de la famille à différents moments du parcours du patient (lors de la fin de vie et après le décès).