

UNE MORT EXEMPLAIRE

B. Grosjean(1)

RÉSUMÉ

L'auteur, après l'exposé d'un cas clinique, fait part des réflexions engendrées par le travail d'accompagnement de patients en fin de vie. Elle s'interroge sur l'opportunité d'entamer avec eux un travail de type psychothérapeutique.

"Il n'est aucune douce consolation en la perte de nos amis que celle que nous apporte cette science de n'avoir rien oublié de leur dire, et d'avoir eu avec eux une parfaite et entière communication."

Michel De Montaigne.

Si, lors de chaque thérapie, on apprend et on découvre un peu plus de l'autre et de soi-même, il est des rencontres plus révélatrices, plus émouvantes et par là même plus éprouvantes que d'autres. Celle qui m'a donné envie de partager mon expérience et mes réflexions en fait partie.

Souvent, lorsque j'ai en traitement des patients en fin de vie, j'essaie d'avoir en moi l'image de "la mort apprivoisée" telle que nous la décrit P. Ariès. Dans son "Essai sur l'histoire de la mort en Occident", il nous décrit "l'attitude ancienne où la mort est à la fois proche, familière, et diminuée, insensibilisée; attitude qui s'oppose tant à la nôtre, où la mort fait si grand peur que nous n'osons plus dire son nom".

La mort, les maladies mortelles, un corps médical pointu et technicien tente de les domestiquer chaque jour un peu plus. Mais parfois, aveuglés par la crainte, ou le désir de toute-puissance et d'immortalité, certains vont dénier cette mort et la souffrance qui la précède, d'une façon parfois dangereusement irresponsable, pour le psychisme du patient à tout le moins. Ainsi cet homme qu'on a laissé partir sans avoir osé soulever, rien qu'un peu, le rideau qui, complice d'une impuissance médicale mal assumée, dissimule le nom fatal : cancer, SIDA... Et aussi cette femme qui, non informée de ce qui l'attendait, ne s'est aperçue que trop tard qu'elle n'avait pu utiliser le temps qui lui restait, à prendre des dernières vacances avec ses êtres les plus chers. Et je serais assez d'accord de suivre Elizabeth Kübler-Ross lorsqu'elle propose de remplacer la question : "dois-je informer mon patient?" par "comment vais-je partager ce savoir avec lui?".

Quand Pierre me consulte pour la première fois, il a 53 ans. Déjà marqué par la maladie, il se déplace difficilement et présente des troubles d'élocution qui le fatiguent beaucoup. Il est sorti de clinique peu de temps auparavant avec un vague diagnostic de "maladie virale" et les réassurances des spécialistes. Épuisé, convaincu d'un déterminant psychique à l'origine de ses souffrances, renforcé en cela par l'apparente incapacité des médecins à leur donner un nom, Pierre me demande une aide psychothérapeutique. Universitaire, il a perdu son travail quelques années plus tôt. Ce rejet, parallèlement à des conflits conjugaux, l'a fort affecté, même s'il a pu trouver quelque réconfort dans l'approfondissement de ses relations avec ses nombreux enfants.

Les premiers symptômes sont apparus un an et demi avant cette consultation, et huit mois passèrent avant que Pierre, qui n'avait jamais

(1) Psychiatre, Liège.

eu de problèmes de santé auparavant, prenne l'avis d'un médecin, treize mois avant qu'il soit hospitalisé.

Rapidement il m'apprend qu'il n'est pas homme à se plaindre : enfant, sa mère lui a appris que "ce sont les fillettes qui pleurent" et que "si on a mal, la meilleure façon de l'oublier, c'est de n'en point parler". Aussi Pierre a-t-il traversé la vie sans se plaindre, remplissant ses devoirs avec calme et rigueur.

Très vite, il apparaît que ce patient a toujours vécu avec la peur d'être seul. Cette crainte lui pèse d'autant plus aujourd'hui que son entourage, malgré les indiscutables incidences physiques de son mal, lui reproche de "se comporter comme un vieux, de manquer de volonté et de ne pas se prendre en main". Ce déni manifeste de l'importance des troubles somatiques se trouve paradoxalement renforcé quand les examens à la recherche d'un hypothétique virus reviennent négatifs.

Pierre me demande alors deux entretiens par semaine.

Partagée entre le désir d'étayage que ce patient éveille irrésistiblement, et la crainte de l'amener rapidement à une régression trop importante, alors qu'une aggravation de son état peut interrompre le traitement d'un jour à l'autre, je décide de maintenir le rythme d'une séance hebdomadaire. La fois suivante, c'est très calmement, presque détendu, qu'il m'explique que son médecin traitant lui a révélé son diagnostic : il sait maintenant que ses chances de survie sont très réduites. Aussi il veut que je l'aide à changer de vie, à être enfin lui-même, un homme que ses proches ne reconnaîtront pas. Il est prêt à tout : je dois le guider, lui dire ce qu'il doit chercher, ce qu'il doit trouver...

Au cours des quelques entretiens qui suivront, il évoque ses espoirs de voir se reconstruire son couple; d'enfin dépasser ses vieilles inhibitions; d'enfin se faire plaisir... Il insiste à nouveau pour un accroissement du nombre d'entretiens : il a soif de se connaître. Lui qui si souvent avait eu envie de mourir, aujourd'hui, dans une excitation presque maniaque, déborde du désir de vivre. Mais si son esprit semble s'emballer, le corps lui, s'affaiblit, et ses déplacements l'éprouvent chaque semaine un peu plus.

Un jour, il me rapporte un souvenir d'enfance.

Il avait accompagné son père en ville. Brusquement cet homme, pourtant vigoureux, s'effondre, et, après quelques minutes de semi-inconscience, décide de rentrer à la maison, sans un mot. Jamais le patient, âgé à l'époque d'une dizaine d'années, ne connaîtra l'origine de ce malaise. Jamais non plus il n'osera interroger son père. Mais toujours il garda la réminiscence anxieuse de ces quelques minutes d'impuissance, de solitude et d'incompréhension.

Cette évocation amena Pierre à s'interroger sur son attitude à l'égard de ses propres enfants : devait-il progressivement s'effacer de son rôle de père ou s'investir sinon mieux, du moins différemment de ce qu'il n'avait fait jusque là...

Peu après il s'inquiéta du fardeau qu'il risquait bientôt de représenter pour ses proches. Il souhaitait prendre toutes les dispositions nécessaires afin de n'être une charge pour personne : il voulait les libérer de son corps infirme. Il se sentit alors très seul, et, peu avant son anniversaire, des sentiments d'isolement et d'injustice le gagnèrent. Il décida alors de rompre le mur du silence et de parler ouvertement de sa mort prochaine avec son entourage. Celui-ci, soulagé, ne se déroba pas. Pierre voulait partager ce qui lui restait de force et de temps avec sa compagne et ses enfants, envisager leur avenir sans lui, revoir une dernière fois ses amis les plus chers.

Au cours de cet entretien, un des derniers, il se dit enfin serein et demanda à espacer les séances. Celles-ci lui demandaient en effet une dépense d'énergie considérable, physique et morale, et il souhaitait la porter ailleurs désormais...

On connaît bien maintenant les travaux d'E. Kübler-Ross concernant l'approche et l'accompagnement du patient en fin de vie. Elle a ainsi mis en évidence les différentes étapes traversées par celui-ci à l'approche de la mort : dénégation, colère, espoir, dépression, marchandage et, quand il en a le temps : acceptation voire sérénité. Ces hypothèses sont le résultat de multiples entretiens réalisés principalement avec des patients condamnés à plus ou moins court terme, et informés de leur état.

Il me semblait intéressant d'envisager, au travers de cette vignette clinique, et au-delà du "simple" accompagnement, un autre aspect du travail thérapeutique, dans un esprit plus psychodynamique. On peut s'interroger en effet sur la possibilité, et peut-être l'opportunité d'une sorte de "réanimation psychique" ou, plus précisément encore, d'une "resensibilisation relationnelle" chez ces patients en phase terminale.

On constate bien souvent combien l'annonce ou l'approche de la mort peut avoir un effet mobilisateur chez certains d'entre eux. Il semble que leur besoin des autres soit exacerbé, soulevé par une expansion libidinale soudaine. Cette soif de relation, de vie, est souvent vécue avec difficultés, voire avec terreur par l'entourage, qu'il soit familial ou soignant. On assiste là sans doute au réveil de la peur ancestrale d'être entraîné dans la mort par le moribond. Souvent effrayés par cette ultime appétence relationnelle, les proches tentent d'éteindre cet élan par le déni, la raison, ou l'évitement. Par ce comportement, les futurs "survivants" espèrent plus ou moins inconsciemment amener le patient à un deuil anticipé de lui-même, à une sorte "d'euthanasie psychique et relationnelle".

Certains argueront que cette attitude, quelque peu stoïcienne, a ses avantages : une mort dans le silence, loin des déchirements d'une affectivité trop lourde à porter.

Alors, une mort attendue dans le non-dit peut-elle être préférable à ce que d'aucuns pourraient nommer de "l'acharnement psychothérapeutique"? Je n'ai bien sûr pas la prétention de pouvoir répondre à une telle question.

On a constaté que le malade condamné ne se sépare de ceux qui lui sont chers que lorsqu'il est convaincu qu'ils ne peuvent plus assumer leur fonction.

Est-ce une mort plus douce que de renoncer par avance à ce qui sera bientôt perdu? Ne serait-ce pas plutôt s'enfoncer dans une position mélancolique? "Mélancolie", comme le dit S. Freud, "où se nouent autour de l'objet une multitude de combats singuliers dans lesquels amour et haine luttent l'un contre l'autre, la haine pour détacher la libido de l'objet, l'amour pour maintenir cette position de la libido contre l'assaut", et, trop vite, on pourrait voir survenir chez le patient "la défaite de la pulsion qui oblige tout vivant à tenir bon à la vie".

Pour Michel De M'Uzan, le plus souvent, "la présence d'une personne réellement disponible, sûre aux yeux du patient et capable de combler ses besoins élémentaires" est indispensable à ce qu'il nomme "le travail du trépas" qui permet au mourant d'en venir à une sorte d'acceptation du destin.

Il me semble fondamental, face à un patient en quête d'un ultime travail sur lui-même, de pouvoir être prêt à investir avec lui son corps et son psychisme; prêt à l'aider, si tel est son désir, à pousser des portes peu, voire jamais entrouvertes.

Bien sûr il sera essentiel que le thérapeute, ou la personne s'engageant dans cette tâche, puisse s'exposer sans angoisse excessive aux larges mouvements transférentiels et contre-transférentiels qu'une telle situation entraînera inévitablement. Pour la dernière fois peut-être, le patient va tenter d'élaborer une relation authentique, focalisant sur son interlocuteur une part plus ou moins importante de cette énergie libidinale qui effrayait tant ses proches. Et il est possible que cet investissement psychique, lié à la relation transférentielle, amène une possibilité

de réinvestissement de l'entourage du patient. Deux issues sont envisageables alors, en fonction notamment des possibilités d'adaptation des membres de celui-ci. Soit ils s'éloignent de plus en plus du moribond qui concentrera d'autant ses intérêts dans une relation thérapeutique quasi symbiotique, si le thérapeute le supporte. Soit l'entourage, soulagé dans un premier temps de la prise en charge par quelqu'un d'extérieur, peut envisager l'ébauche d'une nouvelle relation avec le mourant.

Le cadre et la relation thérapeutique permettent en effet, par leurs stabilité et contenu, de tempérer l'avidité affective intense du patient, source jusque-là de tensions et de défections.

C'est ce à quoi on a pu assister chez Pierre.

Il est arrivé à la consultation dans un état d'apparente anesthésie affective, en quasi-rupture avec une famille qui lui reprochait son état, ses demandes d'aide et d'écoute. Rapidement on put mettre à jour chez lui un état proche de la dépression essentielle. Cet homme semblait avoir toujours fonctionné sur un mode très opératoire, avec une pauvreté de mentalisation et de verbalisation des vécus émotionnels. Le travail consista d'abord en la construction d'un lien objectal dans un cadre qui permette une contention maternelle de l'angoisse. Ensuite, face à la dépression, il semblait essentiel de tenter progressivement une relance des investissements libidinaux, et une restructuration des défenses, désorganisées en grande partie par le traumatisme inévitable que représentait l'annonce du diagnostic. Enfin, face à la sidération du fonctionnement mental que cette nouvelle pouvait entraîner, a fortiori chez ce type de patient, il fallait tenter de renforcer, voire de réveiller ses capacités de sublimations et de mentalisation. C'est sans doute en partie grâce à cette approche, et à un formidable travail de remise en question, que Pierre et ses proches ont pu aborder ces derniers jours dans un climat sinon serein, du moins pacifié et plus authentique.

Certes l'ultime douleur subsiste, et peut-être plus vivante dans ce cas qu'elle ne l'aurait été en cas de "deuil ante-mortem" de Pierre.

Mais faut-il éviter cette douleur à tout prix, ou vaut-il mieux se séparer d'un mourant le "plus vivant possible" ?

Qui pourra jamais répondre à cette interrogation ?

Simplement il ne faudrait pas oublier de se la poser.

C'est la première façon d'éviter un déni stérile pour tous.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANGELERGUES DE KERCHOVE, C. — Et la mort viendra. *Rev. franç. Psychanal.*, 1991, **55**, 659-666.
2. ARIES, P. — *Essais sur l'histoire de la mort en Occident*. Seuil, Paris, 1975.
3. BOUCHET, D. — Revue critique : les psychanalystes devant le SIDA. *Rev. franç. Psychanal.*, 1990, **54**, 865-873.
4. DE M'UZAN, M. — *De l'art à la mort*. Gallimard, Paris, 1976.
5. FREUD, S. — Deuil et mélancolie (1915), in *Œuvres complètes*. PUF, Paris, 1988, **13**, 259-279.
6. KUBLER-ROSS, E. — *Les derniers instants de la vie*. Labor et Fides, Genève, 1975.
7. LETARTE, P. — Une psychothérapie de dernière heure. *Rev. franç. Psychanal.*, 1991, **55**, 597-601.
8. MARTY, P. — Genèse des maladies graves et critères de gravité en psychosomatique. *Rev. franç. Psychosom.*, 1991, **1**, 5-22.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr B. Grosjean, Rue de Chestret, 8, 4000 Liège.