

L'accompagnement en fin de vie

Quel rôle pour le psychologue clinicien de la santé ?

Katiba Bouchicha

Université Alger2.

Résumé

Le métier du psychologue clinicien, l'inscrit essentiellement dans une approche psychothérapeutique, qui a pour but d'apporter une aide psychologique aux patients; pour qu'ils retrouvent un état meilleur de leur santé et de leur fonctionnement psychologique habituel, cependant le psychologue peut se retrouver face au décès d'un patient ; ce qui est une tout autre dimension de sa profession.

Prendre en charge un patient en fin de vie -souvent dans un service de médecine- sur le plan psychologique est difficile, que ce soit pour le psychologue ou le patient, trouver les bons mots, les bons gestes, ne pas trop dégager d'émotions devant le patient, avoir la bonne attitude; représente une forme d'accompagnement qui modifie le rôle du clinicien non pas seulement comme simple écoute, mais comme objet de liaison qui permet de dire le non dit « la mort ».

Une souffrance physique entraîne généralement une souffrance psychologique, en ce sens que peut mettre en place le psychologue pour aider, soulager et accompagner le patient ?

Cette communication se donne pour objectif de donner des pistes de compréhension concernant l'acte psychologique en ce lieu : la rencontre d'un corps et d'une clinique de la parole, c'est une clinique de l'instant.

Mots-clés : patient en fin de vie, rôle du psychologue, accompagnement, clinique de l'instant.

ملخص

تعتبر مهنة الأخصائي النفسي أساساً مهنة ذات خصوصية علاجية الهدف منها هو تقديم المساعدة النفسية للمرضى، لاستعادة حالة أفضل

لصحتهم وتوظيفهم النفسي المعتاد، وضمن طبيعة عمله يمكن أن تواجهه النفسي حالة وفاة أحد المرضى وهو ما يعتبر بُعداً آخر من عمله.

من الصعب رعاية المريض في نهاية الحياة - غالباً ما يكون في مصلحة طبية - على المستوى النفسي، سواء أكان ذلك بالنسبة للأخصائي أو

المريض، فإيجاد الكلمات الصحيحة، الحركات الصحيحة، عدم الإفصاح بشدة عن العواطف أمام المريض، وكذا اتخاذ الموقف المناسب. يمثل شكلاً من

أشكال المرافقة التي تُغير دور النفسي من مجرد إصغاء إلى موضوع تواصل يسمح بقول ما لا يمكن قوله "الموت".

في غالب الأحيان ينتج عن المعاناة الجسدية، معاناة نفسية، فكيف للأخصائي النفسي أن يساعد المفحوص، يخفف عنه ويرافقه.

نحاول من خلال هذه المداخلة تقديم مسارات لفهم التدخل النفسي كفعل في هذا المجال، اللقاء مع الجسد، مع عيادة الكلمة التي هي عيادة

اللحظة.

الكلمات المفتاحية: مريض في نهاية الحياة، دور الأخصائي، المرافقة، عيادة اللحظة.

Introduction

Le passage en fin de vie correspond au moment où les médicaments et les traitements se révèlent inefficaces. Inutile donc, d'imposer des soins parfois douloureux et entraînant des effets secondaires lorsqu'ils n'agissent plus. C'est en ce moment que se met en place l'accompagnement du patient en fin de vie. Les médecins envisagent à ce moment précis un traitement palliatif, c'est-à-dire un traitement destiné à apaiser le patient et à le soulager de ses douleurs.

L'accompagnement du patient en fin de vie

Accompagner un patient en fin de vie est une prise en charge en globalité, il y a les soins de confort, le soulagement des douleurs mais il y a aussi l'aspect psychologique ; le contact avec le patient y est primordial, afin qu'il ne sente pas délaissé.

Qu'est-ce qu'accompagner un patient en fin de vie ?

« Le mouvement des soins palliatifs a introduit la notion d'accompagnement comme spécifique de la relation qui se noue avec les patients en fin de vie. » (SFAP, 2009, p92).

Les soins palliatifs

En 2002, l'OMS l'Organisation Mondiale de la Santé définit les Soins Palliatifs comme : « Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. »

Selon Tournebise, (2003) praticien en psychothérapie l'accompagnement en fin de vie a pour définition : «Accompagner dans la fin de vie, c'est savoir entendre

et accompagner le malade dans tout ce qu'il ressent par rapport à sa fin proche, mais c'est aussi savoir l'accompagner par rapport à toutes les situations de vie restées en suspend.»

Cette définition représente plus spécifiquement l'aspect psychologique de l'accompagnement du patient en fin de vie et nous indique surtout le rôle « psycho-social » de l'aidant par son écoute, son empathie et sa disponibilité.

Types d'accompagnement

L'accompagnement correspond à « une attitude et à une relation qui essaie d'aider la personne malade et ses proches dans ce qu'ils sont en train de vivre. » (SFAP, 2010, p.32)

C'est une forme de soutien, accompagner et soutenir consistent à apporter de l'aide, du réconfort, mais aussi empêcher quelqu'un de faiblir devant une situation difficile. Nous devons aider les proches à ne pas faiblir devant la fin de vie.

- **La famille**

Duhamel, (2007) revient sur l'importance de la place que la famille occupe dans l'entourage de la personne soignée.

Elle est un ensemble de personnes ayant un lien de parenté par le sang ou par alliance. Et un entourage affectif correspondant à un groupe de personnes attentives et prévenantes à l'égard de quelqu'un.

De plus, la famille exerce une influence importante sur l'équilibre physique et psychique d'une personne, elle constitue un élément actif de l'environnement du patient pouvant influencer ses fonctions vitales.

La recherche et les observations cliniques dans le domaine de la santé démontrent l'influence de la famille sur les comportements de santé des individus et sur l'évolution d'une maladie.

- **La place occupée par la famille**

Elle est le soignant naturel, souvent très attentive aux souhaits du malade, elle va même au devant. Elle connaît ses habitudes, ses goûts, ce qui peut lui faire plaisir, ou, au contraire, ce qui lui déplaît.

Elle est le témoin du passé du patient, elle renseigne les soignants sur l'histoire de la personne soignée et sur sa qualité de vie.

Elle est le lieu de sa vie affective, elle réalise une présence affectueuse qui doit être favorisée dès le début de l'hospitalisation.

Le soignant

Le soignant est une personne (médecin, infirmier, psychologue et autres) qui s'occupe de rétablir la santé et (ou) d'apporter du bien être à une autre personne avec toute l'humanité possible. Etre soignant, c'est prendre soin d'autrui qui peut être défini comme « une attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière. » (Hesbeen, 2004, p.36)

L'accompagnement spirituel

La spiritualité s'affiche comme « la qualité de l'esprit, de l'âme, ce qui est dégagé de toute matérialité. » (Sébastien, 2012, p39).

Approcher les besoins spirituels d'une personne, c'est approcher le domaine de la pensée touchant aux valeurs morales auxquelles la personne souscrit au cours de sa vie.

En soignant la personne qui souffre, nous essayons d'être attentifs aux besoins du corps, à ceux de la famille et à ceux de la vie intérieure du malade.

Prendre en compte les besoins spirituels du patient c'est :

- écouter gratuitement,
- partager le silence,
- respecter l'appartenance religieuse de l'autre,
- désirer restaurer la communication et l'estime de soi,
- désirer restaurer la force de ses croyances, de ses valeurs qui l'ont tenu – homme debout-, la force de trouver des paroles pour dénouer et apaiser ses blessures.

Accompagnement. Quelle notion pour l'acte clinique du psychologue ?

Dans le champ psychologique la notion d'accompagnement est grandissante, ce qui peut témoigner d'un flou dans l'approche de ce concept. Rester dans le contexte du métier du psychologue me semble le meilleur garant pour répondre à une demande insistante et pressante d'aide. La vocation première du psychologue est d'apporter une aide, une psychothérapie qui recouvre une palette variée de l'écoute et de la parole, psychothérapie de soutien, cognitive et comportementale, psychanalytique, brève ou focale et psychothérapie corporelle sont les plus référencées dans le milieu hospitalier (Doucet, 2008, p.122).

Le tout est sous-tendu par un objectif thérapeutique commun centré autour de l'aide de la personne à supporter ce qui lui arrive et non celui d'une modification de la personnalité c'est le cas de la relation d'aide (plon, 2004, p.52).

Cette approche de prise en charge psychologique s'inscrit dans un élan de vie, « elle permet de proposer des ouvertures, d'orienter son patient sur le chemin de l'individuation en favorisant les rapports du sujet avec ses forces créatrices internes.» (Brusset, 2003, p.21).

La rencontre, une clinique de l'instant

Souvent dans les services de médecine, on fait appel au psychologue à partir de l'observation d'un affect dépressif, affect de tristesse, et où la considération de la mort est un événement traumatique. Dans ces cas là, le psychologue se retrouve face au désarroi du patient, face à ses angoisses, ses incertitudes, à la peur de mourir ; ce qui forcément peut être en écho avec ses propres angoisses.

A lors que faire devant un tel bouleversement? Comment répondre à une demande de l'instant et adapter la relation d'aide dans le contexte de fin vie?

Cela implique une présence du psychologue comme objet et pas comme une simple écoute. Le temps est limité, un effet rapide est attendu.

« La clinique à l'hôpital - de par l'accélération du temps logique - accentue la fonction instrumentale du thérapeute et implique une thérapie active. Il n'est pas

question de suspendre l'acte et de le reporter à un entretien à venir, clinique de l'instant. Ainsi l'acte clinique comporte tout son tranchant, en un clin d'œil, en un point particulier de l'énonciation, par la coupure qu'il introduit l'acte dégage son produit.» (Adam, 2004, p. 90).

Spécificité de la relation d'aide psychologique à la personne en fin de vie

Rogers définit la relation d'aide ainsi : « La relation d'aide suppose une interaction entre deux personnes où l'une s'appuyant sur sa formation et ses compétences, va chercher à offrir à l'autre les conditions lui permettant de trouver ses propres solutions face au problème qu'elle rencontre. C'est un comportement professionnel qui va au-delà de la volonté d'être à l'écoute.»(Rogers, 1963, p.03)

De Hennezel écrit : « Il faut un autre humain pour partager cette ultime expérience relationnelle. Une personne capable d'une disponibilité et d'une présence qualitativement sans défaillance, une personne qui puisse s'exposer sans trop d'angoisse à une demande affective.» (De Hennezel, 2006, p.171)

L'adaptation des attitudes fondamentales de la relation d'aide à l'accompagnement en fin de vie

Une relation d'aide se met parfois en place de manière impromptue, la démarche peut évoluer de façon progressive selon les circonstances et les besoins du patient. Celle-ci peut être par la suite formalisée et planifiée selon les désirs du patient ou de l'équipe pluridisciplinaire qui juge que le patient en ressent le besoin.

Afin qu'une relation d'aide soit menée à bien il faut prendre en compte des attitudes fondamentales qui feront que celle-ci se passera au mieux pour le patient. Le patient doit se sentir écouté et aidé à la fin de l'entretien.

- **L'écoute active**

Selon Rogers : « l'écoute active est une approche centrée sur la personne.»

L'écoute impose une implication affective avec le patient ainsi qu'une attention particulière centrée uniquement sur le patient.

Il subsiste différents degrés d'écoute lors de la relation d'aide aidant/aidé :

- C'est un travail de recueil de tout ce qui raconte le patient afin de mieux comprendre ce qu'il ressent ;
- Le second niveau concerne le visuel, c'est l'observation attentive du patient au niveau de ses mimiques, de ses gestes...
- Le dernier niveau concerne l'affect, permettre au patient de verbaliser le ressenti psychique (tristesse, colère, culpabilité...); et de situer les sensations corporelles que ressent le patient comme maux de ventre ou sensation d'oppression respiratoire, accélération du rythme cardiaque...

Il s'agit pour l'aidant d'écouter pour entendre l'autre, d'être centré sur ce qui est vécu par l'aidé plutôt que sur les faits qu'il évoque. L'écoute est complexe, elle mobilise l'être tout entier.

Il peut y avoir des moments de silence, qui révèlent une attention particulière aux dires de la personne aidée, cela indique une présence et une disponibilité lorsque la personne s'exprime.

- **l'attitude empathique**

L'attitude empathique est une attitude de compréhension.

Elle fait appel aux attitudes suivantes : être proche, distinct de l'autre, à côté. C'est s'ouvrir à l'autre pour la situation qu'il vit sans avoir besoin de se mettre à sa place.

Celle-ci peut être difficile à établir lorsque la personne aidée renvoie une image identique (le même âge, même profession ...). Il serait primordial de prendre en compte la distance professionnelle afin de ne pas violer l'intimité de la personne. Prendre la main de la personne aidée, poser la main, s'asseoir auprès d'elle sont des attentions qui peuvent apaiser comme déstabiliser la personne.

- **l'authenticité ou congruence**

La faculté d'être en accord avec ce que le patient pense, ressent et exprime. Le psychologue peut être amené, spontanément ou après réflexion, à nommer ses émotions s'il pense que cela peut être une aide pour la personne.

L'implication du psychologue doit être sincère, comme utiliser le « je », la justesse entrainera un lien de confiance avec le patient et ainsi permettra de retrouver une cohésion entre ce qu'il est en train de vivre et ses émotions.

Pour illustrer ce propos, nous citons le cas de Mme S. âgée de 48 ans hospitalisée dans le service d'infectiologie pour son sida en phase terminale suite à des complications de l'infection. Elle n'arrive pas du tout à respecter le protocole médicamenteux et à chaque fois le médecin est obligé de reprendre avec elle le protocole depuis le début, ce qui engendre beaucoup de tensions, cette patiente a vu sa vie basculer dans le néant après l'annonce de la maladie, et qu'elle était dans un état très avancé.

Elle me rapporte à l'entretien l'effondrement de toute sa vie, et qu'elle ne voit pas l'utilité de prendre les médicaments puisqu'elle va mourir, alors je lui demande ce qui est important pour elle, elle sourit puis se met à pleurer ce sont mes enfants (un garçon de 15ans et une fille de 13ans) que je vais laisser derrière moi, je ne les verrais pas grandir. Alors je lui demande ce qu'elle pouvait faire pour eux maintenant?

« Elle me regarde fixement, vous savez docteur, je n'ai pas pensé comme ça. Je suis encore vivante donc je vais vivre ce qui me reste pour eux. »

Je la voyais très régulièrement durant la semaine, elle attendait mon passage avec impatience ou elle me parlait de ses enfants et qu'ils sont la réussite de sa vie.

Elle me parle de sa douleur physique qui l'empêche de profiter de ses enfants pendant les permissions de sortie du week-end dont elle bénéficiait au début de son hospitalisation, où elle a passé tout son temps avec ses enfants et à faire des choses ensemble, « je les avais à côté de moi je leur disais ne pas bouger de rester avec moi, et même ils ont dormi avec moi dans mon lit. »

Elle me parle aussi et surtout de sa colère vis-à-vis de son mari qu'il l'a contaminé et qu'elle ne lui pardonnera jamais.

Elle parle beaucoup de l'épreuve (الابتلاء) que dieu lui a infligé, au départ elle était très en colère, mais après elle s'est résignée, à ce que dieu a décidé c'est son destin, « vous savez, tous nous allons mourir un jour, sauf moi je sais c'est pour bientôt. ».

Le religieux joue un rôle salvateur dans la sérénité et l'apaisement de la souffrance.

Suite à la dernière permission, son état s'est aggravé et elle me demande de venir la voir chaque jour, en me disant que j'étais la seule qui la comprenais et qui ne la jugeais pas et qu'elle peut parler librement de ses ressentis.

Suite à cette rencontre avec la psychologue, et par cet acte clinique sous forme d'un accompagnement -ciblé et ponctuel- où j'étais proche d'elle physiquement la chaise collée au lit, ou je me suis permise de poser ma main sur son épaule, et où j'ai accueilli sa parole sans filtre avec l'expression de ses affects les plus douloureux (pleurs et rages), ce qui a permis à Mme S de décharger des émotions pénibles et de se libérer de ses tensions pour des moments de ressourcements si courent soient-ils.

En conclusion

La pratique du psychologue clinicien en service hospitalier, s'inspire essentiellement de son cadre de référence à l'approche thérapeutique, tout en ayant des problématiques spécifiques aux quelles il faudrait adapter la relation d'aide, pour répondre au mieux à la demande qui peut s'exprimer notamment, comme celle de l'accompagnement des patients en fin de vie. Respecter les principes de l'accueil, de la personne de l'écoute et du soin à apporter, c'est l'éthique qui guide la pratique du clinicien.

Bibliographie

Adam, R. (2004). L'instant. *La cause freudienne*, 56 :86-90

Brusset, B. (2003). *Les psychothérapies*. Paris : Presses Universitaires de France.

Doucet, C. (2008). *Le psychologue en service de médecine*. Les mots du corps. Paris : Masson.

Duhamel, F. (2007). *La santé et la maladie, une approche systémique en soins infirmiers*, France : Gaëtan Morin.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson.

http://www.maieusthesie.com/chemin_action_formation/themes/fin_de_vie.htm.
consulté décembre 2019.

OMS « Organisation Mondiale de la Santé ». (2002).
<http://www.sfap.org/pdf/III-D5-pdf>.

Plon, F. (2004). *Questions de vie et de mort*. Soins palliatifs et accompagnement des familles. Cahors : Champ social

Rogers, C. (1963). La relation thérapeutique : les bases de son efficacité. *Bulletin de psychologie*, n°17, 1-9.

Sébastien, S. (2012). Les soignants face à la mort. *La revue de l'infirmière*, n°180,39-41

SFAP. (2009). Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. France : Masson.

Verspieren, P. (1999). *Face à celui qui meurt : euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*. Paris : Desclée de Brouwer.