

Dormir, c'est mourir un peu : angoisses liées à la somnolence en fin de vie

Émilie Demule

▶ **To cite this version:**

Émilie Demule. Dormir, c'est mourir un peu : angoisses liées à la somnolence en fin de vie. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01616135

HAL Id: dumas-01616135

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01616135

Submitted on 13 Oct 2017

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

Dormir, c'est mourir un peu

Angoisses liées à la somnolence en fin de vie

Par Emilie DEMULE
Psychologue

Mémoire pour le D.U Accompagnement et fin de vie

Année universitaire 2016-2017

Responsable d'enseignement **Dr Véronique BLANCHET et Dr Yolaine RAFFRAY**

« *(…) et j'attends le sommeil comme on attendrait le bourreau. Je l'attends avec l'épouvante de sa venue (…) ce sommeil perfide, caché près de moi, qui me guette, qui va me saisir par la tête, me fermer les yeux, m'anéantir.* »

Guy de Maupassant, *Le Horla*, 1887

Introduction

Je suis psychologue au centre hospitalier d'Auxerre, où j'interviens à mi-temps sur un regroupement de cinq lits identifiés de soins palliatifs (LISP), au sein d'une unité de soins de suite et réadaptation. En novembre 2015, nous accueillons M.A, 77 ans. Il restera dans notre service jusqu'à son décès en avril 2016, malgré les projets de retour à domicile et de transfert en unité longue durée, tour à tour mis en échec.

Récit de la situation clinique

M.A est atteint d'un cancer du rectum, diagnostiqué en novembre 2003. En 2008, une récidive entraîne progressivement une évolution métastatique, notamment au niveau du périnée où les métastases s'extériorisent au niveau cutané. Durant les cinq mois d'hospitalisation, elles envahissent progressivement tout l'hémicorps inférieur, ne laissant personne indifférent : ni M.A pris dans une forme de fascination (particulièrement lors des soins et de la toilette) tout comme sa femme (qui photographie les plaies de son mari), ni les soignants qui expriment régulièrement le malaise ressenti durant les soins. Moi-même la vue de ces plaies me provoque un fort sentiment de dégoût lors de nos derniers entretiens, alors que M.A insiste pour les laisser à découvert.

Avant d'être transféré sur notre service, M.A est dans un premier temps hospitalisé à proximité de son domicile. Durant son séjour, il subit un surdosage morphinique, d'abord interprété comme une aggravation de l'état général. L'équipe invite donc Mme A à ramener des vêtements en prévision d'un décès imminent. Lorsque M.A sort de son épisode de surdosage, il est transféré dans un centre hospitalier universitaire de la région pour une consultation. Le jour du transfert, il découvre son costume funéraire dans le placard de sa chambre. Cette rencontre est vécue comme un traumatisme et influencera par la suite sa décision de transfert sur Auxerre, ainsi que ses attitudes relatives à la prise des traitements antalgiques.

La problématique douloureuse apparaît dès la fin du mois de novembre. M.A est sous analgésie autocontrôlée par le patient (PCA). Nos entretiens, à cette période, sont succincts. M.A élabore très peu si ce n'est pour dire son refus des bolus par crainte « *d'être ensuqué* ». Nous constatons peu à peu que la plainte douloureuse est principalement formulée la nuit. Les douleurs sont décrites par M.A comme « *insupportables* », « *insoutenables* », « *s'intensifiant de semaine en semaine* ». La nuit, le patient crie et gémit. Lorsque je le rencontre en journée, M.A est plus calme mais revient régulièrement sur son refus des bolus et sa peur de la somnolence : « *Je n'ose pas, je suis déjà trop endormi : c'est abominable !* ».

De la fin décembre au début du mois de février, je me trouve être en arrêt pour des raisons de santé qui m'amènent à subir, à quelques semaines d'intervalle, deux anesthésies générales. Dans les suites de ces deux réveils, je me surprends à penser à M.A, dans un mouvement d'identification : « *Je comprends pourquoi il refuse d'être ensuqué !* ». Ce sont mes premières expériences de réveil après anesthésie, et je vis particulièrement mal cette sensation de somnolence.

A mon retour dans le service, M.A est toujours hospitalisé. La problématique douloureuse est toujours au centre de la prise en charge et créé un malaise au sein de l'équipe médico-soignante. Y compris pour moi lorsqu'à son chevet je suis témoin de sa douleur. M.A gémit, a les traits crispés, remue dans son lit. Je suis prise d'un fort sentiment d'impuissance, renforcé par le refus persistant de M.A de s'administrer les bolus. Lors d'un staff pluridisciplinaire, l'équipe aborde malgré tout l'idée d'une augmentation des doses de fond. Je rappelle alors le souhait de M.A : « *Il*

ne veut pas d'augmentation du traitement ». Ma collègue infirmière me répond d'un ton irrité : « *Oui, mais il a mal !* ». Cette réaction m'a marquée dans la mesure où elle était révélatrice des tensions qu'a fait naître cette situation d'accompagnement, pris entre nos souhaits de soignants (soulager la douleur) et le respect de la volonté de M.A (ne pas être somnolent). Je précise que M.A s'administrait malgré tout quelques bolus, mais relativement peu au regard des plaintes douloureuses exprimées. Il se restreignait dès qu'il commençait à se sentir somnolent.

Fin mars, pour la première fois, le patient demande à être endormi. A partir de ce jour-là, il accepte un réajustement des doses d'antalgiques, mais aussi de l'Hypnovel en journée face à des angoisses de plus en plus intenses. Nos entretiens prennent une nouvelle tournure. Alors que depuis son arrivée sur le service M.A reste peu communiquant, avec un discours factuel et exclusivement centré sur la douleur ; à partir du mois de mars, le patient évoque pour la première fois « *la maladie* », ses angoisses nocturnes, ses relations intrafamiliales, ses idées noires. Progressivement, à mesure de l'aggravation de l'état général, nos entretiens s'intensifient tant au niveau de la fréquence (les quinze derniers jours, je le rencontrais quasi quotidiennement) que la charge émotionnelle. En effet, M.A ressent le besoin de parler de sa mort : « *Elle approche* », « *C'est fini* », « *J'étais naïf jusque là* ». Il répète constamment : « *C'est étrange de se dire que là je suis là, mais peut être que demain je ne serai plus là, ou dans une heure* ». C'est ce discours-là, précisément – et la fréquence de nos rencontres – qui fait naître en moi une grande fatigue. Il me semble que c'est la première fois que j'assiste à un discours aussi lucide, avec un patient exprimant avec beaucoup de justesse (et peu de défenses ?) l'idée de l'anéantissement, et d'une mort pouvant arriver à tout moment.

Malgré la charge de ces derniers entretiens, je reste marquée par l'ouverture de ce patient (à la relation et à la parole, notamment). M.A me dit quelques jours avant sa mort : « *J'ai envie de parler, mais je ne sais pas quoi dire* ».

Analyse de la situation

➢ Les problèmes que présente cette situation

- Cancer du rectum multi-métastatique
- Métastases cutanées au niveau du périnée, se propageant rapidement sur tout l'hémicorps inférieur
- Plaintes douloureuses très présentes mais refus des interdoses et d'un réajustement des thérapeutiques antalgiques
- Expérience de surdosage morphinique
- Détresse émotionnelle voire syndrome post-traumatique, lié à ce surdosage
- Peur de la somnolence
- Angoisses massives, en particulier la nuit
- Echec des projets de vie
- Prise en charge de plus de cinq mois

➢ Les problèmes que me pose cette situation

- Sentiment d'impuissance né de la plainte douloureuse et du refus d'un ajustement des traitements qui pourraient le soulager …

- … faisant naître une difficulté de positionnement de l'équipe : faut-il soulager la douleur ou respecter le refus du patient ?
- Mécanisme d'identification à M.A suite à une expérience d'anesthésie générale

Dans cette situation clinique, deux problématiques se posaient régulièrement à moi. D'une part, l'accompagnement de M.A m'a questionnée sur la place que pouvait avoir la douleur physique dans la vie psychique d'un patient en fin de vie ; et notamment : peut-elle se mettre au service des mécanismes de défense, en vue de renforcer leur action ? D'autre part, j'ai été interpellée par le discours de M.A sur sa somnolence, et les angoisses massives qui s'y rattachaient. Ce qui m'a amenée à me questionner : quels peuvent être le(s) vécu(s) de la somnolence chez les patients en fin de vie ? Comment comprendre qu'un patient puisse trouver la somnolence plus insupportable que la douleur physique ? Cette question du vécu de la somnolence et des représentations qui s'y rattachent se posait avec d'autant plus de force qu'à cette période était promulguée la nouvelle loi Clayes Leonetti, inscrivant la sédation dans la législation française.

➢ La problématique que j'ai choisie de développer

C'est cette dernière question – sur la somnolence – que je décide de développer ici car c'est celle qui m'a le plus questionnée et qui continue de le faire aujourd'hui. Ma problématique est donc la suivante : *Les angoisses liées à la somnolence après une expérience de surdosage en morphinique, en situation palliative*.

Mots clés : *somnolence, surdosage, angoisse de mort, traumatisme*

Recherche documentaire

➢ La somnolence

a) Définition

Dans le Larousse, la somnolence est définie comme l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil. Ce terme peut désigner un phénomène physiologique normal ou pathologique. La somnolence normale vient signifier le besoin physiologique de dormir entraînant une tendance impérieuse à s'endormir. Elle se manifeste communément à certaines heures de la journée (en début d'après-midi) ou selon certaines circonstances (défaut de sommeil). Elle devient pathologique lorsqu'elle persiste en journée, devient excessive et apparaît de manière inappropriée. Elle peut s'accompagner de symptômes aux niveaux physiologique, cognitif et psychomoteur (baisse des performances, hallucinations) et de l'humeur (irritabilité, dépression). Il est possible de différencier la somnolence dite occasionnelle, dont la cause est ponctuelle (prise d'un médicament, par exemple), et la somnolence dite habituelle résultant de pathologies chroniques. Parmi celles-ci nous pouvons citer les pathologies du sommeil comme la narcolepsie, mais également les pathologies neurologiques, endocriniennes, infectieuses, etc. La somnolence peut aussi être la manifestation clinique principale d'une pathologie psychiatrique. Enfin, une autre classification permet de différencier la somnolence dite objective ou comportementale, témoin du besoin physiologique de dormir ; et la somnolence dite subjective. Cette dernière correspond au vécu subjectif de la somnolence, aux sentiments et sensations qui s'y rattachent.

b) La somnolence en situation palliative

En situation palliative, la somnolence est un symptôme fréquent. Elle peut trouver son origine dans l'évolution d'une maladie grave, dans les troubles métaboliques et organiques qui s'y associent : métastases cérébrales, déshydratation, infection, etc. La somnolence est également un des effets indésirables les plus fréquents des traitements analgésiques, tels que la morphine ou la prégabaline. Des études montrent que les opiacés – utilisés pour les douleurs par excès de nociception –, et la prégabaline – utilisée pour les douleurs neuropathiques – ont la même incidence sur la vigilance et entraînent tous deux une somnolence.

Quand elle est liée à l'analgésie, la somnolence est donc très fréquente et apparait généralement à l'introduction du traitement. Elle toucherait 20 à 60% des patients en début de traitement. Mais ce symptôme doit être transitoire, et disparaître en 48h, maximum une semaine. La douleur soulagée peut alors laisser place à un sommeil inhabituel et récupérateur, liée à une dette de sommeil accumulée pendant la période douloureuse. Si la somnolence persiste ou réapparaît après quelques jours, elle peut être le signe annonciateur d'un surdosage ou celui d'une cause associée, comme un trouble métabolique. Il est important de rechercher d'éventuels facteurs favorisants, notamment l'interaction avec des traitements associés comme les neuroleptiques ou les benzodiazépines. Face à une somnolence iatrogène, la conduite à tenir repose sur la réduction des doses en évitant toute discontinuité dans le traitement. Une rotation d'opioïde peut également être discutée. Enfin, certaines études questionnent la possibilité du recours à des psychostimulants et dérivés d'amphétamines.

c) L'évaluation de la somnolence

Je ne citerai ici que trois outils d'évaluation de la somnolence. Tout d'abord, la somnolence subjective peut s'appréhender par une échelle visuelle analogique (EVA). Il s'agit d'un outil d'autoévaluation simple, échelonné de 0 (« totalement éveillé ») à 10 (« presqu'en train de s'endormir »). L'échelle d'Epworth, quant à elle, permet une autoévaluation de la somnolence comportementale. Le patient évalue la probabilité de s'endormir dans huit situations différentes (voir annexe 1) et cote chaque item de 0 à 3. Un score total supérieur à 10 signe une somnolence excessive. Dans une situation palliative, il semble que l'utilisation de l'échelle de Rudkin soit la plus appropriée. Relevés régulièrement, les scores permettent d'évaluer l'évolution de la vigilance. Néanmoins la somnolence reste une réalité complexe qui ne peut se réduire aux scores de ces outils.

d) Hypnos et Thanatos : symboliques et représentations

La somnolence est donc un état intermédiaire, une transition, entre la veille et le sommeil. Il s'agit d'une notion *borderline*, limite. Or, la veille et le sommeil véhiculent une symbolique forte et, semble-t-il, quasi universelle : ils s'associent aux couples jour/nuit, conscience/inconscience, vie/mort.

Il semble y avoir peu de littérature s'intéressant au lien symbolique entre le sommeil et la mort. Pourtant, nous pouvons partir du constat d'une certaine analogie : le corps est allongé, immobile, les yeux sont fermés, la température s'abaisse. Il n'y a plus ni perception, ni relation, ni communication. Blaise Pascal disait que « *le repos entier est la mort* »[1]. Dans le langage courant,

[1] Cité par S. Amar dans *L'accompagnement en soins palliatifs, approche psychanalytique* (2012)

cette proximité de la mort et du sommeil se retrouve dans l'étymologie du mot cimetière, venant du grec *koimêtêrion*, signifiant « lieu pour dormir, dortoir ». Nous parlons du mort qui « repose », « gît », « dort du dernier sommeil », de son « lit de mort », du « sommeil de la mort », du « repos éternel », etc. Dans la mythologie grecque, cette association est plus nette encore : Hypnos (dieu du Sommeil) est le frère jumeau de Thanatos (dieu de la Mort). Ils sont tous deux les fils de Nyx (la Nuit). Sur les stèles, Hypnos représente, sous les traits d'un jeune homme, « *le symbole du perpétuel sommeil du mort* »[2]. Dans ses *Métamorphoses*, Ovide décrit le lieu où demeure Hypnos : une grotte profonde et sombre, où règne le silence, et à l'entrée de laquelle fleurissent des pavots. Pour Tertullien, théologien chrétien du IIème siècle, le sommeil est le miroir de la mort. Plus près de nous, S. Freud souligne lui aussi cette symbolique de la mort à travers celle de la nuit et du sommeil. Certains de nos comportements en présence d'un défunt illustrent cette analogie : on veille parfois à parler peu et à voix basse comme pour ne pas le réveiller. Enfin les cimetières reflètent eux aussi ce rapprochement symbolique : on y trouve des tombes ornées d'oreillers en céramique ou taillées en forme de baldaquins.

Si la littérature semble restreinte sur la symbolique du couple sommeil/mort, elle est quasi inexistante sur celle de la somnolence. Pourtant, n'est-ce pas cette dernière qui nous fait glisser dans le sommeil comme on glisse dans la mort ? En tant que notion limite, intermédiaire entre la veille et sommeil, peut-elle être par analogie une notion limite entre la vie et la mort ?

- **Le surdosage morphinique**

Les effets indésirables des opioïdes sont similaires et leur survenue n'est pas nécessairement signe d'un surdosage. Ils doivent être prévenus, suivis et évalués régulièrement, et traités dès leur apparition afin d'éviter toute discontinuité dans la prise en charge de la douleur. De cette manière, le risque de surdosage reste faible. La marge de manœuvre entre le soulagement de la douleur et la survenue des effets indésirables – dont la somnolence – est parfois étroite. Il convient donc d'informer le patient et de lui permettre de choisir l'équilibre entre niveau d'analgésie et niveau de somnolence. Un surdosage morphinique peut apparaître si :

- en phase de titration, l'augmentation des doses est trop rapide ou si les doses utilisées sont trop importantes
- le patient est âgé et les doses non adaptées en conséquence
- le patient est insuffisant rénal (accumulation)
- d'autres thérapeutiques sont associées, comme la prise de psychotropes

La réapparition ou la persistance d'une somnolence constitue le signe inaugural d'un surdosage morphinique. Elle s'accompagne d'un myosis et d'autres symptômes comme une dysphorie[3], des troubles visuels et attentionnels, des cauchemars, des vomissements. Si le traitement opioïde n'est pas réajusté, le malade présente une diminution de la fréquence respiratoire évoluant vers une dépression respiratoire, un coma et à terme vers l'arrêt respiratoire et le décès. Enfin, précisons qu'en cas de PCA, le risque d'un surdosage est identique pour la voie intraveineuse que pour les autres voies.

[2] J. Schmidt dans *Les 100 histoires de la mythologie grecque et romaine*, p.72 (2016)

[3] La dysphorie est une perturbation de l'humeur qui se traduit par une sensation de vertiges, l'impression d'être dans un état second, des hallucinations, de l'irritabilité, de l'anxiété. A l'extrême, elle peut conduire à un état de confusion.

Le traitement des effets indésirables et d'un surdosage morphinique repose d'abord sur la diminution de la posologie ou sur une rotation d'opioïde, en tenant compte des valeurs d'équianalgésie. En cas de dépression respiratoire sévère (fréquence respiratoire inférieure à environ 8/min), le traitement consiste à injecter de la naloxone. Son indication doit être réservée à ce cas d'urgence dans la mesure où les conséquences peuvent être particulièrement difficiles pour le patient : réapparition brutale des douleurs, agitation, syndrome de sevrage. En effet, la prise prolongée d'opioïdes entraîne un phénomène de dépendance physique (qui ne doit pas être confondu avec une toxicomanie) : à mesure de la prise, les récepteurs neuronaux se modifient et le corps s'habitue à l'action de l'opioïde. La dépendance se traduit notamment par l'apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou de diminution brutale de l'opioïde, ou en cas d'injection de naloxone.

Le syndrome de sevrage se présente sous la forme d'un état d'agitation aigu, s'accompagnant notamment d'anxiété, d'irritabilité, de nausées ou vomissements, de tachycardie, d'hypertension artérielle, de frissons et de sueurs, de myoclonies, d'une polypnée. Le délai d'apparition de ces symptômes dépend de la nature du traitement. Cependant, d'autres causes organiques peuvent être à l'origine d'un tel tableau d'agitation, notamment un sepsis ou une rétention aiguë d'urines ; d'où la nécessité d'un diagnostic différentiel. La prévention d'un tel syndrome est donc importante : il faut éviter l'arrêt brutal d'un traitement par opioïdes mais plutôt diminuer progressivement, par paliers, en tenant compte de la clinique.

En dehors de la littérature clinique descriptive, je n'ai pu trouver d'études sur la question du vécu des effets indésirables d'une analgésie, du vécu d'un épisode de surdosage ou d'un syndrome de sevrage en situation palliative.

- **Les angoisses**

a) Définition

L'angoisse se définie différemment selon le référentiel théorique adopté. Elle se retrouve principalement dans l'approche psychanalytique, tandis que les approches cognitives et comportementales (desquelles découlent le célèbre Manuel Diagnostique des Troubles Mentaux, le DSM) ont tendance à recourir au terme d'anxiété. Dans l'acceptation générale, cette dernière se différencie de l'angoisse et de la peur. La peur est liée à un objet précis que l'on perçoit (sang, blouse blanche, piqûre, etc.). L'anxiété, quant à elle, est un vécu émotionnel lié à une représentation : il ne s'agit plus d'un objet perceptible mais d'une image ou d'un scénario qui s'impose à la personne. Par exemple, lorsqu'un patient attend les résultats d'un scanner et qu'il se représente ce qui risque de lui être annoncé. Il est important de noter que l'anxiété s'intensifie à mesure que le temps passe. L'angoisse, elle, ne se rapporterait à aucun objet apparent : on la qualifie de diffuse. Dans la théorie freudienne, il existe en réalité un objet mais qui n'est pas consciemment perceptible par la personne : il s'agit d'une représentation ou d'un désir inconscients. Ceux-ci sont refoulés parce qu'interdits, menaçant l'homéostasie psychique. Mais le vécu émotionnel qui lui était lié, quant à lui, reste conscient et flottant. Une autre formulation conceptuelle reconnaît l'état anxieux comme la manifestation consciente de l'angoisse. A chacun de ces trois vécus se rattachent des défenses : la fuite dans la peur, l'éloignement de la pensée inquiétante dans l'anxiété, le refoulement dans l'angoisse.

Ces trois expériences se traduisent au plan psychique par un vécu émotionnel spécifique mais également au plan somatique par l'apparition de symptômes. En situation palliative, l'anxiété

et l'angoisse sont des manifestations fréquentes mais qui ne sont pas sans poser de problèmes diagnostiques. De l'anxiété adaptée à l'état d'anxiété généralisé, en passant par les crises de panique et les angoisses que l'on pourrait qualifier de paroxystiques, les manifestations obsessionnelles ou phobiques, les angoisses d'abandon, de séparation, jusqu'au syndrome confusionnel avec ou sans idées de persécution : les manifestations de l'anxiété et de l'angoisse sont nombreuses, fluctuantes et se confondent souvent avec les symptômes de la pathologie (dyspnée, tachycardie, etc.). Lorsque l'anxiété devient trop intense et l'angoisse trop massive, elles désorganisent la vie psychique du sujet et peuvent provoquer une perturbation de la pensée et de la cognition (ralentissement ou blocage des pensées, sidération, délire) et de la vie relationnelle (repli, inhibition, agressivité).

Dans notre problématique, le terme d'angoisse est écrit au pluriel. En effet, j'ai souhaité m'intéresser plus particulièrement à deux notions qui me semblent fondamentales dans la compréhension du récit de M.A : celle d'angoisse de mort, et celle de traumatisme.

b) L'angoisse de mort

b.1) Chez les premiers psychanalystes

Il s'agit d'une expression relevant principalement du référentiel théorique de la psychanalyse. Dès 1915, S. Freud affirme l'impossibilité pour l'inconscient de se représenter sa propre mort. En conséquence, l'angoisse de mort ne serait pas une expérience fondamentale de l'homme et de sa vie psychique. Ainsi, elle ne saurait être la cause de souffrances ni de pathologies particulières. Toujours selon S. Freud, l'angoisse de mort ne serait en réalité qu'une analogie de l'angoisse de castration, c'est-à-dire une angoisse de perte et de séparation. Cette angoisse serait première, fondamentale, et l'angoisse de mort ne ferait qu'y renvoyer. Mais il fera l'hypothèse de l'existence dans notre vie psychique d'une pulsion de mort : une poussée intérieure, inconsciente et silencieuse, visant le retour à l'état anorganique. C'est-à-dire à l'état de quiétude, de disparition complète des tensions internes et donc de la vie (poussée particulièrement visible à l'œuvre chez les personnes mélancoliques). Là encore, cette pulsion ne provoquerait aucune angoisse spécifique dans la vie psychique. S. Freud maintiendra fermement cette position à l'égard de la mort toute sa vie.

M. Klein, deuxième grande figure de la psychanalyse à s'être intéressée à l'angoisse de mort, s'inscrit en contradiction avec S. Freud. Elle utilise même le concept de pulsion de mort comme cause première de l'angoisse de mort. Selon elle, les pulsions destructrices menacent la vie psychique et organique, et constituent ainsi une menace majeure produisant de l'angoisse. Elle écrit : « *mes observations analytiques m'ont montré qu'il y a dans l'inconscient une peur de l'anéantissement de la vie* »[4]. En marquant ainsi son opposition à S. Freud, elle laisse entendre que l'angoisse de mort est un concept fondamental dans la vie intrapsychique.

D'autres auteurs contemporains se sont élevés contre cette position des premiers psychanalystes au sujet de la mort et de son angoisse. Ils interpellent les milieux analytiques qui, dans le sillage de ces fondateurs, continuent d'accorder peu d'attention au poids de la mort réelle sur la vie psychique. Une attitude allant à l'encontre même de l'expérience universelle. Il est effectivement assez difficile de trouver une littérature sur la question de l'angoisse de mort. Certains auteurs n'hésitent pas à parler, chez S. Freud et nombre d'analystes, d'une attitude défensive : une négation de la mort et de son angoisse, une minimisation de son poids réel, une

[4] Citée par B. Rosenberg dans *Le Moi et son angoisse, entre pulsion de vie et pulsion de mort* (1997).

rationalisation par la théorie. F. De Masi va plus loin encore en affirmant que l'approche psychanalytique « *nous a empêchés de prendre la juste mesure du problème de la mort (…) on pourrait même affirmer que la psychanalyse a pu contribuer à renforcer une certaine indifférence* »[5].

b.2) Chez (quelques) psychanalystes contemporains

La mort est-elle réellement absente de notre vie psychique ? Pour certains analystes, il est évident que la réalité de la mort et de la limite de notre existence sont inscrites au cœur de l'homme, et cohabitent avec l'illusion de notre immortalité. Cohabitation paradoxale et inconfortable, mais inévitable, au même titre que l'angoisse de mort. Celle-ci ne se manifeste pas seulement en fin de vie mais tout au long de notre existence, notamment dans les périodes de crise. Pour autant, ces auteurs semblent s'accorder sur le fait que notre mort propre constitue un impensable, une expérience qui échappe à toute représentation : la mort est l'inconnue par excellence. Notre pensée résiste et se brise devant elle : c'est là la source de l'angoisse de mort. Une angoisse qui serait première, bien plus archaïque que l'angoisse de castration (c'est-à-dire de perte). En situation palliative, des symptômes (états anxieux, etc.) et des demandes (d'euthanasie ou de sédation, par exemple) en seraient l'expression symbolique.

Ces auteurs contemporains s'intéressent à une dimension de l'angoisse de mort qu'ont rejetée les premiers psychanalystes : celle de l'angoisse de notre disparition dans le néant. Selon eux, la pulsion de mort (surnommée Thanatos), n'est pas seulement une poussée destructrice mais un désir inconscient d'anéantissement, une attirance pour la non existence. En situation palliative, cette pulsion de mort se manifeste à travers des positions passives régressives telles que le repli ou le sommeil. C'est précisément ce désir de lâcher prise et de s'abandonner à la mort qui engendre une angoisse massive : l'angoisse de mort. Celle-ci est à son tour responsable, au plan conscient, de souffrances psychiques majeures pouvant même aboutir à un effondrement psychique et une dissolution de l'identité. En cela, l'angoisse de mort est très similaire aux angoisses psychotiques.

Dans nos pratiques cliniques actuelles, nous avons tendance à considérer l'angoisse comme une manifestation anormale, un symptôme à soulager, un mal à éradiquer. Pourtant, les auteurs contemporains souhaitent la considérer avant tout comme une manifestation naturelle de la vie psychique, au même titre que la mort est un phénomène naturel de notre vie biologique. L'angoisse de mort est le signe d'un attachement à la vie, d'un appétit de vivre ; et un facteur d'humanisation en ce sens qu'elle me questionne sur mon identité. Lorsqu'elle est absente, l'autodestruction n'est jamais loin : anorexie, mélancolie, suicide, etc. Ainsi, il ne faut pas vouloir supprimer systématiquement et trop vite ce sentiment, car on supprimerait du même coup le message dont il est porteur. Il en va d'ailleurs de même pour la dépression. Un pasteur écrit : « *Avant de n'être plus, je voudrais comprendre si possible un peu ce que je suis et je crois que cela vaut bien un moment de trouble* »[6]. Il ne s'agit peut-être donc pas tant d'accepter sa mort (expression courante depuis les travaux d'E. Kübler-Ross, mais discutable) que d'accepter l'angoisse de la mort elle-même.

[5] F. De Masi dans *Penser sa propre mort*, p.19 (2010).

[6] P-L Dubied dans *L'angoisse et la mort*, p.90 (1991)

b.3) Angoisse de mort et somnolence

Il n'est pas rare de rencontrer des patients refusant la prise de certains traitements en raison de leur effet sédatif. Ces patients luttent contre la somnolence, refusent le sommeil et le noir, voire même de s'allonger dans leur lit. Une patiente d'un service de cardiologie me dit un jour : « *la nuit je dors au fauteuil, parce que dans mon lit j'ai l'impression d'être allongée dans mon cercueil* ». Nous l'avons vu : ce qui relève de la nuit et du sommeil est symbole de la mort. Cette symbolique est d'autant plus vraie et plus forte en situation palliative. La limite devient même de plus en plus ambivalente avec le débat sociétal sur l'euthanasie et la sédation. Car l'*eu-thanatos* (la bonne mort) d'aujourd'hui est intimement liée au sommeil : on souhaite mourir en dormant. Chez certains patients, ce glissement irrésistible vers le sommeil – c'est-à-dire la somnolence – produit une angoisse de mort. Ces patients cherchent alors à lutter contre cette somnolence, à résister au sommeil comme ils résistent inconsciemment et symboliquement à la mort. Comment, professionnels de santé, accompagnons-nous cette lutte symbolique ? Ces personnes angoissées et/ou douloureuses mais résistantes voire opposantes aux morphiniques et aux sédatifs nous troublent. Nos motivations bienveillantes de soulagement des symptômes inconfortables nous amènent parfois à l'escalade thérapeutique ou à la prescription sans information du patient. Cette lutte symbolique, bien que génératrice d'angoisse de mort, ne nous invite-t-elle pas à résister à l'agir et à prendre le temps de l'écoute et de l'accompagnement ? N'avoir comme seul objectif le confort du patient n'est-ce pas prendre le risque d'effacer toute trace de lutte – d'agonie, dans son sens étymologique – et la richesse de sens qu'elle peut pourtant faire émerger ? Pour nous guider dans ce prendre soin, il semble primordial de s'appuyer sur la demande du patient lui-même et sur l'intensité de l'angoisse de mort (et ses répercussions sur la vie psychique).

c) Le traumatisme

La notion de traumatisme se définit là encore différemment selon le référentiel théorique utilisé. Je m'appuierai ici sur l'approche cognitive et comportementale, et plus particulièrement sur le DSM-V (sa version la plus récente).

c.1) L'état de stress post-traumatique (ESPT)

C'est en 1889 que le neurologue H. Oppenheim introduit la notion de névrose traumatique, que la psychiatrie militaire continuera d'explorer quelques décennies plus tard avec les deux guerres mondiales. En 1980, le DSM intègre cette catégorie nosologique sous le nom de syndrome de stress post-traumatique. Selon le DSM-V, l'ESPT est une réaction psycho-comportementale à un ou des évènements ayant exposé la personne à une menace de mort ou d'intégrité physique (critère A)[7]. L'évènement déclenchant est généralement accidentel, imprévisible, violent, provoquant un vécu de terreur et d'effroi. Quatre axes symptomatiques constituent ce syndrome :

- *Les symptômes intrusifs* : reviviscence, souvenirs envahissants, cauchemars répétitifs, *flash-backs*, etc. (critère B)
- *L'évitement* des stimuli évoquant l'évènement traumatique (critère C)
- *Les cognitions et l'humeur négatives* : perturbations des cognitions et croyances (« on ne peut faire confiance à personne », etc.), de l'humeur (peur, horreur, culpabilité, honte), des activités et du lien social (détachement, repli) (critère D)

[7] Pour plus de détail sur les sept critères diagnostiques de l'ESPT, voir annexe 2

- *L'hyperactivité* : irritabilité, hypervigilance, sursauts exagérés, troubles du sommeil, etc. (critère E)

L'ESPT est dit différé lorsqu'il se manifeste au-delà de six mois après l'évènement. Il peut se développer après un traumatisme unique ou des traumatismes répétés. En cas de traumatismes répétés, l'impact du nouveau traumatisme est aggravé. L'ESPT et son évolution clinique dépendent de trois facteurs : les facteurs prédisposants (avant l'évènement : fragilité psychologique voire trouble de la personnalité, prédisposition génétique, toxicomanie, etc.) ; les facteurs précipitants (les caractéristiques de l'évènement : imprévisibilité, arbitraire, incontrôlable, etc.) et les facteurs de maintien (après l'évènement : réactions cognitives et comportementales, qualité du soutien relationnel et social, séquelles physiques, bénéfices secondaires, etc.).

c.2) ESPT et fin de vie

A travers le parcours de soin d'un patient gravement malade, quels peuvent être les évènements potentiellement traumatiques et susceptibles d'engendrer un ESPT ? La phase palliative d'une maladie peut-elle être un facteur déclenchant d'un ESPT ? L'annonce est traumatique en soi, qu'elle relève du dit ou du non-dit. On sait également que les patients cancéreux présentent statistiquement plus d'ESPT que la population générale. Mais il importe aussi de tenir compte des traumatismes antérieurs (guerre, agression, etc.), qu'ils aient ou non déjà engendré un ESPT. En effet, une étude montre qu'un traumatisme passé, sans symptomatologie apparente jusque là, peut décompenser à l'annonce de la phase palliative d'une maladie, provoquant ainsi un ESPT différé. Compte tenu de notre problématique, j'aimerai m'intéresser ici au lien entre ESPT et surdosage/sevrage d'une part, et ESPT et proximité de la mort d'autre part.

Il semble qu'il n'y ait pas de littérature sur le vécu d'un épisode de surdosage et/ou de sevrage en situation palliative. Mais est-il possible de faire un lien avec ce que l'on sait du vécu traumatique d'un réveil de coma en réanimation ? La description de l'éveil d'un coma par M. Grosclaude m'interpelle sur la possible proximité de cette expérience avec l'éveil d'un épisode de surdosage profond, avec syndrome de sevrage. En effet, elle écrit : « *le retour du patient à la conscience ne se fait pas sur le modèle du switch on/off d'un interrupteur (…) et n'est ni instantané, ni exclusif (…) L'éveil est une phase intermédiaire (…) où le sujet se prépare à émerger (…) à revenir dans le monde où lorsque, enfin éveillé (il a ouvert les yeux), il reste stuporeux (…) C'est vraisemblablement à cette phase de fin de coma et de début d'éveil que se rapportent les témoignages des patients sur leurs expériences perceptives, hallucinatoires, d'angoisse et de déstructuration. L'éveil a toujours lieu dans une ambiance interne de perplexité, de confusion et de souffrance, marquée par l'inquiétante étrangeté »*[8]. On retrouve ici cette temporalité limite, intermédiaire, propre à la somnolence telle que nous l'avons défini. Mais également des symptômes similaires au surdosage et au syndrome de sevrage. Or, il semble largement admis que le réveil de coma – qu'il soit naturel ou thérapeutique, c'est-à-dire induit par une sédation massive – est un évènement traumatique.

La situation palliative, du fait de la menace vitale évidente et de la grande proximité de la mort, semble remplir très précisément le critère A du DSM-V. Elle se constitue donc comme évènement traumatique, voire comme l'évènement traumatique par excellence. L'émergence des angoisses de mort et du néant face à la menace réelle et imminente de la mort déborde l'appareil psychique jusqu'à menacer l'intégrité psychique. Mais ce potentiel traumatique de la mort et de son angoisse est présent tout au long de notre vie. En témoigne, notre évitement des stimuli susceptibles

[8] M. Grosclaude dans *Réanimation et coma Soin psychique et vécu du patient*, pp23-24 (2009)

de rappeler notre mortalité (comportement proche du critère C du DSM-V) ; comme l'évitement du mot « soins palliatifs » l'illustre si bien. Quelle influence l'ESPT a-t-il sur le processus du mourir ? Des auteurs estiment que ce syndrome aurait trois conséquences :
- S'il existe un ESPT antérieur, la symptomatologie s'exacerbe et la détresse morale se majore (car un nouveau traumatisme se surajoute)
- La démarche de bilan de vie du patient est perturbée par une anxiété majeure et des troubles de l'humeur (tristesse, culpabilité, colère, etc.)
- La relation soignant-soigné peut elle aussi être perturbée (défiance à l'égard des soignants, faible compliance voire refus de soins).

Il existe une vraie difficulté diagnostique de l'ESPT en fin de vie, notamment parce qu'il semble passer inaperçu au milieu des troubles anxieux et dépressifs. Pour autant, une exploration systématique des antécédents traumatiques est fortement recommandée, au même titre que l'exploration des antécédents médicaux. Il s'agirait donc de questionner le patient sur des évènements et des situations, au cours de sa vie, qui auraient été pour lui terrifiants, bouleversants. La présence de reviviscences est la signature d'un ESPT, d'où l'intérêt d'orienter notamment l'exploration sur l'existence de cauchemars, de ruminations ou de pensées intrusives liés à un évènement de vie précis. L'exploration est d'autant plus importante que le patient peut ne pas avoir conscience du lien entre des symptômes (comme une altération de l'humeur) et l'évènement traumatique. Dans la prise en charge de ces patients le prendre soin passe avant tout par une relation thérapeutique empreinte de confiance et de délicatesse. Leur grande vulnérabilité nécessite de notre part la création d'un contexte particulièrement sécurisant et étayant, visant à ne pas reproduire l'évènement traumatique. Mais cela est-il toujours possible en situation palliative ?

➢ Discussion et conclusion

Qu'est-ce que ces recherches m'apportent pour la compréhension de la problématique de M.A et pour ma pratique professionnelle ?

Tout d'abord, ce travail me fait réaliser à quel point **l'angoisse de mort** a un impact majeur (que la théorie semble sous-estimer) sur la vie intrapsychique, et plus encore en fin de vie. En tant que psychologue, je dois comprendre la nature, l'intensité et l'expression de cette angoisse chez les patients que je rencontre. Le récit de M.A montre qu'elle peut s'exprimer à travers la peur de symptômes somatiques d'apparence banale, comme la somnolence. Ce patient ne parlait jamais de sa maladie, encore moins de sa maladie *mortelle*. La plainte douloureuse occupait tout l'espace de la verbalisation, comme un écran lui permettant de repousser l'angoisse de mort. Mais celle-ci s'exprimait malgré tout à travers la peur de ce sommeil irrésistible et de la somnolence qui l'y faisait glisser. En luttant contre la somnolence, M.A luttait symboliquement contre la pulsion de mort : celle qui nous fait lâcher prise et glisser vers la mort. D'autant que, pour lui, le lien symbolique sommeil/mort était renforcé par la rencontre avec son costume funéraire au réveil de son surdosage. La somnolence me fait penser à un champ de bataille, une zone intermédiaire dans une lutte symbolique entre l'éveil et le sommeil, la vie et la mort. Au cours des siècles passés, les hommes ont rapproché symboliquement le sommeil de la mort à travers la mythologie, la croyance, la philosophie. A l'heure actuelle, ce rapprochement est également de l'ordre de l'agir, à travers la pratique de la sédation en fin de vie. Dans les derniers entretiens avec M.A, l'angoisse de mort s'exprimait cette fois directement, par l'accès à la verbalisation, sous forme d'angoisse d'anéantissement : « *demain ou dans une heure, je ne serai peut être plus là* » répétait-il sans cesse.

La somnolence ressentie par M.A était-elle uniquement due aux morphiniques ? En rédigeant cette discussion, j'ai d'abord pensé que j'avais oublié de prendre en compte l'évolution de la pathologie et l'aggravation de l'état général. Mais un évènement clé de ce suivi m'est revenu en mémoire. Lors d'un entretien, environ un mois avant son décès, j'ai questionné M.A sur ce symptôme dont il me parlait de nouveau : « *Qu'en pensez-vous ?* ». Comme toujours, il l'attribuait aux morphiniques. J'ai alors décidé d'introduire le plus délicatement possible l'idée de l'évolution de « *la maladie* », dont il ne parlait jamais. Il s'est alors mis à pleurer, mais au cours des entretiens suivant, il pouvait parler de lui-même de cette « *maladie* », puis de sa mort. Durant ce suivi psychologique, néanmoins, je me rends compte que je n'ai pas assez questionné M.A sur ce symptôme et sur les représentations qui s'y rattachaient (sans faire violence, évidemment, à ses défenses psychiques).

Toujours au sujet de cette somnolence, deux interrogations se posent à moi suite à ces recherches. D'une part, est-ce que la plainte de M.A concernait uniquement la somnolence ou incluait-elle aussi la dysphorie ? Il me semble que dans sa tentative de garder un contrôle sur sa vie, M.A redoutait autant l'attrait irrésistible du sommeil que l'état second induit par les thérapeutiques. Je comprends mieux l'importance de bien identifier la plainte du patient pour comprendre l'enjeu de son refus d'analgésie. D'autre part, comme nous l'avons vu, la somnolence entraîne un affaiblissement des aptitudes cognitives et psychomotrices. Mais peut-elle également entraîner un affaiblissement des défenses psychiques du sujet ? Si tel est le cas, on peut imaginer que la somnolence majore aussi le débordement des angoisses (notamment de l'angoisse de mort) et les troubles anxieux.

Il semble difficile d'évaluer précisément à distance l'existence d'un **ESPT** chez M.A. Si tel était le cas, il nous faudrait encore savoir s'il s'agissait d'un ESPT chronique (ancien), différé ou d'apparition récente. Et, dans cette dernière hypothèse, identifier le ou les évènements traumatiques : l'annonce de la maladie grave, de l'échappement thérapeutique, l'expérience de surdosage, la situation palliative ? En effectuant mes recherches sur l'ESPT, je me suis souvenue de la transmission d'un bénévole d'accompagnement au sujet de souvenirs de guerre de M.A. Au mois de mars, il écrivait : « *très fortes angoisses de mort, pleurs ... Les mauvais souvenirs de la guerre d'Algérie reviennent* ». Il existait donc un évènement traumatique ancien, mais je ne peux dire s'il s'agissait d'un ESPT à proprement parler.

Nous sommes aussi en droit de nous questionner sur un ESPT suite à l'expérience de **surdosage**. Si nous reprenons les critères du DSM-V, nous pouvons dire que le critère A. est validé (en particulier le critère A.1) : il s'agit bien d'une menace vitale. Le critère B.4 est également validé : la somnolence est l'indice interne par excellence qui évoque la situation de surdosage. Mais on pourrait imaginer que le contexte hospitalier lui-même (chambre d'hôpital, blouses blanches, etc.) puisse être un indice externe évoquant la situation. Ce qui pose un problème majeur pour la prise en charge de tels patients : le contexte hospitalier dont ils dépendent est potentiellement facteur de maintien et de reviviscence du traumatisme initial. Le critère C.2 semble également validé à travers l'évitement des traitements antalgiques. Là encore, un problème se pose : un patient hospitalisé qui aurait un ESPT relatif à un traumatisme hospitalier, est extrêmement limité dans sa conduite d'évitement. Il est en permanence exposé à des stimuli évocateurs, le rendant d'autant plus vulnérable. Enfin, les critères D.4 à D.7 sont également valides : M.A se plaignait parfois de ne plus avoir goût à rien et de s'éloigner de sa famille. Les critères E.3 et E.6 sont validés, ainsi que les critères F, G et H. Cependant, un grand nombre de ces critères sont également influencés par la situation palliative en elle-même, qui ajoute potentiellement un vécu traumatique supplémentaire. A ce sujet, une question demeure : la situation de fin de vie en elle-même peut-elle déclencher un ESPT ? Si tel est le cas, celui-ci me semble avoir un statut particulier en ce sens que le patient est

plongé en permanence dans l'évènement traumatique (et ce sur plusieurs jours, semaines, mois) jusqu'au décès. Il serait donc particulièrement vulnérable. Pour M.A, même si l'identification d'un ESPT m'a échappé, il me paraît évident que l'équipe pluridisciplinaire a réussi à créer une alliance forte et sécurisante avec ce patient. D'où la raison – sans doute – de la mise en échec successive de tous les projets de vie. M.A a exprimé à plusieurs soignants son attachement à l'équipe et son souhait de rester dans notre service.

Dans tous les cas, l'évaluation de l'existence d'un ESPT me semble dorénavant primordiale pour ma pratique au regard des conséquences majeures sur la vie psychique et relationnelle des patients en fin de vie.

J'aimerai conclure sur la place, pour nous soignants, du symptôme douleur (physique) en situation palliative, par rapport à celle d'autres symptômes comme la somnolence. N'existerait-il pas une hiérarchisation tacite des symptômes ? Hiérarchie où la douleur tiendrait une place particulière. Elle serait le symptôme pour lequel nous nous mobilisons au risque de systématisation de procédures. Au cours de mes lectures, j'ai relevé cette phrase : « S*i le malade est totalement soulagé mais que les effets indésirables sont trop gênants, il faut se poser la question d'une diminution de la dose de morphine* »[9]. L'auteur signifie ici que la diminution de la morphine, en vue de soulager d'autres symptômes, n'est envisageable que lorsque la douleur est totalement soulagée. Comme si les autres symptômes étaient secondaires. Cette phrase illustre notre tendance à envisager la douleur comme un symptôme à part, avec un statut particulier. Cela expliquerait le malaise ressenti au sein de notre équipe face au refus obstiné de M.A au réajustement des dosages par peur d'un symptôme plus inconfortable encore – psychiquement – pour lui : la somnolence (et toute sa symbolique sous-jacente, ainsi qu'un éventuel ESPT associé). Cela expliquerait encore la réponse de ma collègue (« oui mais il a mal ») : dans son statut particulier, le symptôme douleur serait à soulager même contre la volonté du patient, au seul motif de sa manifestation. Comme si, pour ce symptôme, une manifestation clinique devait engendrer automatiquement une réponse, en vue du soulagement. Comment, dès lors, entendre que certains patients peuvent avoir une hiérarchisation très différente de ces symptômes inconfortables (du fait de leur culture, leur vécu psychique, etc.) ? Ce risque d'automatisme me semble d'autant plus dangereux que la douleur physique, pour certains patients, semble venir renforcer des mécanismes de défense érigés contre l'angoisse de mort, comme cela semble avoir été le cas pour M.A.

Cette recherche me fait prendre conscience que certains symptômes peuvent engendrer un véritable inconfort psychique, parfois moins supportable pour un patient que son inconfort physique. Il sera important pour moi d'explorer le vécu des symptômes somatiques et de comprendre comment ils viennent soutenir ou fragiliser les défenses psychiques des patients.

[9] KRAKOWSKI, I. et al. dans *Traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte* (2003)

BIBLIOGAPHIE

AMAR, S. *L'accompagnement en soins palliatifs, approche psychanalytique*. Paris : Dunod, 2012, 320 p.

AMAR, S. *La question de l'angoisse de mort à l'épreuve de la fin de vie*. Perspectives psy, 2008, vol. 47, n°3, p. 217-222

BINHAS, I. et al. *Douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte : mise au point sur les recommandations concernant les traitements antalgiques médicamenteux*. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, 2007, vol. 27, p. 502-515

BLANCHET, V. et al. *Soins palliatifs : réflexions et pratiques*. 4ème éd. Paris : Sauramps Medical, 2011, 275 p.

BOUREGBA, A., et LEBRET, T. *Les angoisses de mort et la peur de mourir, l'accompagnement en fin de vie*. Progrès en urologie, 2008, suppl. 7, S426-S429

CROCQ, M-C., et al. *DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5ème éd. Paris : Elsevier Masson, 2015, 1176 p.

DE MASI, F. *Penser sa propre mort*. Paris : Ithaque, 2010, 157 p.

DUBIED, P-L. *L'angoisse et la mort*. Genève : Labor et Fides, 1991, 96 p.

FELDMAN D. et PERIYAKOIL, V. *Posttraumatic stress disorder at the end of life*. Journal of palliative medicine, 2006, vol. 9, n°1, 213-218

GROSCLAUDE, M. *Réanimation et coma, soins psychiques et vécu du patient*. 2ème éd. Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2009, 272 p.

HABA-RUBIO, J. et KRIEGER, J. *Somnolence, fatigue et hypersomnie*. Médecine du sommeil, 2011, vol. 8, 5-14

KRAKOWSKI, I. et al. *Traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte*. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2003, 129 p.

LOPEZ, G. et al. *Traiter les psychotraumatismes*. Paris : Dunod, 2016, 336 p.

OHISHI, A. et al. *Opioid analgesics increase incidence of somnolence and dizziniss as adverse effects of pregabalin : a retrospective study*. Journal of pharmaceutical health care an sciences, 2015, vol. 1 :30

ROSENBERG, B. *Le Moi et son angoisse, entre pulsion de vie et pulsion de mort*. Paris : PUF, 1997, 250 p.

SAUDER, P., et al. *Sédation-analgésie en réanimation (nouveau-né exclu)*. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, 2008, 27, 541-551

SCHMIDT, J. *Les 100 histoires de la mythologie grecque et romaine*. Paris : PUF, 2016, 127 p.

TZEN-PELARD, M-C. et al. *Evaluation de la vigilance chez les patients cancéreux hospitalisés en unités de soins palliatifs, étude longitudinale*. Médecine Palliative, 2007, vol. 6, p. 315-320

ANNEXE 1

Echelle de Somnolence d'Epworth

Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir (dans la journée) dans les situations suivantes :

Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment vous réagiriez et quelles seraient vos chances d'assoupissement.

notez **0** : si ***c'est exclu.*** «Il ne m'arrive jamais de somnoler: **aucune** chance,
notez **1** : si ***ce n'est pas impossible.*** *«Il y a un petit risque»*: **faible** chance,
notez **2** : si ***c'est probable.*** *«Il pourrait m'arriver de somnoler»*: chance **moyenne**,
notez **3** : si ***c'est systématique.*** *«Je somnolerais à chaque fois»* :**forte** chance.

- Pendant que vous êtes occuper à lire un document	0	1	2	3
- Devant la télévision ou au cinéma	0	1	2	3
- Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès ...).....	0	1	2	3
- Passager, depuis au moins une heure sans interruptions, d'une voiture ou d'un transport en commun (train, bus, avion, métro ...)	0	1	2	3
- Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
- En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone) avec un proche.....	0	1	2	3
- Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool	0	1	2	3
- Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage	0	1	2	3

Total (de 0 à 24) :

- **En dessous de 8: vous n'avez pas de dette de sommeil.**
- **De 9 à 14: vous avez un déficit de sommeil, revoyez vos habitudes.**
- **Si le total est supérieur à 15: vous présentez des signes de somnolence diurne excessive. Consultez votre médecin pour déterminer si vous êtes atteint d'un trouble du sommeil. Si non, pensez à changer vos habitudes.**

ANNEXE 2

Critères diagnostiques d'un ESPT selon le DSM-V

Trouble stress post-traumatique

Critères diagnostiques **309.81 (F43.10)**

Trouble stress post-traumatique

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, *cf.* les critères correspondants ci-dessous.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
   1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
   2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
   3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
   4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

      N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
   1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

      N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
   2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

      N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
   3. Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

      N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
   4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
   5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
   1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
   2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
   1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
   2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
   3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
   4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
   5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
   6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
   7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
   1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
   2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
   3. Hypervigilance.
   4. Réaction de sursaut exagérée.
   5. Problèmes de concentration.
   6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Dormir, c'est mourir un peu
Angoisses liées à la somnolence en fin de vie

Résumé

M.A, 77 ans, est atteint d'un cancer du rectum avec métastases cutanées. Avant d'arriver sur notre regroupement de lits identifiés en soins palliatifs, il a vécu un épisode de surdosage en morphiniques. A son réveil, il découvre dans sa chambre d'hôpital son costume funéraire. Dès lors, et malgré sa douleur, il refuse le réajustement des traitements antalgiques par peur de s'endormir. A partir de ce récit clinique, je cherche à comprendre comment la somnolence peut devenir un inconfort psychique plus insupportable que la douleur. Pour cela, je m'intéresse aux représentations symboliques sous jacentes à ce symptôme et au phénomène de surdosage. Mais également aux angoisses s'y rattachant, en particulier l'angoisse de mort et la notion de traumatisme.

Mots clés : *somnolence, surdosage, angoisse de mort, traumatisme*