



HAL
open science

L'émergence de la mort en EHPAD : comment le tabou de la mort refait-il irruption en EHPAD ?

Marine Fochesato

► To cite this version:

Marine Fochesato. L'émergence de la mort en EHPAD : comment le tabou de la mort refait-il irruption en EHPAD ?. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01413231

HAL Id: dumas-01413231

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01413231>

Submitted on 9 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Pierre et Marie Curie - Paris 6

Faculté de Médecine

L'émergence de la mort en EHPAD :

Comment le tabou de la mort refait-il irruption en EHPAD ?



Par Marine Fochesato

Psychologue Clinicienne

RSCA pour le DU Accompagnement et fin de vie

Année universitaire : 2015-2016

Responsables d'enseignement : Professeur Francis Bonnet, Dr Véronique Blanchet, Dr Yolaine Raffray

Sommaire :

Introduction.....	P1
Les 2 derniers mois de Mme Z.....	P3
Problèmes posés par la situation.....	P7
Problèmes que me pose la situation.....	P8
I] Représentations sociales et ethnologiques véhiculées par les EHPAD.....	P9
A) Qu'est-ce qu'un EHPAD ?.....	P9
B) Une mise à distance de la mort en EHPAD ?.....	P10
II] Le traitement de la douleur en situation palliative.....	P11
A) Qu'est-ce que les soins palliatifs ?.....	P11
B) Historique du traitement de la douleur.....	P12
C) Qu'est-ce que la douleur ?.....	P13
D) La douleur du point de vue anthropologique.....	P13
E) La symbolique autour de la douleur, sous l'angle psychanalytique.....	P14
F) Le soulagement de la douleur : une réponse au retour du refoulé de la mort....	P15
III] La sédation continue et l'euthanasie, un évitement de la souffrance d'autrui ?.....	P16
A) La sédation comme réponse à l'angoisse de mort ?.....	P16
B) L'euthanasie, une question de dignité ?.....	P17
Synthèse.....	P18
Conclusion.....	P19
Bibliographie.....	P21

Introduction:

D'emblée, une situation complexe authentique s'est présentée à moi, telle une évidence. En effet, elle était encore présente dans ma pensée car je n'avais pu l'élaborer et la maturer. Elle s'est ainsi déroulée entre fin 05/2015 et fin 07/2015. Quel a été l'élément déclencheur de cette situation qui m'a donné envie de la raconter ?

A mon sens, il s'agit de la difficulté ressentie par plusieurs membres de l'équipe pluri-professionnelle, moi y compris, face à un sentiment d'impuissance concernant la détresse d'une résidente vivant au sein de l'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Impuissance davantage marquée par l'impression que la douleur morale et principalement physique de cette résidente n'ont pas été suffisamment prises en compte, à temps.

Après coup, ce qui semble se dégager de cette situation sont les diverses sollicitations des membres de l'équipe, à différentes intervalles, auprès du médecin traitant salarié de la résidente. Ce dernier incarnant alors dans cette histoire, le rôle principal pour soulager et sortir la résidente de cet état de détresse puisqu'à cette époque nous n'avions pas de médecin coordonnateur. Malgré son écoute certaine et la prise de décisions tendant à soulager la douleur, un sentiment d'épuisement et d'incompréhension collectif et personnel demeure. En effet, le cheminement personnel de ce médecin a été tardif par rapport à cette résidente qui souffrait et le manifestait. Avec le recul, il semble que le personnel et moi-même aient été particulièrement sensibles à l'expression et manifestation de la douleur de cette résidente qui sautait aux yeux lorsque nous étions auprès d'elle.

J'évoquais précédemment la notion de temporalité. Celle-ci semble avoir été cruciale dans l'événement relaté. En effet, en reprenant mes différents échanges de mail, en plus de 2 réunions pluridisciplinaires avec le médecin, il paraît s'être écoulé environ 1 mois pour qu'il y ait eu un soulagement réel et manifeste de la souffrance de la résidente. Cette souffrance n'était pas pleinement quotidienne, excepté vers la fin du mois de juillet 2015.

Ainsi, je m'interroge sur le « blocage » du médecin traitant. Médecin qui apparaissait comme « mauvais objet ». Or, n'avons-nous pas tous notre part de responsabilité dans cette situation ? Serai-je alors traversée par une forme de culpabilité ? Si oui, est-ce la culpabilité de ne pas avoir suffisamment insisté pour que notre discours commun d'alerte soit davantage entendu ?

Je préfère mettre à profit ce sentiment de culpabilité en analysant cette situation afin qu'elle évite de se répéter, à l'avenir.

Enfin, il me faut préciser que cette situation authentique fait intervenir différents professionnels ayant côtoyés la résidente et avec lesquels j'ai eu l'occasion de m'entretenir pendant et après la survenue de cet événement.

Les 2 derniers mois de Mme Z :

J'ai côtoyé Mme Z dans le cadre de l'exercice de ma profession. En effet, je travaille comme psychologue, depuis bientôt 2 ans, dans un EHPAD de Seine-et-Marne (77). J'ai eu l'occasion d'échanger avec cette dame âgée, à plusieurs reprises, mais pas dans le cadre d'un suivi psychologique. En effet, cette femme n'en avait pas besoin et n'était pas en demande. En revanche, j'ai appris à la connaître par le biais de l'élaboration de son Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) et lors de discussions informelles.

Ainsi, Mme Z était une centenaire (105 ans) d'origine Belge. Son père était mineur et sa mère, femme au foyer. Mme Z était issue d'une fratrie de 7 enfants, dont 3 étaient décédés en bas-âge. Elle était venue s'installer en France, en 1930, en raison du manque de travail en Belgique. Lors de son arrivée en France, elle rencontra son époux qui était libraire. Trois ans plus tard le couple se maria et travailla ensemble dans une librairie parisienne. Puis, il acquit divers biens immobiliers dont différents hôtels. En effet le couple se lança, par la suite, dans l'hôtellerie. Quelques années après leur rencontre, Mme Z et son époux donnèrent naissance à 3 fils. Plus tard, ils eurent 7 petits-enfants ainsi que 2 arrière-petits-enfants.

Lorsque je fis connaissance avec Mme Z, elle n'avait plus qu'un fils en vie et cela faisait 11 ans qu'elle vivait au sein de la maison de retraite. En effet, elle y arriva en raison de chutes à répétitions. Mme Z était bien intégrée et paraissait apprécier sa vie en EHPAD. Son fils était très présent puisqu'il lui rendait visite, plusieurs fois par semaine.

En mai dernier, l'état de santé de Mme Z se dégradalorsqu'elle commença à avoir un ulcère à l'une de ses jambes. Cet ulcère finit par la faire basculer dans une phase palliative en raison de l'incurabilité de cette plaie qui ne faisait que s'étendre et se propager, au lieu de montrer la voie de la cicatrisation et donc de la guérison. En effet, plusieurs protocoles eurent été établis par son médecin traitant, en vain. Plus l'ulcère se propageait, plus la douleur était vive chez cette femme. Son médecin traitant avait du mal à donner des médicaments qui soulagent complètement la douleur de sa patiente car il ne craignait qu'ils ne la fassent mourir plus précocement car elle n'en avait eu recours qu'occasionnellement. Ainsi, il redoutait les possibles effets secondaires dont un qui pourrait s'avérer mortel. C'est avec une extrême prudence qu'il prescrivit des antalgiques de paliers 1. Au cours d'une discussion informelle, suscitée par l'envoi d'un premier mail (le 19/05/2015), il me fit part de sa réticence envers l'utilisation des morphiniques car il les associait à la mort (en cas de surdosage ? Je ne sais pas s'il se référait à leur utilisation dans le contexte singulier de sa patiente ou s'il

s'agissait d'une généralité). En effet, il craignait que Mme Z ne supporte pas le dosage classique.

Un mois après cette discussion, je décidai de renvoyer un mail (26/06/2015) au médecin traitant ainsi qu'aux deux IDE (Infirmière Diplômée d'Etat) du service pour leur faire part d'une de mes visites auprès de la résidente. Je tentai alors de retranscrire sa détresse, sa souffrance physique et morale, entendues à mon passage. Je précisai qu'elle appelait ses parents comme pour formuler un appel à l'aide, au secours ou peut-être même pour manifester un besoin de soutien, d'étayage, ses figures parentales pouvant alors incarner la sécurité, la baisse d'un état de tension. Ce mail me valut une discussion avec l'une des IDE qui avait mal pris mon initiative. En effet, elle me reprocha de signifier une forme d'inaction de sa part alors qu'elle aussi faisait les mêmes constats que mes collègues et moi-même. Je pense que je lui renvoyais son impuissance. Cependant, elle m'expliqua qu'elle rencontrait des difficultés avec le médecin qui apparaissait frileux pour prendre des décisions thérapeutiques pour soulager la douleur et qui sans s'en rendre compte la favorisait. Il parut vouloir retarder, à tout prix, l'échéance de la mort en voulant soigner l'ulcère de sa patiente. En ce qui concerne ma démarche d'écriture de mail, j'ai sans doute été maladroite mais n'était-ce pas une manière détournée d'obtenir des réponses à mes questions par manque d'informations, de communication entre nous ?

Plusieurs semaines plus tard, les morphiniques finirent par être instaurés par un confrère médecin – le médecin de Mme Z étant en congés, son collègue prit le relais car il fut interpellé par les équipes – car la résidente était toujours aussi douloureuse. A son retour de vacances, le médecin traitant arrêta le traitement car le personnel observait plusieurs effets secondaires dont la somnolence qui compromettait sa participation aux animations, alors qu'elle les appréciait et la perte d'appétit. Le médecin réintroduit alors les antalgiques classiques de palier 1 ainsi que de l'acupan, 30 minutes avant les soins. Cependant, la douleur refit surface et s'amplifia. Douleurs tellement intenses qu'apparurent des gémissements et des cris chez la résidente, notamment pendant les soins quotidiens d'hygiène ainsi qu'infirmiers. Le médecin, sensible à nos multiples sollicitations et observations, administra nouveau de la morphine, mais à plus petite dose que son confrère. Malgré tout, les douleurs demeurèrent comme pouvaient l'attester les transmissions écrites des collègues soignantes et infirmières. Prenant acte de cela, je décidai d'envoyer un autre mail (le 07/07/2015). Effectivement, on peut dire que j'étais dans une forme d'acharnement, à mon tour mais d'interpellation vis-à-vis du médecin. Je lui avais alors transféré une transmission qui m'avait alertée. Je souhaitais le

sensibiliser pour qu'il intervienne, au plus vite. Le médecin m'avait alors remercié pour l'avoir informé et il avait alors décidé de faire le point avec l'une des IDE. Il conclut ce mail en m'expliquant que les escarres s'agrandissaient et que les douleurs étaient intermittentes, selon les jours. Suite à sa réponse, j'ai rédigé un nouveau mail (le 08/07/2015) en lui disant que je me permettais de donner mon avis et qu'il me paraissait primordial de soulager constamment les douleurs de Mme Z, dans le cadre de la démarche palliative (d'ailleurs, même sans cette démarche) dans laquelle elle se trouvait. Je lui avais alors demandé si le dosage en morphinique était bien suffisant compte-tenu de la persistance des douleurs. Je l'avais enfin invité à ce que nous en reparlions de vive voix, s'il le souhaitait. Suite à ce mail, nous avons donc fait une réunion avec le médecin traitant, une IDE, une A-S (Aide-Soignante), une animatrice et moi-même. Ainsi, le traitement avait été revu avec l'instauration d'un anxiolytique. Celui-ci fut prescrit car lors des descriptions des IDE et A-S sur la souffrance de Mme Z, elles relatèrent une forme d'anticipation anxieuse aux soins infirmiers ainsi qu'une appréhension à la manipulation lors de la toilette. En d'autres termes, il semblerait que Mme Z eut des réactions d'angoisses défensives car elle apparaissait ultrasensible. Aussi, les infirmières eurent comme consigne médicale de nettoyer la plaie en faisant des détersions, presque tous les jours, et enfin, un pansement.

Le 22/07/2015, je renvoyai de nouveau un mail en transférant une transmission d'une collègue animatrice qui avait prodigué une séance de SNOEZELEN, 6 jours avant, et qui avait constaté que la résidente était toujours douloureuse après le pansement, que la séance de SNOEZELEN avait été donnée pour apaiser la résidente et que suite à cela, la résidente s'était endormie. Le médecin m'avait également remercié pour l'information et m'informa que le traitement morphinique avait été sensiblement augmenté depuis et serait réévalué régulièrement.

Puis, le médecin coordonnateur intervint dans cette situation afin de faire respecter les volontés de la résidente et de son fils, dans une démarche de soins palliatifs : pas d'acharnement thérapeutique, pas d'hospitalisation, soulagement de la douleur, privilégier le confort, la qualité de vie au profit de la quantité de vie. En effet, le fils de Mme Z avait été informé de cela par le médecin traitant. Néanmoins, son discours apparut changeant. Il n'était pas au clair avec les modalités de l'accompagnement de fin de vie, il pensait que nous ne pouvions pas accompagner sa mère « jusqu'à la fin ».

Par ailleurs, il semblerait que ce soit le médecin coordonnateur qui ait appuyé la visite de l'HAD (Hospitalisation A Domicile) alors que cela avait été abordé, également, en réunion plusieurs semaines auparavant, en vain. Finalement, cette intervention permit de répondre à la situation actuelle qui était de soulager la dame âgée et la laisser quitter notre monde avec davantage de sérénité. Ainsi, l'HAD avait prescrit de la morphine toutes les heures. Suite à la venue de cette équipe spécialisée, les deux médecins traitants ont pu verbaliser une forme de culpabilité face à cette intervention qui plus est tardive : « On a pas mal fait ».

La résidente est décédée peu de temps après l'intervention de l'HAD, soit le lendemain.

Problèmes posés par la situation :

L'un des problèmes soulevés par la situation est la balance entre les effets bénéfiques du traitement dont la diminution de la douleur voire sa disparition et les effets secondaires : perte d'appétit, somnolence, faciès crispé, moins souriante soulignant un changement de comportement, signalés par les animatrices : Mme Z ne participe plus aux animations.

Un autre problème mis en exergue par cette situation pourrait être en lien avec le discours du fils de Mme Z : la mort en maison de retraite n'est pas nécessairement ancrée dans l'imaginaire collectif. Effectivement, les personnes âgées ont plutôt tendance à mourir à l'hôpital que chez elles. Ainsi, il y a la pensée que la mort a besoin d'être médicalisée, professionnellement assistée, accompagnée ?

Ce qui prime dans la description de cette situation est la pénibilité ressentie face à la douleur physique, la souffrance éclatée au grand jour, visible par les cris et appels de Mme Z. Cette douleur n'est-elle pas la manifestation du vivant et dans le même temps, celle de la mort ? Par ailleurs, il semble avoir manqué une réévaluation de la douleur via des échelles.

En outre, il y a eu véritablement une absence de réunion en équipe pluri-professionnelle où chacun pouvait exprimer ses ressentis face à cette situation. Mais, à l'initiative de plusieurs personnes (animatrices, psychologue, une des IDE), il y a eu une réelle demande de dialogue pour apporter des observations communes et singulières – permettant l'instauration d'un anxiolytique car en plus de la douleur physique réelle c'était surajouté l'appréhension de la douleur liés aux soins généraux, idem pendant la toilette-.

Enfin, l'ultime problème qui a pu être interpellant dans cette situation est en lien avec l'intervention de l'HAD. Finalement, ne fait-on pas appel à elle trop tardivement ? Ou bien, ne les assimile-t-on pas, au mourir ? Si oui, n'y a-t-il pas l'idée qu'elle vient symboliser la mort, l'intervention de la mort ? Pour Mme Z, cette équipe spécialisée a administré des doses de morphines, toutes les heures. Dans le discours de certains membres du personnel, cela aurait ainsi aidé, favorisé, Mme Z « à mourir » alors que ce moment était inévitable.

Problèmes que me pose la situation :

Désormais, l'un des problèmes que me pose la situation est mon recours à la messagerie. Pourquoi ne pas en avoir davantage parlé de vive voix avec mon collègue médecin ? A cela, me vient 2 possibilités de réponses : la première semble en lien avec des jours de travail différents. En ce qui me concerne, je travaille à temps plein mais mon collègue n'est là qu'à mi-temps. Il intervient, essentiellement le matin - à raison de 3 fois par semaine - et une fois dans la semaine, l'après-midi. Il a plusieurs patients à aller visiter et finalement, a peu de temps pour les réunions (ce qui est également mon cas car j'ai du renoncer à assister systématiquement aux réunions de transmissions hebdomadaires qui ont lieu à chacun des étages) bien qu'il soit très investi et vienne auprès des équipes, et notamment des infirmières pour avoir des informations sur les résidents. Par conséquent, nous avons des difficultés à faire concorder nos différents emplois du temps pour prendre le temps de discuter de vive voix. La deuxième possibilité de réponse face à mon usage de la messagerie, au détriment d'une rencontre, pourrait être en lien avec gêne de ma part. Gêne sur le fait d'insister là où cela fait mal, de provoquer la rencontre qui semblait être mise à distance, évitée. Par ce biais, n'ai-je pas souhaité promouvoir la discussion et la réflexion ainsi que la confrontation à nos diverses observations afin de tenter de faire au mieux pour soulager Mme Z ? Ainsi cela rend compte d'un manque de communication verbale, en face à face et en équipe pluri-professionnelle.

Ce qui me pose d'autant plus problème est que certains membres de l'équipe ont continué d'alerter le médecin traitant qui a peine à intervenir. Que s'est-il passé ? Le médecin ne doit-il pas accompagner ses patients à mourir sereinement ? Son fantasme d'immortalité n'a-t-il pas été mis à rude épreuve avec cette patiente centenaire dont il aurait secrètement apprécié prolonger sa vie ? Son désir de toute puissance de guérison n'a-t-il pas pris le dessus ? La négation, le déni de la mort ne sont-ils pas actifs dans cette situation ? Autrement dit, n'y a-t-il pas un conflit entre le désir de prolongement de la vie et celle de l'approche réelle de la mort ?

Selon moi et d'autant plus dans cette situation, le tabou de la mort, le déni de celle-ci en EHPAD serait la résultante des difficultés à aborder les S-P, compte-tenu de leur proximité avec la mort. Même si elle est lointaine, elle ferait vaciller le fantasme d'immortalité. Il s'agit de l'illusion que chaque être humain serait immortel. Cela nous permet de mettre à distance notre condition de mortel mais celle-ci est généralement réactivée lors de l'approche du

vieillesse, d'où la tendance actuelle de notre société à vouloir l'éloigner, la maquiller, la distancer, le plus possible afin de rester dans ce fantasme de non-mort.

Problématique :

Ainsi, l'ultime question me venant spontanément à l'esprit et me permettant de rédiger ma problématique se formulerait ainsi :

- Taire la douleur pour taire l'approche de la mort ?

Ma problématique est donc la suivante :

« Comment la mise à distance de la mort fait-elle irruption dans le traitement de la douleur, en situation palliative, des personnes âgées vivant en EHPAD ? »

Approfondissement du sujet choisi :

Afin de mener à bien cette réflexion, il me semble pertinent d'évoquer les représentations sociales et ethnologiques sous-jacentes à l'EHPAD pouvant souligner cette mise à distance de la mort. Puis, de réfléchir au traitement de la douleur en situation palliative. Enfin, j'aimerais évoquer la question de la sédation continue et l'euthanasie car elles pourraient être le prolongement futur du traitement de la douleur.

I] Représentations sociales et ethnologiques véhiculées par les EHPAD.

A) Qu'est-ce qu'un EHPAD ?

Avant d'aborder les diverses représentations véhiculées par l'EHPAD, attachons-nous de le définir. Il s'agit d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes faisant partie du champ médico-social. En effet, ce type d'établissement est médicalisé. Par ailleurs, l'entrée en EHPAD se fait à partir de 60 ans mais il est possible d'obtenir une dérogation si l'état de santé le nécessite. Ainsi, il faut que la personne âgée soit en « ***perte d'autonomie*** »¹ pour y prétendre. En d'autres termes, entrer en EHPAD suppose que la personne ne soit plus indépendante que ce soit sur le plan physique, psychique ou cognitif. Ce sont alors les défaillances, les altérations psycho-neuro-corporelles qui viennent rendre compte du vieillissement et présuppose la venue en EHPAD. Ainsi, le passage de l'indépendance, véhiculé par la capacité du sujet à rester seul, à celui de la dépendance est

¹ <http://vosdroits.service public.fr/F763.xhtml>

signifié par l'arrivée en EHPAD et renforce la survenue future de la mort. Si bien souvent, cet état de fait apparaît plus ou moins clair pour les résidents, il n'en reste pas moins que cela apparaît souvent occulté par le personnel soignant. Cette posture semble illustrer que dans notre société actuelle la mort est taboue. Il semblerait que ce soit un procédé défensif nous permettant de conserver notre fantasme d'immortalité. Pour S. Freud (1915), le sujet est incapable de se représenter sa mortalité. En effet, elle nous échappe, on ne sait pas ce qui s'y cache, elle ne peut être représentable. C'est pourquoi : « [...] ***dans l'inconscient chacun de nous est convaincu de son immortalité.*** »² Néanmoins, cette irreprésentabilité de la mort ne signifie pas l'incapacité de prendre conscience de sa mort ainsi que de l'angoisse qui la sous-tend (de castration). De surcroît, le travail en EHPAD confronte à une situation paradoxale. Il demeure une certaine ambiguïté, ambivalence dans l'action des soignants ayant une portée médicale, de soins physiques (médecins, infirmières, aides-soignantes). Surtout lorsque l'une des visées sous-jacente de leur métier est la guérison ou encore la conservation de la santé. Mais, la maladie ou encore le vieillissement fait planer le spectre de la mort. Or, comment accompagner au mieux les sujets âgés qualifiés en « fin de vie » ou en situation palliative qui pourraient leur renvoyer leur échec de guérison et leur impuissance face à la survenue de la mort ?

B) Une mise à distance de la mort en EHPAD ?

Mon postulat concernant une mise à distance de la mort en EHPAD s'étaye sur la difficulté des structures à aborder les souhaits de fin de vie, sur le choix de la personne de confiance ou encore à évoquer les directives anticipées auprès des personnes âgées et de leurs proches ainsi que dans le traitement de la douleur, comme nous le verrons ultérieurement. En outre, il n'y a qu'à recueillir les différentes appellations utilisées dans le vocabulaire institutionnel pour se rendre compte que cette mise à distance de la mort est bien effective, au profit d'un surinvestissement de la vie. Par exemple, on parle de Projet de Vie Personnalisé (PVP), d'unité ou de lieu de vie pour désigner l'endroit où séjournent les personnes âgées. De surcroît, on définissait les maisons de retraite de l'époque comme étant des « mouirois ». A l'heure actuelle, il n'est pas rare de voir des personnes âgées « en fin de vie », débarquer dans les services d'urgence, et y décéder quelques temps après leurs arrivées. Ce qui semble une fois encore traduire cet évitement de la mort. Afin d'illustrer mon propos, je me suis appuyée sur une étude initiée par trois ethnologues, immergés en EHPAD, durant 6 mois. Ces derniers

² Freud, S. (1915). *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort.* (pp. 143). Petite bibliothèque Payot.

confirment que les questions relatives « aux dernières volontés » sont rarement abordées. Ils ajoutent également que ce qui tourne autour du décès est généralement caché. Il n'y a qu'à observer les précautions prises pour faire quitter les dépouilles, des structures. Il y a rarement des veillées funéraires mais au contraire, des choix de moments stratégiques pour l'enlèvement des corps, par exemple, lors des repas ou des animations afin de ne pas exposer la mort aux résidents. D'ailleurs, les ethnologues constatent que la mort « *est vécue comme un non-événement. La plupart du temps, c'est le silence qui entoure la disparition.* »³ En d'autres termes, rares sont les EHPAD qui réfléchissent à la possibilité d'instaurer des rites funéraires. Généralement, la mort est cachée au nom de la protection des vivants, des autres résidents. Par ailleurs, les ethnologues constatent l'ambivalence des professionnels d'EHPAD, au sujet de l'accompagnement de fin de vie. Bien souvent, ils souhaitent être présents lors du trépas et dans le même temps, ils préfèrent être de repos, en dehors de l'établissement lorsque cela se manifeste. Ce qui amène à penser S. Doutréline, l'un des ethnologues, que le moment de la séparation avec le mourant, pour le personnel, est difficile à penser et par conséquent, peut être marqué par « *leur désengagement au quotidien* ». ⁴ J'ajouterai que dans ma pratique, il m'a souvent été demandé d'informer personnellement un ou plusieurs résidents du décès de l'un d'entre eux car le personnel soignant ne voulait pas s'accommoder de cette tâche qui est pourtant l'affaire de tous. Afin de rendre compte de la mise à distance de la mort, en EHPAD, via le traitement de la douleur, il était nécessaire d'évoquer de manière générale, la façon dont elle se manifeste au quotidien. Nous verrons donc spécifiquement comment elle se traduit dans le soulagement de la douleur, en situation palliative, et ce que celle-ci implique tant d'un point de vue anthropologique ou encore psychanalytique.

III] Le traitement de la douleur en situation palliative.

A) *Qu'est-ce que les soins palliatifs ?*

Je compte alors orienter ma pensée sur l'analyse du traitement de la douleur en situation palliative (« C'est tout ce qui reste à faire lorsqu'il n'y a plus rien à faire. »⁵) en abordant uniquement la phase palliative et terminale. A mon sens, il ne s'agit pas des mêmes enjeux qui se manifestent lors de son traitement que dans la phase curative, par exemple. En effet, la phase palliative succède à la phase curative qui consistait jusqu'alors à combattre

³ Doutréline, S. (2006). *Regards ethnologiques sur les maisons de retraite*. Horizons stratégiques 2006/1 (n°1), p.98-111

⁴ Ibid. (pp.107).

⁵ Citation de Th. Vanier.

l'affection potentiellement létale, coûte que coûte, afin de gagner de l'espérance de vie et d'aboutir sur une guérison ou tout du moins vers une rémission durable. En revanche, la phase palliative privilégie la qualité de vie car l'échéance de la mort, même si elle est inconnue, est inévitable et fortement probable (question d'années, de mois voire de semaines). Ainsi, on privilégiera le confort de la personne malade et l'on soulagera les symptômes gênants provoqués par la maladie, pour assurer au mieux son bien-être. C'est ce qu'on appelle la phase palliative active et symptomatique puisque dans la première situation, « *les traitements spécifiques (à visée curative) sont encore indiqués pour ralentir l'évolution de la maladie même si la guérison n'est plus possible* ⁶ » et dans la seconde, « *les traitements prescrits ne visent plus que le confort* »⁷. Quant à la phase terminale, elle se caractérise par l'approche imminente de la mort (quelques jours voire quelques heures) et par la recherche absolue du confort, peu importe le risque thérapeutique que peuvent entraîner certains médicaments. Aussi, elle se divise en trois phases : la phase pré-agonique, la phase agonique et la mort. La première se manifeste par l'altération en partie ou en totalité des fonctions vitales telles que le cerveau, le cœur ou encore le poumon. La seconde correspond au moment du trépas avec l'arrêt total des fonctions vitales amenant alors au décès. Enfin, nous verrons l'importance de l'approche des soins palliatifs dans le traitement de la douleur.

B) Historique du traitement de la douleur.

Le soulagement de la douleur fait partie des missions premières des Soins Palliatifs et correspond en partie à la création d'un tel mouvement. En effet, l'approche antérieure des mourants (jusque dans les années 80, en France) était à l'opposé de ce que l'on perçoit actuellement. On ne savait que faire, quoi proposer à une personne atteinte d'une maladie mortelle. Généralement, cette personne était abandonnée à son sort (même si ce n'était pas le cas de tous les professionnels), si elle n'était pas décédée entre-temps et de manière précipitée, du fait de l'injection d'un cocktail lytique pour abrégier ses souffrances et sa condition de mourant. D'ailleurs, la prescription d'antalgique était rarissime puisqu'étaient véhiculées des représentations négatives concernant les opiacés comme les morphiniques. Ces derniers étaient jugés comme rendant dépendant voire induisant la mort. Lorsque ces traitements antalgiques étaient manipulés et mélangés à d'autres substances chimiques, à hautes doses, le but était d'engendrer la mort. Cette perception des morphiniques accélérant la

⁶ Blanchet, V. et al. (2011). *Soins palliatifs : réflexions et pratiques*. (pp.158). 4^{ème} édition actualisée et enrichie. Formation et développement.

⁷ Ibid.

mort semblent toujours d'actualité, comme le souligne ma situation clinique ou encore comme l'attestent d'autres écrits récents, dans ce sens. L'arrivée des Soins Palliatifs paraît avoir sensiblement fait basculer les anciennes pratiques, a pu amorcer des réflexions éthiques en matière d'accompagnement et elle a pu s'imposer comme « experte » du traitement de la douleur.

C) Qu'est-ce que la douleur ?

Il s'agit d'une « *souffrance physique ou morale* »⁸. Autrement dit, la douleur n'est pas uniquement corporelle elle peut être également psychologique. C'est également une « *sensation perçue comme désagréable* »⁹. En d'autres termes, cela induit qu'il faille percevoir pour avoir mal. Par ailleurs, la douleur est un phénomène neurophysiologique complexe incluant diverses dimensions : affectives, comportementales, sensorielles ou encore cognitives. Ces dimensions pouvant varier, se moduler en fonction de l'individu ou encore de son milieu environnemental, sociétal voire culturel. Enfin, la douleur est difficilement quantifiable et elle est propre à chacun. Pour certains, elle sera donc exprimée à travers des cris, gémissements, mimiques, pleurs et pour d'autres, elle sera gardée silencieusement voire étouffée (ce qui est de mise dans les cultures asiatiques).

D) La douleur du point de vue anthropologique.

Selon D. Le Breton (2006), la douleur vient marquer une défense de l'homme, en lien avec une défaillance dans son organisme. Cette douleur peut également avoir plusieurs sens et n'est pas anodine. Elle peut avoir plusieurs fonctions: d'appel, de se sentir exister, de « *maintien de l'identité* »¹⁰, de demande d'« *attention* »¹¹ et de « *reconnaissance* »¹². En d'autres termes, elle signale un mal-être identitaire qui présuppose un appui, le soutien d'autrui. La douleur en situation palliative ou terminale est manifestement un signal ancré dans la vie et est une demande d'être reconnu par ses pairs comme étant toujours en vie malgré l'approche de la mort. Ainsi, l'écoute de la douleur par autrui opère une fonction d'apaisement (D. Le Breton, 2006) voire de soulagement. A l'inverse, il semblerait que l'absence de cet autre, témoin de la souffrance, ne fasse qu'accentuer l'envahissement du sujet

⁸ Larousse de poche. Dictionnaire. (1996). (pp.208).Larousse.

⁹ Blanchet, V. et al. (2011). *Soins palliatifs : réflexions et pratiques*. (pp.158). 4^{ème} édition actualisée et enrichie. Formation et développement. (pp.86).

¹⁰ Le Breton, D. (2006). *Anthropologie de la douleur*. Métailié. (pp.46).

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

par sa douleur puisqu'elle amène un repli sur soi, sur ses éprouvés corporels. Si à l'époque judéo-chrétienne, la douleur était perçue différemment qu'à notre ère puisqu'elle soulignait une faute, un écart morale ou encore un pêcher de l'être humain, elle était alors assumée et l'on ne cherchait pas nécessairement à la soulager. A l'inverse d'aujourd'hui où le malade et/ou son entourage familial ou médical cherchent à s'en débarrasser. Or, si le traitement de la douleur est une telle préoccupation c'est parce qu'il est ancré dans le code de déontologie médical et dans la loi. A l'heure actuelle, il faut absolument éradiquer la douleur car sinon le souffrant risque de basculer dans l'indignité. Cependant, souffrir peut avoir des bénéfices secondaires et avoir du sens, comme on l'a vu, pour celui qui la ressent. Selon D. Le Breton (2006) : « **Abolir la faculté de souffrir serait abolir sa condition d'homme** ». Désormais, intéressons-nous aux symboles de la douleur du point de vue analytique.

E) La symbolique autour de la douleur, sous l'angle psychanalytique.

Selon S. Amar (2012)¹³, la douleur est le garant de la vie et vient s'opposer à la mort qui serait incarnée par l'état de sommeil permanent. L'auteur précise, à ce propos, que certains patients seront réfractaires à cet état de sommeil induit par certaines thérapeutiques médicamenteuses, telles que la « mort-fine », à cause de cette peur de ne plus jamais pouvoir se réveiller. De surcroît, le traitement antalgique peut amener une forme de plénitude, de lâcher prise. Or, ceci pouvant être perçu par certaines personnes comme un sentiment de perte de contrôle sur soi, voire une forme d'immobilisme. Immobilité, passivité pouvant renvoyer à la mort. Selon C. Dejours (1986), la douleur servirait de barrière, de défense « **contre la mort psychique voire somatique** »¹⁴. Une fois encore, elle peut être perçue comme un moyen de protection, garant de la vie. Finalement pour les différents auteurs cités précédemment, comme pour Th. S. Szasz (1986), il y a une véritable « **utilité du symptôme douloureux** »¹⁵. Notamment, utile pour le sujet malade puisse se plaindre à/et envers ceux « **dont il a l'impression qu'ils l'ont laissé tomber.** » En effet, l'expérience de la douleur semble avoir une certaine proximité avec la mort et renvoyer à l'impuissance et à l'échec de la continuité d'exister. Il semble alors plus facile de la chasser de sa conscience en s'éloignant du sujet malade. Autrement dit, dès lors qu'il y a de la douleur, en phase palliative et/ou terminale, il

¹³ Amar, S. (2012). *L'accompagnement en soins palliatifs, approche psychanalytique*. Dunod.

¹⁴ Dejours, Ch. (1996). *Traitement psychosomatique de la douleur*. Le Coq Héron. N° 97.(pp. 36-43).

¹⁵ Szasz, T. S. (1986).

semblerait qu'elle soit perçue ou vécue comme étrangeté inquiétante car annonciatrice de la mort.

F) Le soulagement de la douleur : une réponse au retour du refoulé de la mort ?

S. Freud (1919) décrit l'inquiétante étrangeté comme : « [...] *rien de nouveau ou d'étranger mais quelque chose qui est pour la vie psychique familier de tout temps, et qui ne lui est devenu étranger que par le processus de refoulement. La mise en relation avec le refoulement éclaire aussi maintenant pour nous la définition de Schelling selon laquelle l'étrangeté inquiétant serait quelque chose qui aurait dû rester dans l'ombre et qui en est sorti.* »¹⁶ En d'autres termes, ce qui apparaît constituer l'inquiétante étrangeté est ce qui a été auparavant quotidien, habituel et dont on avait pleinement conscience. Ainsi, il semblerait que la douleur soit devenue un nouveau tabou, une nouvelle chose pour laquelle nous luttons et tentons de nous protéger afin d'éloigner au mieux l'inévitable de la mort. Excepté lorsque la douleur apparaît, elle nous fait prendre conscience de notre condition de mortel. Comme le suggère S. Amar, la douleur ne traduirait-elle pas le retour du refoulé de la mort ? Ne serait-ce pas ce retour à la conscience qui nous pousserait à agir, coûte que coûte, en voulant anesthésier la douleur et inconsciemment, la mort ? De surcroît, cette exigence de soulagement de la douleur induite par la loi et dans le code de déontologie médicale paraît, selon l'auteur, être une réponse face à l'impuissance de la survenue de la mort. Il ajoute que cette impuissance s'atténuerait en déplaçant la mort sur l'un de ses représentants symboliques qu'incarne la douleur. En d'autres termes, si l'on parvient à traiter, à soulager la douleur cela permet d'atténuer notre passivité et impuissance face à la réalité de la mort, voire à nous donner l'illusion qu'elle peut être maîtrisée. Par conséquent, l'idée actuelle qu'une « bonne mort » serait une mort sereine, apaisée, sans souffrances, émerge davantage. Il semblerait que cette pensée permette de contenir, à minima, l'angoisse de mort réactivée avec la perception de la mort d'un proche. Or, cet idéal de soulagement de la douleur n'a-t-elle pas un prix ?

¹⁶ Freud, S. (1919). *L'inquiétante étrangeté*. Folio. (pp.31-99).

III] La sédation continue et l'euthanasie, un évitement de la souffrance d'autrui ?

A) La sédation comme réponse à l'angoisse de mort ?

Cette réflexion sur le soulagement de la douleur m'amène à aborder et me questionner sur la sédation. Etymologiquement, la sédation vient du latin « sedare » qui signifie « *apaiser, calmer* »¹⁷. V.Blanchet¹⁸ explique que la sédation est évoquée lors de situations spécifiques : lors de l'apparition de « *symptômes réfractaires* », de « *situations aiguës à risque vital immédiat* » et lors de « *situations spécifiques et complexes (limitation et arrêt de traitement)* »¹⁹. En d'autres termes, la sédation serait alors indiquée uniquement dans le but d'apaiser, soulager l'état de détresse, la souffrance du patient. Le temps de la sédation est nécessairement co-pensé avec le patient lorsque cela est possible, sinon, avec sa personne de confiance ou bien ses proches. Actuellement, il existe 3 formes de sédation. La première est de brève durée. La deuxième est discontinue puisqu'elle alterne entre des moments d'éveils et de sommeil induit. Dans les deux premiers types de sédation, la communication reste activement recherchée et le but n'est pas de prolonger le sommeil. Pour la dernière approche, où un sommeil profond et persistant jusqu'au décès du malade est induit, sous couvert d'éviter d'atroces souffrances, cela mérite une plus grande réflexion quant aux raisons latentes d'une telle approche. En effet, si l'on reprend nos questionnements précédents, on est en mesure de se demander pour qui ce symptôme est intolérable ? Est-ce pour le patient lui-même ou plutôt pour nous, spectateurs de la souffrance d'autrui ? Ne serait-ce pas une fuite en avant, un évitement vis-à-vis de la douleur, envers la mort d'autrui, comme le suggère certains auteurs ? Par ailleurs, la nouvelle loi énonce que la médecine doit mettre tout en œuvre pour soulager la douleur, même si ces moyens risquent d'engendrer la mort (théorie du « double effet ») afin que la personne puisse avoir une fin de vie digne. Ce nouveau texte pourrait renforcer le fait que la sédation est inévitablement associée à la mort. Dans ce cas, quelle serait la différence entre sédation et euthanasie ? Réponse : l'intentionnalité, comme l'explique S. Amar. Enfin, la sédation continue semble répondre à cette idée actuelle d'une « bonne mort », comme expliquée précédemment.

¹⁷ Legros, B. (2011). *Euthanasie, arrêt de traitement, soins palliatifs et sédation. L'encadrement par le droit de la prise en charge médicale de la fin de vie*. Les Etudes hospitalières.

¹⁸ Blanchet, V. *Réflexion sur la sédation en fin de vie*. SFAP. Disponible en ligne: <http://www.sfap.org/>

¹⁹ Guide d'aide à la décision dans la mise en œuvre d'une sédation pour détresse en phase terminale.

B) L'euthanasie, une question de dignité ?

Nous évoquions, précédemment, la question de la dignité qui est si souvent évoquée dans les textes de lois au sujet des droits des malades mais aussi par ceux qui sont favorables à l'euthanasie. Ce dernier signifie étymologiquement la « bonne mort » ou la « mort douce ». La définition actuelle de P.Verspieren est « *tout comportement suivi des faits dont l'objectif est de provoquer la mort d'une personne, pour lui éviter ainsi des souffrances.* »²⁰ En d'autres termes, la mort est provoquée par un tiers, à la demande du sujet souffrant. Le site internet du Larousse précise que cette mort est donnée à une personne souffrant d'une pathologie létale dans le but d'arrêter ses souffrances ou son agonie. Une fois de plus, ce qui motive l'anticipation et le choix de l'arrêt de sa vie, se fait au nom de l'expérience de la douleur psychique et/ou physique et ce qu'elle peut nous renvoyer : perte de contrôle de soi, dépendance, sentiment de perte de sa dignité et marquer une rupture avec l'illusion de notre immortalité, notamment. Ainsi, ce soulagement à l'extrême de la souffrance apparaît comme réponse pour la préservation de la dignité. Celle-ci désigne le « *Respect dû à une personne, à une chose ou à soi-même. Retenue, gravité dans les manières : manque de dignité. Fonction éminente, distinction honorifique.* »²¹ Selon E. Fiat (2016)²², le respect de la dignité est devenu un devoir sur lequel on ne peut transiger. E. Kant (1788)²³ dit qu'il existe une affirmation selon laquelle, tout individu est digne et ce, peu importe son âge, son sexe, sa santé, sa culture, son appartenance religieuse, ses transgressions, etc. Selon le philosophe, la loi morale est portée en chacun de nous et pour éviter que la dignité ne s'attache qu'à une catégorie de personne, ce concept de loi moral, s'étend à tous. Cela incluant alors le respect d'autrui, peu importe sa condition, etc. Il précise alors que le respect de la dignité de chacun de nous « *se trouve dans le regard qu'autrui porte sur moi* ». Mais cette conception n'a pas toujours été. Avant l'époque kantienne, plus on souffrait, plus on était digne, cela était en lien avec la religion Chrétienne. E. Fiat, nous renseigne qu'il existe deux types de dignité. La première est ontologique et correspond au concept Kantien. La seconde est posturale et seule la grandeur, le maintien, la décence, la retenue sont considérés comme étant dignes (en lien avec la bourgeoisie). Par conséquent, souffrir serait indigne car il n'y aurait plus cette retenue, ce contrôle, maîtrise, etc. La souffrance ne contiendrait plus l'animalité de l'homme. Selon cette approche, la dignité se mesurerait alors que dans l'autre modèle non. Dans notre société

²⁰ Verspieren, P. (1996). *La demande d'euthanasie et ses significations*. Laennec. (pp.5-8).

²¹ Larousse de poche. (1996). Dictionnaire. (pp.208).Larousse.

²² Fiat, E. (2016). *Cours DU : Accompagnement et fin de vie*.

²³ Kant, E. (1788). *Critique de la raison pratique*.

actuelle, on peut observer un basculement concernant ses deux approches puisque la souffrance semble désormais perçue comme indigne voire obscène. Cela pourrait ainsi expliquer le souhait actuel de stopper tout ce qui peut nous apparaître indigne, en ayant recours à des approches extrêmes de soulagement de la douleur telle que la sédation continue jusqu'au décès et par ce fantasme d'euthanasie ? Cependant, si le regard que nous portons sur l'être souffrant change, notre manière d'accompagner également. Ne serait-ce pas nous qui véhiculons cette image dégradée de la fin de la vie et ne serait-ce pas l'émergence d'un autre regard que souhaite nous apporter les Soins-Palliatifs ? A E. Fiat de conclure : « *La dignité d'un homme se trouve-t-elle dans la possession de qualité particulière, dont la perte entraînerait logiquement l'indignité du sujet ou dans le regard d'autrui sur ce même homme ?* »²⁴ Finalement, ce qui compte en présence d'un malade, ce n'est « [...] *pas tant de faire quelque chose que d'être là, pas tant de dire que d'écouter : ouvrir un vide de bonne qualité, à l'intérieur duquel les paroles du mourant peuvent se déployer [...]* »²⁵. Le soignant, toute personne autour du malade, du mourant est le « *garant de son humanité* ». En d'autres termes, c'est la reconnaissance de l'autre envers moi qui fonde mon humanité, donc ma dignité.

Synthèse :

Je constate que ma manière de percevoir cette situation authentique a changé. D'une part parce que j'ai mieux cerné et compris les enjeux dont il était question lors de cet événement : l'analyse du bénéfice/risque dans le soulagement de la douleur physique, le contexte d'une situation palliative qui impacte le mode de pensée, l'importance et limites du désir de soigner et la réflexion autour du sens de la vie ainsi que de la mort. D'autre part, cela m'a personnellement donné des pistes de réflexion dans la manière dont nous percevons la douleur que ce soit sur le plan anthropologique, ethnologique, psychanalytique ou encore philosophique. J'ai pu constater qu'il y avait plusieurs points de convergences dans ces différentes approches. Cela m'a d'ailleurs permis de me décentrer de mon ressenti négatif vis-à-vis de cette situation pour au contraire, mieux l'explorer, la comprendre et en tirer quelque chose de positif. Cela m'a donné l'occasion d'appréhender davantage ce qui s'est joué, tant sur le plan personnel que professionnel, au sujet de mes collègues et de moi-même. Si une situation quelque peu similaire devait être amenée à se reproduire, je ne réagirai sûrement pas de la même manière. Je pense que je solliciterai une réflexion en équipe pluri-professionnelle,

²⁴ Fiat, E. (2016). *Cours DU : Accompagnement et fin de vie*.

²⁵ Ibid.

plus précocement. J'informerai aussitôt mes collègues pratiquant le SNOEZELEN afin que nous puissions déterminer ensemble si la personne pourrait bénéficier ou non de ce type d'accompagnement. Je solliciterai le médecin afin de savoir ce qui l'interroge, ce vers quoi il tend face à cette situation. Je lui proposerai de rencontrer cette personne, en binôme. Je tenterai de m'investir différemment dans la réflexion d'équipe, maintenant que je suis formée aux Soins Palliatifs, afin de tenter de transmettre cette philosophie. Enfin, j'essaierai de nous amener à nous questionner, ensemble, sur le sens de nos pratiques, sur notre éthique et sur l'importance de notre juste présence auprès de la personne.

Conclusion :

Après-coup, il semblerait qu'il n'y ait pas de spécificités, dans le traitement de la douleur, en situation palliative, des personnes âgées vivant en EHPAD. Je n'ai pas trouvé d'articles démontrant un traitement particulier de la douleur auprès de ce public, en EHPAD, soulignant davantage la mise à distance de la mort. Mon constat est que cette mise à distance peut survenir n'importe où il y a de la vie, que ce soit dans les établissements médico-sociaux, par exemple, ou encore à l'hôpital. En revanche, on constate que dans ces lieux où l'on est confronté à la mort, où l'on s'y est « préparé », cela n'empêche pas au tabou, au refoulement de s'immiscer dans nos pratiques. D'ailleurs, il semblerait qu'il y ait plusieurs manières de repousser le moment de la mort, lorsqu'on y est confronté en tant que spectateur. L'une d'entre elle est l'évitement comme lors de ma situation clinique. Il y a également ce qu'on appelle, en psychologie, des passages à l'acte possibles qui se traduisent par le recours à des actes transgressant des interdits qu'ils soient individuels ou collectifs pouvant s'incarner, même si ce n'est pas le cas légalement en France, à l'euthanasie et je pense également à la sédation continue jusqu'au décès. D'ailleurs, dans les rares cas de réelles demandes d'euthanasies répétées, celles-ci disparaissent, une fois qu'un traitement est instauré pour le soulagement de la douleur physique et psychique (cf. étude menée par V. Blanchet et al.) Dans cette étude, les motifs des demandes étaient en lien : avec « *le refus d'être une charge pour l'entourage, ne plus supporter le fardeau de la maladie si pas guérison, ne pas imposer aux autres la vue de son corps délabré, le droit de décider de sa mort et le refus de continuer à vivre si plus de sens.* »²⁶ Par l'intervention de l'équipe mobile de soins-palliatifs, on peut supposer qu'elle a pu redonner du sens, amener symboliquement cette dignité par l'écoute du vécu douloureux des malades et poser un autre regard (humain) sur eux, en plus

²⁶ Blanchet, V. et al. (2011). *Soins palliatifs : réflexions et pratiques*. (pp.158). 4^{ème} édition actualisée et enrichie. Formation et développement.

d'un soulagement médicamenteux de la souffrance psychologique et somatique. Ainsi, ce soulagement à l'extrême de la souffrance apparaît comme réponse pour la préservation de la dignité. Or, on a pu repérer qu'il y avait d'autres approches comme les Soins-Palliatifs, en partenariat avec celles non médicamenteuses telles que la socio-esthétique, la sophrologie, la relaxation, l'hypnose, le SNOEZELEN qui ont un impact positif sur le traitement de la douleur et qui portent un autre regard sur le malade.

En outre, j'ai le sentiment qu'il y a eu, ce qu'on appelle en psychologie, un renversement de la pulsion en son contraire. Antérieurement des soins palliatifs, la douleur en fin de vie était quasiment négligée, ce qui laissait penser que la mort survenait rarement sans souffrances et qu'elles y étaient généralement associées. Ainsi, on est passé de l'inaction, à des formes d'euthanasie déguisée, puis, au soulagement de la douleur en fin de vie, poussée parfois à l'extrême, en lien avec cette pensée que désormais, la mort peut et doit être indolore. A l'heure actuelle, il semblerait que ces 3 approches cohabitent toujours même si leurs manifestations n'apparaissent pas aussi radicales qu'avant.

Je souhaite conclure cette réflexion par à un extrait du livre de S. Amar : *« Disons enfin qu'un autre rôle du psychologue pourra être de rappeler aux professionnels qu'ils possèdent, par-delà un sentiment fréquent d'impuissance, un pouvoir "psycho-antalgique" potentiel. La clinique nous le montre en effet, lorsque peut s'instaurer une relation de confiance, lorsqu'un aidant peut assumer une position d'objet-clé, « un réel pouvoir sur les phénomènes algiques » (De M'Uzan, 1976) peut alors souvent s'exercer. »*²⁷

²⁷Amar, S. (2012). *L'accompagnement en soins palliatifs, approche psychanalytique*. Dunod.

Bibliographie :

Amar, S. (2012). *L'accompagnement en soins palliatifs, approche psychanalytique*. Dunod.

Blanchet, V. et al. (2011). *Soins palliatifs : réflexions et pratiques*. (pp.158). 4^{ème} édition actualisée et enrichie. Formation et développement.

Dejours, Ch. (1996). *Traitement psychosomatique de la douleur*. Le Coq Héron. N° 97.(pp. 36-43).

Fiat, E. (2016). *Cours DU : Accompagnement et fin de vie*.

Freud, S. (1915). *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort*. (pp. 143). Petite bibliothèque Payot.

Freud, S. (1919). *L'inquiétante étrangeté*. Folio. (pp.31-99).

Kant, E. (1788). *Critique de la raison pratique*.

Larousse de poche. (1996). *Dictionnaire*. (pp.208).Larousse.

Le Breton, D. (2006). *Anthropologie de la douleur*. Métailié. (pp.46).

Legros, B. (2011). *Euthanasie, arrêt de traitement, soins palliatifs et sédation. L'encadrement par le droit de la prise en charge médicale de la fin de vie*. Les Etudes hospitalières.

Verspieren, P. (1996). *La demande d'euthanasie et ses significations*. Laennec. (pp.5-8).

Winnicott, D.W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Petite bibliothèque Payot. (pp.27).

Articles :

Doutreligne, S. (2006). *Regards ethnologiques sur les maisons de retraite*. Horizons stratégiques 2006/1 (n°1), p.98-111

Guide d'aide à la décision dans la mise en œuvre d'une sédation pour détresse en phase terminale.

Sites internet de références :

<http://vosdroits.service public.fr/F763.xhtml>

Blanchet, V. *Réflexion sur la sédation en fin de vie*. SFAP. Disponible en ligne: <http://www.sfap.org/>

Résumé :

A travers le récit d'une situation complexe authentique, il est question de s'interroger sur le traitement de la douleur, en situation palliative, auprès des personnes âgées vivant en EHPAD. En effet, le vieillissement laisse davantage de place à l'émergence de la mort. Lorsque celle-ci se fait sentir, à travers l'apparition de la souffrance psychique ou physique, il semblerait que les professionnels adoptent des conduites défensives visant à éloigner de leur conscience l'inévitable. En effet, la mort vient faillir à notre idéal, fantasme d'immortalité et nous renvoie à notre condition de mortel. Condition difficile à accepter surtout lorsque le cœur des métiers du soin vise à une amélioration voire à réparer.

Titre :

L'émergence de la mort en EHPAD.

Comment le tabou de la mort refait-il irruption en EHPAD ?

Mots clefs : mise à distance, mort, traitement de la douleur, EHPAD, situation palliative.