

# L'accompagnement de fin de vie et du deuil

Le vécu du résident, de sa famille et de l'équipe

Formation handicap et fin de vie, 20 Février 2018

Formateurs : Emmanuelle Simoulin (IDE EADSP) / Julie Cromarias (Psychologue MAS Valençay) / Xavier Alonso (Psychologue EADSP) / Marie Tiret (Chef de service Foyer de vie Le Blanc)

## Question:

*Qu'observez-vous chez les résidents, les familles et les professionnels lors d'un accompagnement en fin de vie ?*

# Le dernier temps de vie est un temps de grande intensité:

- La mémoire ancienne émerge avec des contenus émotionnels non résolus.
- Le processus émotionnel est d'autant plus intense que les capacités cognitives sont limitées (pas ou peu d'élaboration).
- Expressions +/- bruyantes.
- Les personnes n'ayant pas développé suffisamment leur dimension psychique et cognitive viennent solliciter les professionnels dans leurs affects profonds  
= phénomène de résonance.

# Sommaire:

- L'accompagnement en fin de vie : définition
- Les réactions psychologiques du résident en fin de vie
- Le processus de deuil
- Le vécu des familles
- Le vécu des professionnels qui accompagnent
- Le rôle des professionnels dans cet accompagnement

**1/ L'accompagnement en fin de vie :  
quelle définition ?**

# 1/ L'accompagnement en fin de vie

- Définition du terme « accompagnement » :  
*« L'accompagnement d'une personne en fin de vie et de son entourage consiste à apporter attention, écoute, réconfort, en prenant en compte les composantes de la souffrance globale (physique, psychologique, sociale et spirituelle). Il peut être mené en lien avec les associations de bénévoles. L'accompagnement de l'entourage peut se poursuivre après le décès pour aider le travail de deuil ».*
- Accompagner, c'est être avec, dans une intention de sollicitude.
- « D'où je pars et où je vais avec la personne que j'accompagne ? »
- Prise de conscience des projections des professionnels sur la fin de vie.

# 1/ L'accompagnement en fin de vie

- HAS : « L'accompagnement est un **processus dynamique** qui engage différents partenaires dans un projet cohérent au service de la personne, soucieux de son intimité et de ses valeurs propres. **Approche globale et pluridisciplinaire**, l'accompagnement en institution ou au domicile relève d'initiatives et de procédures adaptées aux attentes et besoins de la personne ainsi que de ses proches. L'accompagnement en fin de vie **ne se limite pas à l'approche spécifique de la phase terminale** dès lors qu'il concerne **la continuité du cheminement** de la personne dans sa maladie.

# 1/ L'accompagnement en fin de vie

*(Suite HAS)*

- L'accompagnement relève donc également de la **démarche globale** des soins de santé ainsi que de considérations collectives aux approches de la fin de la vie et de la mort dans la société. L'accompagnement est une démarche dynamique et participative. Il justifie des **dispositifs d'écoute, de concertation, d'analyse, de négociation** qui favorise une évaluation constante et évolutive des options envisagées. La qualité de l'accueil, de l'information, de la communication et des relations qui s'établissent contribue à **l'anticipation nécessaire** des prises de décisions ».



# 1/ L'accompagnement en fin de vie

- Accompagner : c'est accepter une part d'inachevé, d'imperfection, d'insatisfaction de nos attentes, sans être submergé(e) ou le vivre comme un échec personnel.
- Processus dynamique qui engage différents partenaires dans un projet cohérent au service de la personne.
- Démarche d'équipe qui tient compte des besoins du résident, de sa famille et des professionnels.

## **2/ Les réactions psychologiques du résident en fin de vie**

## 2/ Les réactions psychologiques possibles

- L'anxiété
- L'angoisse
- La colère
- La tristesse
- La détresse
- La culpabilité
- L'atteinte du sentiment d'identité
- Le sentiment d'impuissance
- Les peurs...

Ces différentes émotions peuvent trouver chez la personne handicapée une expression +/- bruyante, intense, construite verbalement et intellectuellement.

## 2/ Les réactions psychologiques possibles

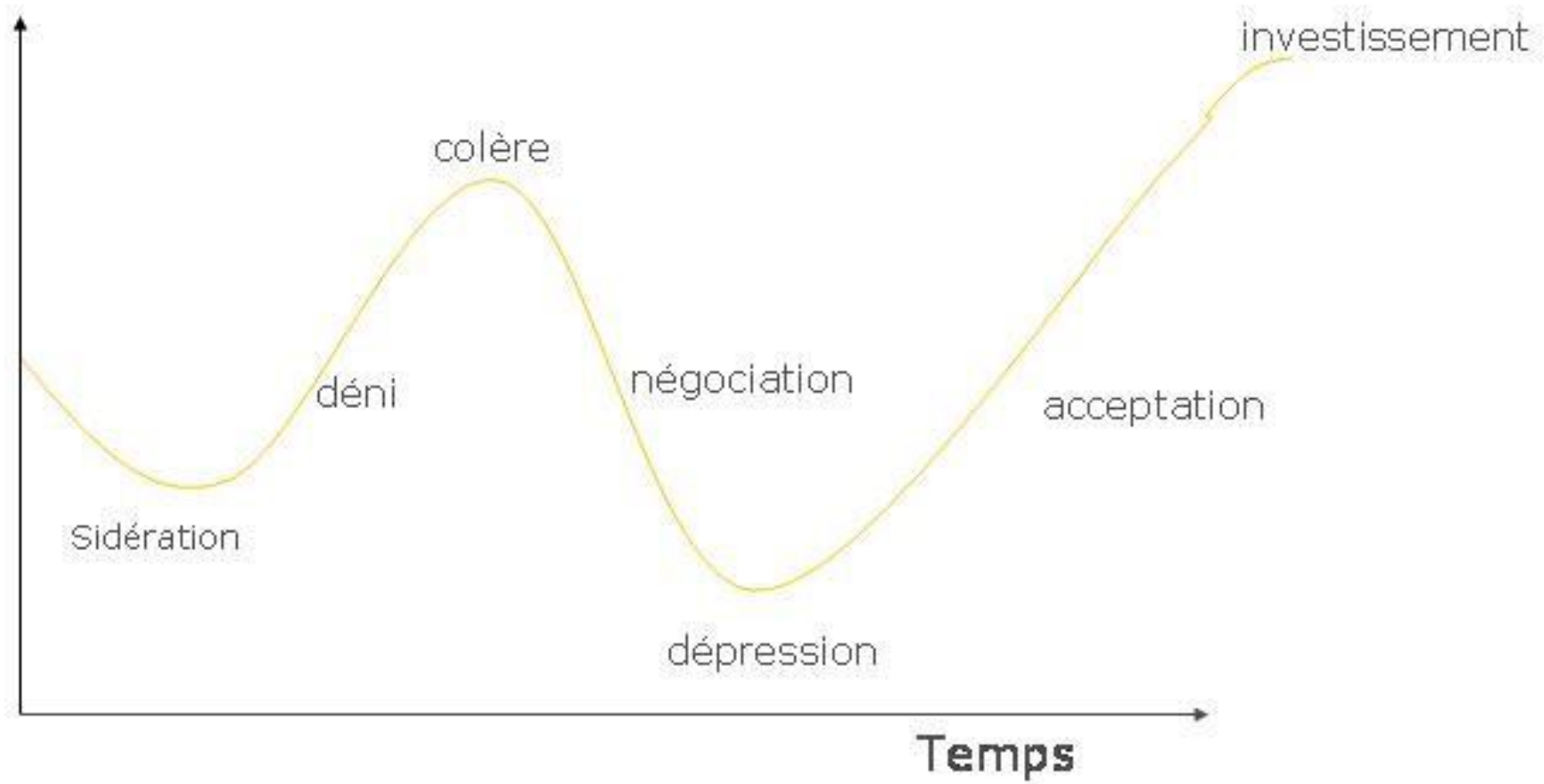
- Les peurs
  - Peur de la douleur, de la souffrance
  - Peur du rejet
  - Peur de perdre son identité personnelle, familiale, sociale
  - Peur de perdre sa dignité
  - Peur de quitter ses être chers
  - Peur du devenir des siens ou de leur faire de la peine
  - Peur de l'abandon, de la solitude, de l'isolement
  - Peur de l'inconnu
  - Peur d'être oublié après sa mort
  - Peur de perdre la contrôle de soi et de sa vie
  - Peur de la mort...

## **3/ Le processus de deuil**

### 3/ Le processus de deuil

- L'évolution psychologique qui mène à la mort se fait lors d'étapes qui dépendent du stade de la maladie, de la personnalité et des mécanismes de défense propres à chaque individu.
- Le processus de deuil débute bien avant le décès, dès la prise de conscience proprioceptive et/ou intellectuelle de l'approche de la fin de vie.
- La fin de vie provoque une période de crise psychologique qui peut être intense durant laquelle la personne doit intégrer les pertes, accepter les changements, modifications de ses habitudes de vie, la perte d'autonomie et être capable de réinvestissement dans une existence devenue autre.
- Période qui peut présenter une instabilité émotionnelle intense chez le résident, la famille et les professionnels.

**Activité  
émotionnelle**



# 3/ Le processus de deuil

5 étapes décrites par Elisabeth Kübler-Ross :

- **Le déni, le refus, l'état de choc** : la prise de conscience de l'irréversibilité de la maladie et de la proximité de la mort, entraînent un état momentané de paralysie totale, physique et psychologique qui laisse la personne sidérée, vide de sentiments et de repères. Elle n'intègre pas les informations, elle refuse d'admettre un diagnostic ou un pronostic grave. Cette attitude traduit un mécanisme de défense inconscient qui permet à une personne confrontée au bouleversement de son existence de ne pas être détruite.
- **La colère, la révolte** : elle est le signe d'une frustration insupportable par rapport à ce que la maladie ou la vieillesse nous oblige à accepter et ce à quoi il faut renoncer. C'est une agressivité contre ceux qui ont encore la possibilité de vivre et de faire des projets. La colère peut se projeter sur la famille ou les soignants.
- **Le marchandage** : Le patient ressent une culpabilité à renoncer et à accepter la fin, alors qu'il souhaite encore s'accrocher à la vie. Certains connaissent une boulimie et une soif de vivre qui bouleversent l'entourage.



### 3/ Le processus de deuil

- **La tristesse, la dépression** : L'approche de la mort est une expérience de séparation qui entraîne de la tristesse. Un travail d'acceptation est nécessaire. Le passage par un état dépressif est fréquent.
- **L'acceptation, la résignation, le lâcher prise** : Le malade peut accéder à cette dernière étape s'il a eu du temps d'évoluer et a été aidé pour franchir les étapes précédentes. Il peut, dans l'ambivalence, exprimer en même temps une acceptation de la mort et de la vie. Malgré l'imminence de la mort, le patient sait vivre chaque instant intensément et est encore capable de projets. Inversement, certains patients confrontés à la fin de vie vivent cette crise sans expression, sans sursaut, avec un glissement progressif dans l'abandon, insensibles aux sollicitations de l'entourage.
- Christophe Fauré aborde le processus de deuil en apportant d'autres nuances.

### 3/ Le processus de deuil

- Ces étapes sont présentes tant chez le patient que chez l'entourage familial. C'est d'ailleurs parce que chacun chemine différemment qu'une communication difficile peut émerger entre le patient, sa famille et les professionnels.
- Etapes n'ayant pas un lien chronologique obligatoire entre elles.
- Toutes les étapes ne sont pas toujours présentes selon :
  - La construction psychique de la personne ;
  - En résonance au vécu de l'équipe +/- capable de contenance psychique ;
  - Suivant les capacités intellectuelles de la personne (déficience cognitive, démence...).

## **4/ Le vécu des familles**

## 4/ Le vécu des familles

- Les atteintes difficiles à vivre :
  - Transformations et pertes physiques, dépendance (amaigrissement, perte de mobilité, œdèmes, changement du visage, grabatisation, apathie...);
  - Dyspnée, modification de la respiration;
  - Arrêt de l'alimentation;
  - Mise sous sédatif, perte de conscience, arrêt de la communication;
  - Réactions à la douleur;
  - Image des derniers jours.

## 4/ Le vécu des familles

- Chacune des familles va vivre l'accompagnement du proche malade de façon différente selon :
  - Son histoire, le handicap,
  - Le mode relationnel du groupe familial,
  - Ses représentations et expériences passées de la fin de la vie et de la mort.
- Le travail de deuil s'élabore plus facilement si les familles ont été régulièrement informées du déroulement de la maladie, du pourquoi des soins et des choix faits par l'équipe.

## 4/ Le vécu des familles

- Relation et communication altérée, mécanismes de protection de son proche malade / de sa famille
- Fatigue des visites, des allers-retours
- Sentiment de dépossession, difficulté de laisser son proche entre les mains des professionnels
- Ambivalence (crainte de perdre son proche/désir que cela se termine)
- Culpabilité
- Recevoir les émotions de son proche malade
- Impuissance, incompetence
- Accepter les décisions de son proche malade concernant ses traitements.

## 4/ Le vécu des familles

- Les angoisses les plus fréquentes :
  - La crainte de l'abandon des soins;
  - La peur de la souffrance, surtout lorsque leur proche ne peut plus exprimer sa douleur verbalement;
  - L'angoisse de sensation de faim ou de soif chez les personnes ne pouvant plus s'alimenter;
    - Est-ce qu'il dort bien ?
    - Est-ce qu'il se rend compte ?

## 4/ Le vécu des familles

- Remaniement des liens affectifs tissés entre les membres de la famille:
  - Temps de souffrance et de fatigue psychologique qui peut faire émerger, réactiver ou exacerber des conflits familiaux;
  - Chacun vivant l'évolution de la maladie à son rythme, il y a nécessairement des décalages qui peuvent créer des tensions.
- Le sentiment de rejet, d'abandon, de déception peut générer colère et agressivité envers les professionnels.
- Des mécanismes de défense peuvent apparaître face aux sentiments d'impuissance et de culpabilité :
  - Le déni;
  - Des projections agressives (ou positives).
- Besoins des familles :
  - D'être informées et de se préparer à l'échéance;
  - D'être reconnues, d'avoir une place.



## **5/ Le vécu des équipes**

## 5/ Le vécu des équipes

- Cas clinique Barbara

## 5/ Le vécu des équipes

- La rencontre
  - Soigner implique une rencontre entre 2 « systèmes », « familles »
    - Résident
    - Famille
  - Tous deux sont initialement des inconnus et vont donc inter-agir.

## 5/ Le vécu des équipes

- La parentification :
  - Le processus de parentification, désigne l'investissement psychologique (projection) sur une personne nouvelle en lui attribuant – et l'amenant à développer – un rôle de parenté (père/mère, frère/sœur, fils/fille, grand-père/mère, etc...)
- La durée de l'accompagnement et le lien d'attachement vont fortement influencer le vécu

## 5/ Le vécu des équipes

- Dans le dernier temps de vie:
    - une interaction psychologique importante (professionnels, famille, résident)
    - un transfert-ou projection- s'opère dans ces rencontres
    - souvent avec une charge émotionnelle et une implication affective importantes
- = expérience de deuil

## 5/ Le vécu des équipes

- Cet accompagnement nécessite pour les équipes éducatives un effort d'adaptation, une modification des pratiques et un autre regard = deuil de la sollicitation « éducative ».
- La confrontation à l'image du corps d'autrui souffrant, mort, affecte l'image que, chacun, nous avons de nous-mêmes.
- Témoin des inquiétudes, des peurs, de la souffrance des résidents, constate la progression de la déchéance du corps du fait de la proximité.
- Un sentiment d'échec peut apparaître : le prendre soin est favorisé.
- Deuil du lien d'attachement : dépend de l'investissement affectif, de l'intensité des liens affectifs, de la durée de l'accompagnement.
- Fait écho aux situations personnelles, familiales des professionnels.
- Le décès d'un résident :
  - **Bouleversement intérieur important chez le professionnel;**
  - **Une rupture de lien.**

## 5/ Le vécu des équipes :

- Un deuil spécifique à vivre:
  - Nécessité d'échanger et de communiquer
  - Retrouver du sens à nos paroles, attitudes et actes
  - Consentir à l'incertitude qui nous habite
  - Se dégager de la culpabilité.

## 5/ Le vécu des équipes :

- Emotions ressenties par les professionnels lors du décès :
  - Tristesse : souvenir de la personne décédée, des moments passés à ses côtés;
  - Parfois peur : proximité à la mort, « nous sommes peu de choses »;
  - Crainte du jugement des autres : cachent leur tristesse, leur sensibilité;
  - Volonté de se montrer forts;
  - Résignation : prise de conscience que la mort est inéluctable, effet libérateur de l'angoisse;
  - Acceptation : pragmatique des choses et non affective;
  - Remords : pas toujours justifiés, pensées culpabilisantes pouvant être destructrices;
  - Sentiment d'avoir été utile : accompagnement de la personne en accord avec ses valeurs personnelles et les normes de sa profession;
  - Souffrance morale : conflit éthique entre les valeurs morales et celles imposées par le milieu, frustration morale;
  - Recherche de sens : liée aux questionnements de la personne sur la valeur de l'existence et la finitude.

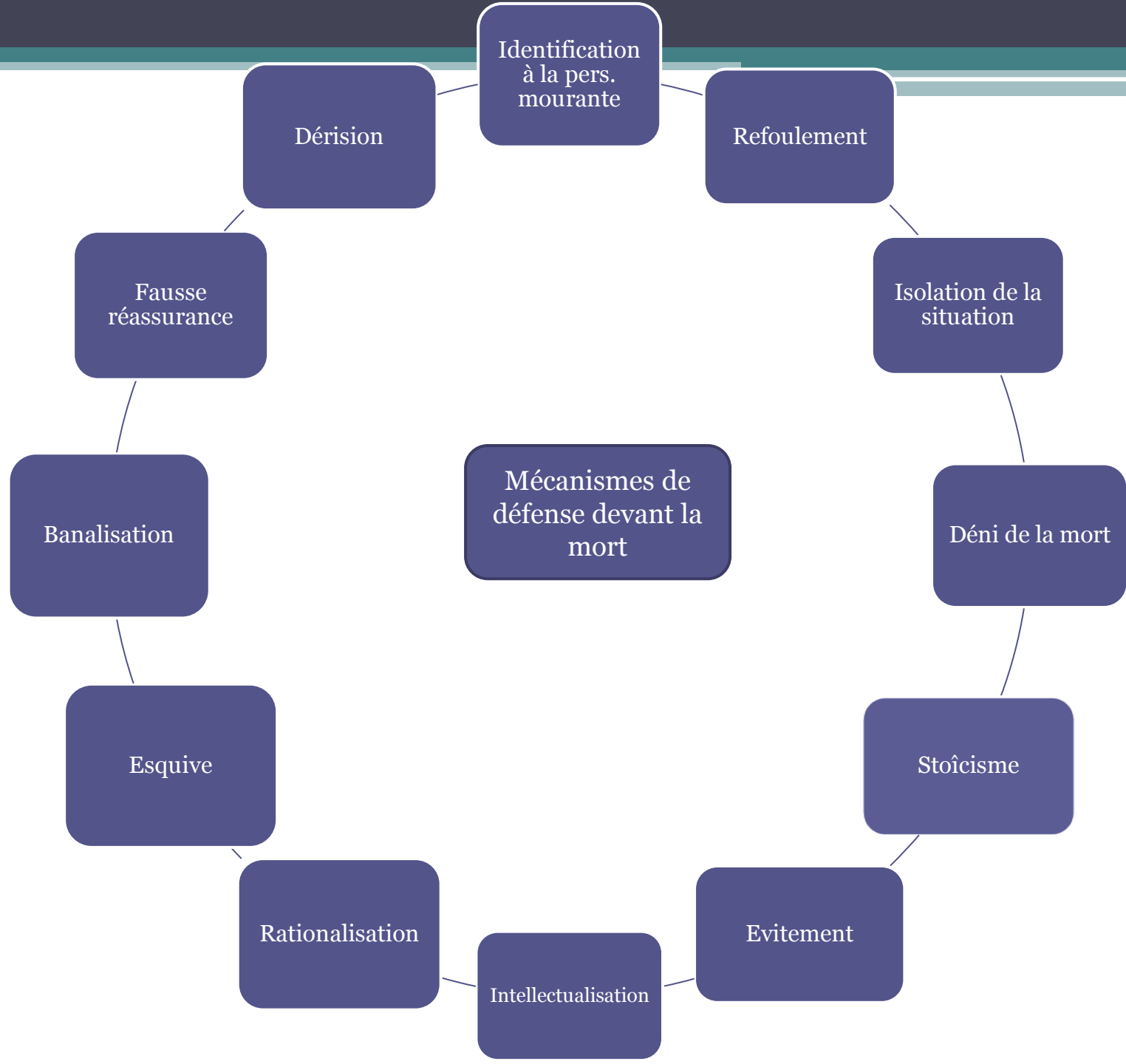


## 5/ Le vécu de l'équipe :

- Facteurs qui influencent le deuil du professionnel :
  - Premier décès en carrière
  - Soudaineté du décès ou lente agonie
  - Durée de l'accompagnement
  - Usure de la répétition
  - Réveil des deuils personnels
  - Importance de l'âge.

## 5/ Le vécu des équipes :

- Des mécanismes de défense sont à l'œuvre.
- Ce sont des processus inconscients mis en œuvre par une personne afin de supporter une situation difficile ou de pouvoir lutter contre l'angoisse.
- Les processus défensifs utilisés sont différents selon la personnalité de chacun.
- Ces mécanismes de défense sont des phénomènes normaux et protecteurs de la continuité de la vie psychique.
- Ils permettent à la personne de faire face à une situation insoutenable pour elle.
- Ils sont nécessaires à la personne pour lutter contre l'angoisse ou pour pouvoir l'éviter ou bien la supprimer.



## 5/ Le vécu des équipes : les mécanismes de défense

- La banalisation : le professionnel fait preuve de désintérêt face aux dires de la personne malade, met à distance la souffrance du résident.
- L'esquive : le professionnel parle d'autres choses que des préoccupations du résident ou de sa maladie lorsque celui-ci l'aborde.
- La fausse réassurance : consiste à entretenir un faux espoir alors que la réalité est plus sombre, en évitant de répondre aux questions.
- La rationalisation : camoufler ses sentiments, sa conduite par des jugements pragmatiques « *nous avons un travail à faire, c'est tout* », « *de toute manière on n'y peut rien, on s'y attendait* ».
- L'évitement : le professionnel met une distance prononcée avec la personne malade. Il ne le regarde pas, l'évite.
- La dérision : le professionnel ne prend pas au sérieux le résident. Ne prend pas en considération ce qu'il lui dit et met un peu d'humour dans les situations délicates comme pour désamorcer l'ambiance.

## 5/ Le vécu des équipes : les mécanismes de défense

- **L'identification** : assimilation des caractéristiques de la personne mourante, notamment de l'état de souffrance. Image de ce que pourrait être la propre destinée du professionnel.
- **L'intellectualisation** : se réfugier dans des raisonnements philosophiques, dans les détails des soins pour éviter de vivre la situation anxiogène face à la déchéance du corps, à la douleur récidivante, la peur de la mort.
- **Le stoïcisme** : professionnel qui reste fermé, impassible devant la personne mourante.
- **Le déni de la mort imminente** : lié à un fort sentiment d'attachement et une volonté de protection de la personne, le professionnel s'investit beaucoup émotionnellement et il lui semble encore trop tôt pour que la personne décède.
- **L'isolation de la situation** : séparation des pensées et des affects
  - **Le malade**
  - **Le service et la vie du professionnel**
- **Le refoulement** : ne s'arrête pas devant les pensées de souffrance, de tristesse et passe rapidement à autre chose.

## **6/ Rôle des équipes**

## 6/ Rôle des équipes

### Comment accompagner la personne en fin de vie ?

- Relation d'aide : écoute active / attitude empathique / authenticité / confiance / capacité de spécifier et de faire spécifier / respect de la personne et de soi-même = Carl Rogers
- « *La relation d'aide est la capacité que peut avoir un soignant à amener toute personne en difficulté à mobiliser ses ressources pour mieux vivre une situation, c'est un soin relationnel* ».
- Carl Rogers explique : « *aider, c'est pouvoir toucher l'autre dans son altérité en communiquant* ».
- Savoir passer le relais.
- Accepter que la fin de vie appartient au résident.
- La notion de « contenance psychique » issue de la psychanalyse consiste à accueillir et penser collectivement les vécus et les émotions du résident et de sa famille sans en être submergé.

## 6/ Rôle des équipes

- Comment accompagner les familles ?
  - Accueil, nécessairement collectif, pour signifier symboliquement que « notre famille accueille la vôtre » et s'intéresse à son histoire
  - 1<sup>er</sup> accueil et début déterminant pour la suite
  - Disponibilité
  - Écoute
  - Empathie
  - Accueil des questions, inquiétudes et doutes
  - Anticiper les craintes
  - Accompagner l'entrée en contact avec le proche
  - Faire/laisser place à la famille (naturelle): légitimité ?



## 6/ Rôle des équipes

- Comment accompagner les autres résidents ?
  - Leur permettre de participer à leur mesure au processus d'accompagnement et de deuil « familial »
  - Expliquer l'évolution de l'état de santé
  - Laisser accès à la personne en fin de vie
  - Organiser le temps de l'annonce du décès (individuel/collectif)
  - Offrir un temps de partage, être « ensemble »
  - Quels rituels pour rendre hommage ?

## 6/ Rôle des équipes

- Comment s'accompagner en équipe ?
  - Retrouver du sens à nos paroles, attitudes et actes
  - Consentir à l'incertitude qui nous habite
  - Se dégager de la culpabilité
  - Repérer, identifier ses mécanismes inconscients en jeu dans la relation au résident, pour mieux les neutraliser
  - Identifier sa souffrance, ses doutes, ses identifications
  - Reconnaître les émotions liées au deuil
  - Éviter la distanciation et le stoïcisme
  - Mesurer ses investissements affectifs
  - Trouver un équilibre entre le don de soin et le don de soi

## 6/ Rôle des équipes

- Comment s'accompagner en équipe ?
- Un travail d'équipe :
  - Prévoir une organisation adaptée (personnel volontaire, horaires...)
  - Nécessité d'échanger et de communiquer
  - Se rassembler, créer un espace de parole sécurisée, partager
  - Les échanges pluridisciplinaires comme espace de mise en sens de ce qui se joue pour le sujet malade
  - Anticiper les organisations spécifiques (toilette mortuaire, sépulture...)
  - Penser le temps du recueillement et du souvenir
  - Comment faire place au prochain résident ?

# Bibliographie

- Fauré Christophe, « *Accompagner un proche en fin de vie* », 2016
- Fauré Christophe, « *Vivre le deuil au jour le jour* », 2012
- HAS, « *L'accompagnement des personnes en fin de vie et leurs proches* », conférence de consensus, 2004
- INPES, « *Soins palliatifs et accompagnement* », 2009
- Kübler-Ross Elisabeth, « *Sur le chagrin et le deuil* », 2009
- Kübler-Ross Elisabeth, « *Accueillir la mort* », 1998
- Van Lander Axelle, « *Apports de la psychologie clinique aux soins palliatifs* », 2015