

Ministère de l'Enseignement Supérieur

Université de Tlemcen

Faculté de Médecine

Première Année de Médecine

Année universitaire : 2018-2019

« Société, Santé et Humanité »

Module

« La MORT, ASPECTS PSYCHOLOGIQUE , SOCIAL ET MÉDICAL »

Encadreur : Mme Rachida Kalfat Rostane

INTRODUCTION

LA MORT, est connue comme étant UNE INCONNUE et c'est à ce titre que se pose notre première interrogation. Comment traiter de l'inconnu puisque nous l'ignorons. Comment ignorer l'une des questions la plus importance de l'existence humaine :La mort ?

Toute notre problématique est contenue dans ce questionnement. Un paradoxe de taille. La mort existe mais nous ne la connaissons pas. Il ne s'agit pas ici pour notre sujet de donner des réponses uniquement mais de poser aussi des questions.

Le fait est, que la mort nous surprend même si on y pense particulièrement lorsqu'il s'agit d'un sujet malade en fin de vie.

Ce qui est naturel mais ne peut se supporter .La mort,pourtant, simple mouvement de la vie, est affrontée violemment.

La mort est violente. La mort est DOULOUREUSE.

Cependant, « On a besoin de vie pour mourir » titre d' un Film de la Fondation de France qui développe tous les aspects contenus dans notre intitulé :le psychologique , le social et le médical.

Ainsi avant d'aborder notre sujet, il est utile de faire apparaître notre malaise au niveau de cet intitulé qui dissocie en apparat ces trois aspects alors qu'ils s' interactivent entre eux, qui se mêlent et s'entremêlent. En

fait, il est difficile de les étudier séparément. Les trois aspects fusionnent par leur inter-activité et leur inter-relationalité, leur inter-pénétration et leur compénétration: social, psychologique et médical.

Réserver trois parties pour chacun des trois aspects nous renvoie aux méthodes de la scolastique (= sans analyse épistémologique) et nous oriente vers des idées redondantes (= les mêmes idées qui se répètent)

Nous tenterons donc de respecter le plan annoncé dans l'intitulé du sujet en évitant les récurrences (=les répétitions) mais en l'inscrivant dans nos approches de complémentarité et de compénétration.

Cependant, il est plus aisé pour nous d'intervenir d'abord au niveau social et son lien avec le psycho-médical en première partie , aborder l'aspect médical en deuxième partie et inscrire le psychologique dans la troisième partie.

I) L'aspect social de la mort , un lien avec le médical et le psychologique

A) Evolution de l'Histoire de la mort : une approche anthropologique

1- Au niveau de l'homme primitif : Absence de la notion de « mort »

Si l'on remonte à travers les âges nous pouvons dire que les premiers hommes, les hommes primitifs n'ont jamais compris qu'est ce que la mort ! Lorsque l'un des leurs mourraient , ils ne comprenaient pas qu'il était mort. Cela nous ramène à penser que le primitif ne comprenait pas s'il était né et ignorait aussi qu'il finissait par mourir et qu'il vivait pour mourir. Cette idée sera couronnée par cette citation d'André Malraux L'homme est né lorsque pour la première fois, devant un cadavre, il a chuchoté : Pourquoi ? »

Alors que Les fourmis étaient bien plus conscientes et enterraient leurs mort bien avant que les humains n'y aient pensé et les religions n'existaient pas encore. Ce n'est que bien plus tard que l'homme a accordé des sépultures aux morts tant le concept de « mort » n'existait pas dans leur pensée. Et on enterrait les morts dans la terre. Parce que tout simplement l'homme primitif abandonnait le cadavre sur le sol et ne comprenait pas

que cette personne même était morte. Le cadavre se trouvait dans son lieu d'habitation et on quittait la maison pour ne pas voir le cadavre se décomposer. Puis le corps était livré aux chiens, aux vautours aux corbeaux ou jeté dans le fleuve, à la mer ou aux volcans.

L'anthropologie archéologique nous a appris aussi qu'on mangeait le cadavre d'un ennemi tué à la guerre. On mangeait les parents devenus vieux ou malades au lieu de les jeter. Leurs ossements étaient conservés car on en faisait des bibelots recouverts de peinture ou de vernis et parfois sculptés.

2- L'homme à l'ère des premières civilisations : Le problème de la mort en Mésopotamie et son opposé l'immortalité

La mort fut une question posée à partir de toute l'épopée de Gilgamesh et du thème de l'immortalité.

J'invite donc nos chers étudiants à lire cette belle épopée lorsque Gilgamesh roi de Uruk ville de l'actuelle Irak il y a 5000ans de cela avant notre ère, décidera dans ce conte philosophique de poser la question de la mort lorsqu'il perdra Enkidu son ami, suite à une maladie. Et il en veut à Dieu de l'avoir séparé de l'être cher. Il décidera donc de quitter son royaume pour partir à la recherche de l'herbe de jouvence et de l'immortalité.

Gilgamesh fut le premier homme jusque là à se poser la question de la mort qui a donné naissance à la Philosophie: Pourquoi la mort ? Pourquoi mourir ? Et la mission du médecin est de « Sauver les Hommes de la mort » ?

Or rejeter la réalité de notre mortalité nous rapproche de l'illusion d'être immortel. Notre mort est même « impensable » malgré notre foi musulmane qui nous renvoie à chaque fois à la réalité de la mort. Car qui dit naissance, l'évidence est de mourir.

Pourtant Sénèque, un philosophe de Cordoue né au 1^{er} siècle de notre ère inverse l'équation. Pour lui, c'est la mort qui donne naissance à la vie et non l'inverse car avant la vie il y a la mort.

Puis peu à peu les thèses philosophiques et religieuses avec l'apparition de l'Homo religiosus surtout ont abordé le concept de la mort en l'inscrivant

dans la sphère de la dualité : corps et âme. (comme l'entendent les philosophies musulmanes, grecques, les religions monothéistes, Judaïsme, christianisme et Islam)

Aujourd'hui en Occident, les communautés athées et inspirées des rituels hindouistes procèdent à la crémation des morts. Les morts sont brûlés et les cendres sont récupérées ou jetées dans les fleuves ou conservées chez soi ou transformées en diamant incrustées sur une bague ou un médaillon comme cela fait couramment aux USA.

3- La mort et les sciences aujourd'hui

Au niveau scientifique la mort pour les biologistes et les médecins est de tenter par l'observation l'analyse et la synthèse des expériences et des empiries de développer de nouvelles connaissances particulièrement au niveau de la mort cérébrale .

Aujourd'hui la mort cérébrale est conçue autrement que religieuse ou philosophique par le corps médical. Un regard nouveau à développer pour les prochaines heures.

B) La mort, une approche sociologique

a) Relations médecin-malade à l'approche de la mort

1 : Attentes du malade, craintes de l'entourage.

2 : Éthique et psychologie.

3 : Les craintes de l'entourage que le malade « ne le supporte pas »

b) Aspects pratiques de la communication avec et autour du malade en fin de vie

1 : Une écoute active;

2: les conditions de la relation;

3: la relation avec la famille;

4: les relations entre soignants

5: la mort peut-elle être annoncée ?

c) Attentes du malade, craintes du malade

1 :Le désir du malade de savoir ce qui le concerne ;

2 :Son Soi communique avec lui-même

3 La communication médecin /malade

**4 : La relation médecin-malade est une relation dissymétrique. Comment ?
Par une relation plus humaine au niveau de la relation de soins.**

Le malade sait que les avancées médicales lui permettent d'espérer et de tenter de prolonger la vie . Alors que faire ? Faut-il annoncer ou cacher l'imminence de la mort ?

D'où la préférence donnée à la mort subite car la peur de la mort est imminente

II) Le médical en inter action avec le psychologique et le social

Le médecin est là pour soigner et sauver son patient et paradoxalement le plus grand échec du médecin c'est qu'il ne peut rien contre la mort. Le médecin est impuissant et comment va t-il décider de combattre et quelles sont ses limites ? Faut il penser à ce que le médecin rende l'homme immortel. ?

A) L'approche de la mort au niveau des prémisses médicales de la mort

Le corps médical impuissant devant la mort, sociologiquement et psychologiquement peut-il cacher à un malade la gravité de son état qui n'est autre que lui annoncer sa mort. Or notre interrogation liée au psychologique et au social nous donne t-elle le droit de neutraliser l' espoir au patient de guérir et de ne pas mourir?

Car derrière la maladie il y a toutes les représentations collectives des troubles derrière le médecin. Il y a un dialogue thérapeutique est donc un dialogue avec le social.

L'approche anthropologique semble nous aider à nous approcher de ce contexte social, médical et psychologique

La première idée maîtresse est que quel que soit l'épisode de la maladie en

question le patient et son entourage proche se feront une représentation propre à chaque individu qui abordera des interrogations classiques et évidentes comme :

- **Comment la maladie est – elle apparue ?**
- **Qu'est ce qui a pu la causer, ?**
- **Pourquoi la maladie affecte t-elle ce sujet personnellement ?**
- **Quel sera son cours probable, ?**
- **A Quel type de traitement le plus approprié vat-il appliquer?**
- **Le patient a t-il des réponses à toute cette série d'interrogation ?**

Au médecin donc de construire toutes ces interrogations sur son propre modèle explicatif recueilli à partir des données cliniques.

Le problème est que les Modèles explicatifs du patient et du médecin se heurtent car l'aspect social et culturel sépare le médecin et son malade

1°) Donc le médical doit répondre à une stratégie de communication qui repose sur des principes :

- Disponibilité

- La situation d'écoute active du patient

- Le décodage des éléments de communication verbale et non verbale. Gestes et Regards ont un sens.

- Prendre en compte les préférences du patient dans l'élaboration du projet de soins.

- Donner des explications claires, concises et adaptées au niveau de compréhension du patient et vérifier qu'elles sont effectivement comprises.

- Obtenir le consentement éclairé du patient afin d'établir un contrat de

soins clair et une implication active dans la maladie.

- Contrôler la compréhension

2. Le médical, au centre de relation sociale.

*** Exprimer la vérité la plus acceptable possible.**

*** Elaborer un plan avant de commencer au niveau social qui sert à réduire l'anxiété du patient**

*** Faire admettre la décision dictée par les connaissances scientifiques du médecin en intégrant le malade et son environnement.**

*** Rendre le malade acteur de son destin dès le début d'un bilan avant d'avoir la confirmation de sa non guérison.**

*** Vérifier si le patient désire entendre les nouvelles de sa santé ou s'il souhaite attendre.**

*** Manifester des inquiétudes en rapport avec la souffrance de ses proches lui est accordé.**

*** Ne pas révéler de pronostic en terme de durée. Une évolution miraculeuse, le 1% des statistiques ? Miracle divin ?**

*** L'espoir permet d'explorer avec le patient le sens de sa vie et de sa maladie.**

*** Ne jamais mentir**

B) La Mort au niveau des pratiques médicales

Certes La technologie et l'ensemble des « systèmes de maintien des fonctions vitales » mis en œuvre pour soutenir la médecine modulent les

pratiques des médecins au quotidien et des pratiques cliniques contemporaines, qui sont des atouts et des pièges à la fois de cette technologie désormais omniprésente en milieu hospitalier particulièrement . Selon le secteur de pratique et le type d'intervention, nous verrons comment la technologie peut être perçue à la fois comme une ressource inégalée et une source possible de dérive, particulièrement en fin de vie de jeunes patients. Il y a des enjeux et défis posés par la technologie, principalement dans les unités de soins intensifs .

Comment cette technologie devient acteur dans la rencontre clinique, par les attentes et perspectives qu'elle génère, mais aussi par les transformations qu'elle opère au sein de la pratique clinique et de la relation soignants-soignés-familles. Les questions particulières que pose cette technologie en fin de vie, les questions morales et les rationalités parfois divergentes qu'elle permet d'entrevoir n'ont pas été développées vu le contexte du niveau . Nous avons affaire avec des débutants : Première année de Médecine .

C) La mort, implications cliniques

Le médecin est au service de la complémentarité du psychologique et du social .

Cela implique que tous les professionnels de santé acquièrent des compétences complémentaires dans la communication pour devenir en même temps enseignants et soignants, et que les centres de soins de recherche ajoutent à leurs fonctions l'école de santé.

Pour nos futurs médecins en première année la Mort et la Souffrance dans la relation soignant –soigné impliquent :

***La Nécessité d'une réflexion personnelle**

***L'observation des repères psychologiques et éthiques**

***Position respectée et honorée des Médecins**

Pourquoi ?

Pour ne point laisser le soigné penser que le médecin est investi du devoir de prémunir contre la mort; il faut laisser croire que la mort est une « anomalie »

Parce qu'aujourd'hui la prééminence des décès en milieu hospitalier nous fait observer que :

Le malade aujourd'hui de plus en plus meurt à l'hôpital et le médecin est de plus en plus présent d'où :

La crise n'épargne pas le Médecin et les Soignants

- **La mort des malades est source de souffrance pour les soignants, dont le médecin.**
- **Les liens affectifs se créent dans la relation des soins**

III) L'aspect psychologique, une thérapie au service du médical

Rappelons que l'être humain est un individu et un être social. Il est donc investi de dignité tout au long de sa vie. Et annoncer une mort inéluctable est une violence faite au malade.

1- Les critères affectifs

- la compassion

- la prudence : par volonté de ne pas nuire

- l'humilité : le médecin doit savoir reconnaître et être conscient de certaines limites

Et on assiste à une sorte de dépression. Or cette dépression est un acte psychologique et qui est de deux types.

1° La dépression de réaction.

On réagi mal à la nouvelle de la mort

2° La dépression de préparation qui prépare le patient à mourir

- **réagir à la perte de la vie est donc un phénomène normal mais il y a des enjeux au niveau éthique et psychologique**

- . prendre en considération l'éthique et le déontologique
- Considérer la dignité du « mourant » c'est respecter les principes d'humanité et d'autonomie.
- Ne pas l'informer c'est prendre des risques comme :
- Renforcer son isolement et son sentiment de solitude,
- Créer avec ses proches un décalage capable de bloquer toute communication.

D'où l'importance du médecin, d'être en relation d'aide à la personne malade en fin de vie.

D'où Le choc• Le déni• La révolte ou la colère• La dépression qui sont des états naturels . On ne peut pas cacher à un malade la gravité de son état. On peut le laisser librement parler de sa mort, s'il en a besoin.

D'où il faut l'écouter. Car écouter le patient en fin de vie c'est aussi le soulager et l'aider à quitter la vie.

Notre culture algérienne certes est animée de discours. On aime parler plus qu'écouter et le patient est dans cette dichotomie. Et pourtant le patient veut parler à son entourage et au médecin plus que de l'écouter.

2- Le psychologique une force pour le soigné et le soignant

Je rappelle que dans notre introduction je disais que la mort semble ne point nous concerner et l'homme vit dans l'illusion de l'immortalité . Notre mort est impensable et lorsque l'homme semble y penser il réalise qu' 'il va mourir. Or l'évidence même que si il y a vie il y a indiscutablement mort et acceptation de la mort. Si la mort est violente et douloureuse c'est qu'elle qu'elle est privatrice d'espoir pour le malade comme pour le médecin.

Et on assiste à une sorte de dépression. Or cette dépression est un acte

né de La peur de la mort

M. TEIFFEL, en 1965, a montré que les étudiants en médecine, à leur entrée à l'Université, avaient une anxiété de la mort plus élevée que les autres groupes : après leurs études médicales, ils étaient moins anxieux, mais leur anxiété restait supérieure à celle du reste de la population.

« C'est la peur de leur propre mort que les médecins affrontent indirectement à travers celle de leurs patients ».

*** Les retours vécus par le médecin par peur d'être désapprouvé.**

a) Le médecin reçoit quotidiennement, la colère déplacée des familles .Pourquoi ?

- Car la famille rend le médecin responsable de la mort. Le musulman est hors sphère du « *ajel* » car la *séparation de l'être cher est violente*

- Car la famille compte beaucoup sur la technologie et les capacités de guérison.

Vous devez donc mes chers étudiants futurs médecins vous rappeler de ce principe:

« Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours »

b) Le médecin vit une pression terrible

Vouloir sauver la vie à tout prix et le médecin culpabilise de ne pas pouvoir sauver son patient. C'est le plus grand échec dans la vie d'un médecin

c) Le médecin vit la peur des réactions émotionnelles

Comment ? Par cette pudeur extrême face à l'expression des propres sentiments du médecin et ceux de ses malades le médecin a du mal à se maîtriser car le médecin a peur de la réaction de son malade. Pour cela des mécanismes seront mis en place.

1°) Le malade et ses mécanismes de défense

Ces mécanismes sont des procédés d'adaptation qui permettent au malade de développer une série de réactions qui lui permettent de faire face à la mort

*** Le déni**

En dépit de l'évident et de la multiplication d'indices manifestes et flagrants, le malade refuse de toutes ses forces de reconnaître la réalité, il préfère refouler sa souffrance et nier sa propre mort.

*** Le déplacement**

Le malade focalise sa peur sur une autre réalité. Il transférant l'angoisse liée à sa maladie sur sa peur des effets secondaires du traitement, ou d'un symptôme mineur sans jamais évoquer son cancer.

*** Les rites obsessionnels**

Le malade, décide de tenter de maîtriser sa maladie, s'attache à certains rites, précis et obsessionnels.

il respecte scrupuleusement toutes les prescriptions et suit rigoureusement l'évolution de sa maladie .Il est obsédé par le pari qu'il va réussir sa guérison .

*** La régression**

Parfois c'est le contraire. Le malade se replie sur lui-même et prend conscience de ses symptômes. Il va demander à être protégé et se sent incapable de lutter contre la maladie. Il se décharge et s'en remet à son entourage et au médecin.

***. L'agressivité**

Le médecin doit se rendre compte que parfois Le malade réagit de façon

agressive . Le malade en veut à ses proches , au paramédical et au médical . Cette agressivité née de ses angoisses est comme une insulte au médecin le qualifiant d'incompétent . Que doit faire le médecin ?

L'approche de la mort lui donne la force de combattre et le rend énergique pour rendre solide sa propre fragilité et atténuer ses souffrances .

L'approche de la mort accentue l'apparition de nouvelles douleurs, de rechutes

Le médecin est partagé entre l'espoir et le désespoir de sa guérison et il devient le contrôleur de sa douleur et de son mal d'où une position difficile.

2°) Le médecin et ses mécanismes de défense

Il est face à un problème celui de la souffrance psychique du malade et celui de certains symptômes du malade .

Le médecin doit se protéger de cette réalité douloureuse qui remet en question ses compétences.

Comment doit il procéder ?

Soit par :

- Le mensonge (c'est un mécanisme de défense de « l'urgence »)

Le mensonge est souvent mécanisme de défense de « l'urgence». Car dévoiler la vérité brutalement ou découverte fortuitement, constitue toujours un traumatisme, donc le médecin a recours au mensonge (évoquer par exemple une hépatite pour un cancer du foie) évite la montée de l'angoisse, ce qui empêche le malade de mettre en place ses mécanismes d'adaptation à la réalité de sa maladie et éviter de compromettre la relation de confiance avec son médecin.

- Dire la vérité

Certains médecins brûlent les étapes pour se libérer du poids du mensonge surtout lorsque le médecin sait que son malade ne croit plus à la guérison et que le médecin tente de retarder la confrontation à la réalité.

- Etre rationnel

Le médecin change de discours qui devient très technique, un discours médical savant incompréhensible pour le malade. Un dialogue qui le rend moins vulnérable certes mais qui rend le malade plus vulnérable et dans un malaise et une détresse.

Que fait le médecin ?

Il va éviter le contact physique et psychique avec son malade mais il se met en dialogue avec l'entourage du malade : paramédical , infirmière et aides soignant et la famille..

Il va se rapprocher du dossier médical et les examens para cliniques en écoutant moins le malade.

-S 'appuyer sur le psychanalytique

Le psychanalytique sert le sens de la maladie ignoré par le malade lui-même. Il est dans une situation d'inconscience .

- L'implicite (le non dit),

Une manière indirecte d'annoncer la mort d'où relation entre malade et le médecin au niveau émotionnel.

- l'empathie : mode de connaissance intuitive d'autrui qui repose sur la capacité à se mettre à la place de l'autre. L'ensemble de ces moyens doit permettre au médecin de

montrer de l'empathie pour mener sa consultation dans les conditions optimales de confort psychologique.

D'où Le choc• Le déni• La révolte ou la colère• La dépression Qui sont des états naturels . On ne peut pas cacher à un malade la gravité de son état. On peut le laisser librement parler de sa mort, ce qu 'il tente de faire souvent : il en a besoin.

• D'où il faut l'écouter. Car écouter le patient c'est le soulager.

Notre culture algérienne certes est animée de discours. On aime parler plus qu'écouter et le patient est dans cette dichotomie. Et pourtant le patient veut parler au médecin plus que de l'écouter.

******* Le psychologique face à la mort**

Je rappelle que dans notre introduction je disais que la mort semble ne point nous concerner et l'homme vit dans l'illusion de l'immortalité . Notre mort est impensable et lorsque l'homme semble y penser il réalise qu' 'il va mourir. Or l'évidence même que si il y a vie il y a indiscutablement mort et acceptation de la mort. Si la mort est violente et douloureuse c'est qu'elle qu'elle est privatrice d'espoir pour le malade comme pour le médecin.

Conclusion

Ce qui en ressort de notre sujet c'est qu'il s'inscrit dans cette relation triangulaire. Les 3 aspects, psychologique- social- médical forment une triangulaire qui correspond à la relation triangulaire: médecin-malade-famille : Un terreau favorable et indispensable des différents constituants des soins palliatifs accordés au malade en fin de vie.

Ce qui nous a permis de prendre en compte :

- 1) Les Cultures des soignés et les cultures des soignants**
- 2) Les bases de la communication avec le malade.**
- 3) La relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs.**
- 4) L'annonce d'un diagnostic d'une maladie incurable, d'un handicap ou d'un décès.**

- 5) **Le projet pédagogique individualisé pour l'éducation du malade en fin de vie .**
- 6) **L'annonce d'un décès à un entourage familial immédiat**
- 7) **La relation médecin/malade représentée par l'annonce de la mort**
- 8) **L'art pour le médecin d'avoir apprécié le psychisme et les capacités d'écoute et d'adaptation de son patient.**
- 9) **La relation médecin/malade qui nécessite de plus en plus d'écoute et de capacités pédagogiques des praticiens pour mieux réussir des diagnostics.**
- 10) **L'échec du médecin et son impuissance à sauver son patient portera sur la réussite des soins palliatifs individualisés en harmonie avec la culture et les croyances du mourant indissociables avec de ses liens avec son entourage médico-social**

Pourtant si le médecin est présent pour sauver le malade , et tenter de prolonger sa vie nul ne peut faire fi de la mort et prôner l'immortalité de l'âme et du corps comme le souhaitent les nouvelles révolutions de l'esprit humain à penser à aboutir à l'immortalité de l'homme. Un travail que le transhumanisme, le posthumanisme et le nouvel homme nouveau accorde aux progrès médicaux, aujourd'hui indissociables des progrès technologiques.

Certains progrès donnent lieu à de nombreux moyens aux lieux de soins, pour guérir particulièrement au sein des hôpitaux. Aujourd'hui la modernité, l'évolution des sciences, l'environnement social comme en milieu hospitalier facilite à la mort de s'écarter peu à peu de la vie.

Les progrès salués, espérés, de la médecine n'ont pas rendu possible la question de la guérison d'une maladie incurable.

La science poursuit ses élans et la pratique médicale continue à poser des questions de compétence et de champ d'actions, questions d'allocation de ressources, questions morales pour sauver le malade de la mort. Cette mort qui a évolué vers une nouvelle terminologie « la fin de vie » qui rend hommage à l'intelligence des prises de décision pour le meilleur intérêt du malade et en sa faveur.

Merci Chers étudiants

Merci Chères étudiantes

Pour votre interactivité à ce cours et pour votre attention