

La psychologie en soins palliatifs et en suivi de deuil

Johanne de Montigny, M.A. Ps.

jo.de.montigny@videotron.ca

Unité de soins palliatifs

Hôpital Général de Montréal

Centre universitaire de santé McGill

2^e congrès international de soins palliatifs

5-7 mai 2013 – Palais des congrès - Montréal

Psychologue pionnière

- Psychologue clinicienne à l'Unité de soins palliatifs de Balfour Mount depuis 1988
- Au chevet du malade
- Au service de la famille qui l'accompagne
- Au suivi de deuil (dépistage des deuils à risque)

Tâches connexes

- Responsable des groupes de parole (soutien de l'équipe)
- Superviseur de stages
- Membre de comités organisateurs de congrès
- Chargée de cours (*Le mourir et les approches palliatives, UdeM*)
- Auteure, formatrice et conférencière

Une équipe aux disciplines variées

- Coordonnatrice à l'accueil, médecins, infirmières, pharmacienne, musicothérapeute, coordonnatrice des bénévoles, bénévoles, travailleuse sociale, psychologues, responsable des services spirituels, préposés aux malades, préposé à l'entretien, massothérapeute, ergothérapeute, « zoothérapeute »...

Travailler en équipe

- Nous avons développé un lien collégial et fraternel, le sens du partage et un soutien interpersonnel.

Travailler en équipe

- L'interdisciplinarité nous engage dans des valeurs communes: assurer de bons soins et promouvoir la formation continue
- La confiance est sans nul doute le trait qui caractérise notre plaisir de travailler ensemble

Travailler en équipe

- « La pluridisciplinarité s'appuie sur une éthique dont les fondements sont l'affirmation de ses propres compétences, la reconnaissance de celle des autres, l'acceptation des niveaux de responsabilité et de décision. La parole n'est pas un instrument de pouvoir, mais le moyen d'établir des ponts. »

(Wertheimer, 1999)

Expertise du psychologue en soins palliatifs

- Évalue et soulage les symptômes dépressifs du malade
- Évalue et apaise l'anxiété du malade
- Offre un soutien à ses proches
- Identifie les familles en crise et à risque de « sombrer » après la perte d'un être significatif (deuil complexe)

Le psychologue clinicien

- Développe son écoute du latent au travers du manifeste
- Décode les métaphores traduisant l'angoisse de mort
- Reconnaît en l'espoir du malade l'expression de son instinct de vie

L'écoute

« Écouter l'autre c'est considérer que ses appels ne visent pas forcément à une réponse, à une action, mais qu'ils visent plutôt à la recherche d'un écho qui fait ricocher la parole dans le cadre d'une relation. Notre présence à l'autre n'est pas une technique relationnelle. Nous sommes concernés et touchés par ce que l'autre partage de son destin. »

(Pillot, 1994)

Facteurs psychiques

- « Pour comprendre l'interaction des facteurs physiques et psychiques, nous n'avons pas d'autre alternative que de nous fier au point de vue subjectif de l'individu... c'est lui-même qui pressent ces liens, et nous disposons que de son témoignage »

(Brillon, 2006)

La subjectivité

- « Il s'agit de sa qualité de sujet, ce qui fait de chacun de nous une personne unique dans sa façon d'être au monde. »
- « La subjectivité ne se laisse pas facilement enfermer dans une expérience scientifique... Ce que la personne ressent constitue sa vérité. »
- (Brillon, 2006)

Reconnaître les symptômes de la dépression

- « Modification profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur, elle s'accompagne généralement d'anxiété et entretient chez le patient l'impression d'impuissance globale, de fatalité d'espérance »

(Grand dictionnaire de la psychologie, Larousse 1992)

Décoder la démoralisation

- « S'apparente à la dépression, mais s'en distingue par le désespoir existentiel, la perte de sens ou de but dans la vie. Tout comme dans la dépression, elle comporte des symptômes de détresse, mais elle se reconnaît par le sentiment d'incompétence, alors que pour la dépression, il s'agit de la perte de plaisir. »

(Clarke; Kissane, 2002)

Décoder l'angoisse

- « Ensemble de sentiments et de phénomènes affectifs caractérisé par une sensation interne d'oppression et de resserrement et par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance devant lesquels on se sent à la fois démuni et totalement impuissant à se défendre. »

(Grand dictionnaire de psychologie, Larousse, 1992)

Services offerts aux proches

- Soutien psychologique face à la mort annoncée, à la perte anticipée, à la vie bouleversée, au deuil
- Réunions familiales en collaboration avec quelques membres de l'équipe
- Information sur les services offerts par l'équipe

- « La pratique, cette chose étrange »
- « Si maints auteurs ont signalé les limites de la science, plus rares sont ceux qui ont réussi à discerner les spécificités de la pratique. »
- « Si la science part du particulier et cherche à produire des connaissances généralisables, le praticien, lui, part du particulier et demeure dans le particulier. »

(Mandeville, 2004)

La qualité professionnelle

« Si l'intervenant n'est pas bien préparé à des rencontres souvent déstabilisantes, s'il n'a pas fait le débroussaillage et l'inventaire préalable de lui-même, il ne pourra pas intervenir correctement et efficacement, malgré toutes les connaissances acquises quant aux nombreux modèles et techniques d'intervention. »

(Migneault, 2004,)

...La qualité professionnelle

- Avant d'évaluer l'humeur du malade, sa situation globale, ses caractéristiques, ses besoins, ses peurs, sa personnalité, ses priorités, le sens qu'il donne à ce qu'il traverse, son rapport avec la vie, avec autrui et avec la mort imminente, le psychologue offre surtout une qualité de présence et de soutien à la personne souffrante

Prédispositions du psychologue

- Accueille les valeurs, les croyances, les us et coutumes de chacun (la diversité)
- Écoute les mots, contient les silences, établit une relation de confiance dans une première rencontre même brève, car elle pourrait aussi être la dernière
- Respecte les refus et les limites de chacun

La posture du psychologue

- Demeure sensible à l'ambiance qu'il crée et au contact qu'il établit
- Écoute le malade avec une attention fine et avec bienveillance

Aléas du métier et autres défis

- Compose avec le refus de ses services
- Ne s'impose pas au malade, mais ne l'abandonne pas
- Inclut la famille présente dans la chambre ou, selon les besoins et les circonstances, propose un temps privilégié avec le malade
- Tient compte des douleurs physiques tout en éclairant les forces psychiques du mourant

Attitude du psychologue

- Développe une attitude suffisamment bonne pour réverbérer et assurer la dignité du malade
- Conjugue le savoir-faire avec le savoir-être dans une proximité juste
- Démontre son empathie, manifeste sa motivation à découvrir l'autre, à l'accompagner à son rythme

L'intégration des savoirs

Les trois composantes essentielles à l'accompagnement et à l'intervention psychologique:

- **Le savoir** (connaissances théoriques);
- **Le savoir-faire** (techniques d'intervention);
- **Le savoir-être** (attitude du thérapeute).

(Lecomte, 1997)

Rôle du psychologue

- Porte les questions avec le patient, avec ses proches, avec ses collègues
- Contient les détresses, apaise les crises, se rend disponible tout en respectant ses propres limites
- Accepte le sentiment d'impuissance, les façons individuelles de se séparer et de mourir

Rôle dans l'équipe

- Communique les points importants pour aider l'équipe à mieux soigner le malade et à mieux encadrer la famille
- Rédige des notes concises dans le dossier central sans révéler les confidences du malade ou de sa famille

Équilibre personnel

« Reconnaît que le métier de psychologue est un métier à risque; il s'agit d'un métier solitaire et stressant, le psychologue est extrêmement sollicité sur le plan émotionnel, il en paie souvent le prix dans sa vie personnelle. »

(Clerck, 1997)



Repères essentiels pour assurer une pleine conscience, une écoute pure et une intervention juste

1. Prend soin de soi tout en prenant soin de l'autre (lit, écrit, choisit une activité heureuse et inspirante, se confie à un collègue, se repose)
2. Échange avec un superviseur, avec ses pairs, avec un groupe de soutien
3. Dépasse sa propre souffrance, afin de ne pas confondre la sienne avec celle des autres

Et... comme philosophie

« Parvient à ne pas paniquer et même à s'émerveiller, comme personne et comme intervenant, devant l'aspect fondamentalement énigmatique et mystérieux des comportements humains, de la vie en général, jusqu'à la mort, inclusivement... »

(Migneault, P., 2004)

Confidences des malades

- Ma famille m'inquiète
- J'ai le sentiment de les abandonner
- Je leur cause du chagrin
- Je me demande s'il y a quelque chose après...
- J'ai peur de mourir étouffé
- Je parviens difficilement à leur dire ce que je ressens

Confidences des familles

- Ses souffrances me sont insupportables
- Je me sens impuissant
- Mon frère ne parle plus à mon père depuis longtemps; il ne viendra pas le voir
- Quand est-ce que ma mère va mourir?
- Pourquoi ne pratiquez-vous pas l'euthanasie ici?
- La fin de vie n'a pas de sens

Confidences de l'équipe

- J'espère apprendre à mourir grâce à toutes ces expériences
- Parfois je voudrais changer de métier, certaines familles sont trop exigeantes
- Ce qui me retient: mes valeurs de soin, mon élan naturel d'aider, l'esprit d'équipe

Le psychologue

« [...] Tôt ou tard, tout psychothérapeute, quelle que soit son approche, sera confronté à des impasses thérapeutiques ou à des situations complexes qui l'amèneront à s'interroger sur sa contribution personnelle, en particulier dans la relation thérapeutique. »

(Lecomte, 2004)

L'intervention du psychologue

- Facilite la communication entre le malade et ses proches (établit un pont)
- Aborde les conflits non réglés
- Fait connaître l'importance des derniers messages et leurs impacts
- Reconnaît la colère, le sentiment de culpabilité, les regrets, les peurs et aide l'être à les surmonter

Composer avec les familles difficiles

- Établir les limites et demeurer consistant dans ses messages
- Éviter le clivage des personnes et des informations
- Offrir l'essentiel, mais éviter les extras
- Connaître les ressources disponibles à l'extérieur

Observations cliniques

- Le malade et ses proches composent difficilement avec
- L'incertitude
- L'imprévisibilité
- L'inconnu
- L'impuissance (l'absence de contrôle)

Messages importants

- L'un des obstacles majeurs à tout cheminement (pour le malade et sa famille) provient du désir impossible de redevenir comme avant
- L'être humain est beaucoup plus grand que ce qu'il donne à voir, mais la personne qui le regarde à la dérobée rate l'essentiel

L'espoir du malade et de ses proches

- « L'espoir ne doit plus être tourné vers l'avenir, mais vers l'invisible. Seul celui qui se penche vers son cœur comme vers un puits profond retrouve la trace perdue...L'important est de tenter, toujours de tenter, sans souci de réussite, de mettre un instant au monde ce qui n'y était pas.

(Singer, 2001)

La compassion des soignants

- « Il faut accepter – même si le mot fait peur – que nous puissions être *contaminés* par la souffrance de l'autre. Dans la compassion on prend effectivement quelque chose de cette souffrance, mais sans être noyés dans cette douleur qui n'est pas la nôtre. »

(de Hennezel; Leloup, 1997)

Le deuil

- Les proches appréhendent la perte avec anxiété, découragement, crainte du futur, crainte de rater le dernier souffle, ambivalence affective, crainte de ne pas avoir été à la hauteur, crainte de ne plus pouvoir renouer avec la vie sans l'autre, ou parfois, vit la perte avec sérénité, gratitude et confiance

Services de suivi de deuil

- Prière universelle autour du défunt
- Offre systématique à toutes les familles de services de soutien après la perte
- Collaboration avec le psychiatre dans des situations complexes
- Plus ou moins 30% des familles sollicitent nos services psychologiques pour traverser le deuil
- Célébration commémorative

Groupes d'entraide pour personnes en deuil

Leurs principaux objectifs:

- Rompre l'isolement social
- Lutter contre le silence que soulève la solitude (ou le sentiment d'abandon)
- Permettre une première restauration du lien social qui peut aider à la reconstruction de soi.

(Emoult, 2003)

Bibliographie

- Brillon, M. (2006). La pensée qui soigne, Éditions de l'Homme, 33-42
- Clerck, G. (1997) Psychologie Québec, 29
de Hennezel, M.; Leloup, J.-Y. (1997) L'art de mourir, Laffont
- de Montigny, J. (2010) Quand l'épreuve devient vie, Médiaspaul
- Dussault, G. (1990). Les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité. Le gérontophile: Revue de l'Association québécoise de gérontologie, 12(2), 3-6
- Emoult, A. (2003). Deuil et lien social (collectif dirigé par Alain Bercovitz: Accompagner les personnes en deuil, érès, 47-49

Bibliographie

- Lecomte, C. (1997). L'intégration des savoirs, Psychologie Québec, 1997, 24
- Mandeville, L. (2004). Innover pour mieux former, Revue Québécoise de Psychologie, p. 64
- Migneault, P. (2004). Plaidoyer pour un intervenant bien portant et capable d'en prendre, Frontières, Vol. 1, No 2, 64, 67
- Pillot, J. (1994). L'écoute dans l'accompagnement de la souffrance, JALMAV, NO 37, 4-27
- Singer, C.: (2001). Où cours-tu? Ne sais-tu pas que le ciel est en toi?, Albin Michel, 38,39 ; 172, 173
- Wertheimer, J. (1999). La pluridisciplinarité, Gérontologie et société, 88, 39-48