

# Psychologie du patient en fin de vie

## I- Signification de la mort

La vie et la mort sont intégrés à un rythme universel indissociable. L'être humain débute son cheminement vers la mort dès sa naissance.

Base de l'angoisse humaine, chacun d'entre nous à sa manière de s'adapter aux circonstances inévitables de sa propre mort et c'est dans la perspective d'une mort certaine qu'on découvre la soif d'immortalité.

Chacun de nous est persuadé inconsciemment de son immortalité, car imaginer sa propre mort est difficile voire impossible (c'est-à-dire la perte définitive de son individualité).

Dans le Maghreb arabo-musulman, l'éventualité d'une mort proche est vécue avec dignité et résignation recouvrant un sens particulier inspiré par la foi religieuse sereinement assumé car elle s'inscrit dans la condition humaine ; la vie n'est qu'un moment fugitif avant d'arriver à l'au-delà.

## II- les étapes de la fin de vie

Elisabeth Kübler-Ross a décrit cinq stades traversés par le malade depuis l'annonce du diagnostic de sa maladie jusqu'à l'acceptation de celle-ci, chaque personne passe par différentes étapes du deuil, sans pour autant éprouver ses étapes dans le même ordre :

- Le refus ;
- L'agressivité, la révolte, la colère ;
- Le marchandage ou la négociation ;
- La dépression ;
- L'acceptation.

1- Le refus :

La première réaction lors de l'issue fatale de leur maladie est de dire : « non, pas moi, ce ne peut pas être vrai ». C'est pour se protéger que la personne va dans un premier temps mettre en place ce mécanisme : la personne dénie totalement la

réalité. Réagir par le refus dans un premier temps est plutôt une réaction compréhensible. Elle va permettre d'amortir la violence du choc de l'annonce et d'intégrer progressivement les multiples conséquences que la maladie entraîne pour la personne.

## 2- la colère :

Période où la personne exprime des affects négatifs importants (pourquoi moi ? qu'est-ce que j'ai fait pour mériter ça ?). Cette colère peut être exprimée sur l'entourage familial, social, mais également les médecins, pouvant devenir le malade difficile typique.

Le personnel soignant souvent agressé l'évite alors que c'est justement à ce moment-là qu'il a le plus besoin de dialoguer, de parler de sa vie, du sens de l'existence et de la culpabilité.

## 3- Le marchandage :

Il va accepter l'idée de la mort mais négocie le temps à vivre A cette phase-là, la personne prend conscience de l'irréversibilité de la maladie, de l'évolution, du deuil, mais elle essaie de négocier avec le temps, en souhaitant faire d'autres choses avant de ne plus être en capacité de les faire (partir en vacances, aller à un anniversaire, etc).

## 4- La dépression

Le patient après avoir pris conscience de sa maladie et de sa situation de fin de vie, va prendre conscience de toutes les pertes et de tout l'effondrement de ses espoirs. La perte du statut social, la perte du travail, le bouleversement des rôles familiaux, la perte de son environnement habituel, la perte de ses proches et l'altération de son corps

## 5- L'acceptation (ou la résignation)

Il ne s'agit pas forcément d'une étape heureuse. Mais le patient a trouvé une certaine paix. Il désire être seul, ou moins dérangé. « *C'est en quelque sorte le repos final avant le long voyage.* » Tous les patients ne traversent pas forcément cette étape. D'autres patients prennent appui sur l'épreuve qu'il endure : Certains souhaitent créer une association d'entraide, d'autres se consacrent à d'autres malades plus démunis ou rédigent un livre sur leur propre histoire permettant de faire apparaître une issue heureuse, celle d'exister à travers l'écrit. C'est finalement faire quelque chose de sa maladie mais ce n'est pas forcément pour autant l'accepter totalement.

Tous les patients ne meurent pas au même stade, car le patient va présenter des tableaux cliniques variés en fonction de sa personnalité.

### **III- Les mécanismes de défense du patient en fin de vie**

Les mécanismes de défense sont des processus inconscients mis en œuvre par une personne afin de supporter une situation difficile ou de pouvoir lutter contre l'angoisse :

- L'annulation : attitude psychique de sens opposé à un désir refoulé et constituée en réaction contre celui-ci.
- La dénéiation : le patient formule un désir, une pensée, des sentiments, mais nie ce qui le concerne.
- L'isolation : le patient isole sa charge affective. Il ne montre aucun signe de mal-être et garde tout pour lui au risque d'implorer psychologiquement.
- Le déplacement : le patient retourne ses émotions, ses sentiments vers une autre personne.
- La régression : Éviter d'assumer ses responsabilités en prétextant "ne pas pouvoir" faire une chose au lieu de simplement admettre qu'on "ne veut pas" la faire.
- La projection agressive : c'est une colère projetée par le patient à l'extérieur vers le soignant qui doit savoir faire la part des choses sur cette colère.

### **IV- Les mécanismes de défense des soignants face à un patient en fin de vie**

Tout comme les patients, les soignants ressentent des émotions. Les mécanismes de défenses permettent pour eux de se protéger contre leurs émotions et les situations difficiles rencontrées :

- 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. Le problème est que cette réaction coupe tout dialogue autour de la maladie et rompt la relation de confiance.
- 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 perches tendues par le 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 fuite du patient (ne plus entrer dans la chambre) ou de la conversation avec lui c'est la fuite de la dimension relationnelle.
- La dérision : Ce mécanisme consiste à minimiser, à prendre de la distance aux dépens du patient sur un mode ironique.

## **V- Les troubles psychiatriques en fin de vie**

- Troubles anxieux : L'anxiété correspond à la traduction émotionnelle et cognitive d'une situation considérée par le patient comme pénible, voire paralysante dans sa vie quotidienne.

- Confusion mentale La survenue d'un syndrome confusionnel représente une complication fréquente et sérieuse chez des patients en fin de vie et doit être considérée comme une urgence médico-psychiatrique. Ce syndrome est une cause de souffrance psychologique importante.

- Troubles dépressifs : Il est souvent difficile de distinguer un syndrome dépressif d'une simple détresse psychologique chez un patient en fin de vie. En effet, ces deux entités sont sous-tendues par la tristesse, les pleurs, les pertes et la présence possible de souffrances associées sur le plan physique, sociale voire spirituelle. La détresse psychologique exprimée par des sentiments de colère, d'abattement ou de désespoir.