

Pascal Millet

Médecin hospitalier, et professeur, Programme de formation EPSSEL
[Éducation et Promotion Santé et Social En Ligne :
cours EPSSEL sur le deuil et les soins palliatifs]
Université de Franche-Comté

(2009)

“Pré-deuil et deuil anticipé”

Document de cours

ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE, 2009.

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
Professeur sociologie au Cégep de Chicoutimi
Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Dans le cadre de "Les classiques des sciences sociales"

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une bibliothèque fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay, sociologue

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de soins infirmiers retraité de l'enseignement au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

à partir du livre de :

Pascal Millet, **Pré-deuil et deuil anticipé**.

Université de Franche-Comté, cours EPSSEL sur le deuil et les soins palliatifs, 2006. **Édition revue et augmentée**, septembre 2009.

M. Millet est médecin hospitalier et professeur dans le programme : Éducation et Promotion Santé et Social en Ligne [EPSSEL, cours sur le deuil et les soins palliatifs] de l'Université de Franche-Comté.

[Autorisation formelle de l'auteur accordée le 16 septembre 2005.]



Courriel : pmillet@chbm.fr

Polices de caractères utilisées :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 19 septembre 2009 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



Table des matières

[Introduction](#)

[Le Règlement intérieur de l'hôpital](#)

[Les conditions matérielles d'accueil du mourant et de sa famille](#)

[L'attitude des soignants](#)

[Que peuvent faire les soignants ?](#)

[Que ne doivent pas faire les soignants ?](#)

[Est-ce si difficile d'aider les familles en pré-deuil ?](#)

[Le Deuil anticipé](#)

[Sédation, Euthanasie, Suicide assisté.](#)

[Un texte en cadeau](#)

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Le Pré-deuil représente l'ensemble des événements, des émotions, des prises en charge etc... qui concernent le futur endeuillé avant le décès. Il y a bien sûr un pré-deuil lointain (au moment de l'annonce d'une maladie grave par exemple), mais le terme désigne le pré-deuil au moment de la phase terminale.

(aparté important : les soins terminaux sont les soins aux personnes malades dans la période précédant « immédiatement » leur décès. Il n'y a évidemment pas théoriquement de définition précise du temps que cela représente, mais, en pratique les Caisses ou les Mutuelles qui financent ces soins s'efforcent de donner des temps de « bénéfice » de ces prestations qui vont, selon les prestations, de 15 jours à 3 mois. Cela place le médecin dans une situation difficile, car cela l'oblige à évaluer le temps du décès. C'est un exercice parfois difficile et qui expose à l'erreur. De plus, l'un des enseignements importants des soins palliatifs est précisément de privilégier la vie et pas la mort, même à cette période, et donc de ne pas mettre en place ce qui peut ressembler de près ou de loin à un « compte à rebours ». « Jusqu'à la Mort, Accompagner la Vie ». Toutefois, il est évident qu'on ne peut pas demander aux Caisses de financer une aide importante en fin de vie, sans mettre des barrières raisonnables contre des utilisations abusives.

Les soins palliatifs sont les soins aux personnes atteintes de maladies graves et probablement incurables, dans la mesure où elles nécessitent une prise en charge de leurs symptômes (douleur, angoisse, etc..). Le champ des soins palliatifs est donc en principe très vaste. Par exemple, nous avons soigné dans notre équipe de soins palliatifs

des personnes atteintes d'artérite avec douleur chronique et perspective d'amputation mais sans risque de mort prochaine. Une notion souvent reprise à ce sujet est celle des soins continus. Il existe une variation progressive du rapport entre soins curatifs et soins palliatifs tout au long de l'évolution de la maladie. Dès le départ, une préoccupation « palliative » (annonce de la maladie, écoute de l'impact émotionnel de cette annonce..) est de mise, et, même au dernier moment, des considérations curatives ne sont pas exclues de principe (antibiotiques pour traiter une surinfection bronchique par exemple parce que le rapport avantages/inconvénients reste positif). Le problème est que la plupart des prestations de soins mises en place utilisent le terme de « soins palliatifs », alors qu'elles concernent en fait les soins terminaux, les soins aux mourants.)

On entend souvent des personnes dire en évoquant leur mort : « je souhaite mourir brutalement, sans m'en rendre compte ». Or, ces morts brutales constituent le plus souvent le facteur de gravité principal des deuils traumatiques. Bien qu'il y ait aussi l'élément de violence physique avec possibilité d'images intrusives, l'élément principal du deuil traumatique est précisément son caractère soudain et inattendu, pour l'endeuillé.

Si la période précédant le décès est une période de souffrance et d'angoisse, l'expérience montre souvent qu'à posteriori cette souffrance n'a pas été « inutile » pour l'endeuillé. Le pré-deuil permet de faire une partie du travail de deuil, mais en présence du mourant. Ainsi, s'il existe un contentieux entre le mourant et sa famille, il y a encore une possibilité de le régler « in extremis ». Avant le XX^{ème} siècle, on estimait comme essentiel que le mourant et son entourage (y compris extra-familial) puissent échanger des pardons (mutuels). L'important est qu'après le décès, cette possibilité du pardon est fermée à tout jamais. Or, les sentiments de colère, de honte, de culpabilité liés à ce contentieux non réglé peuvent être très pesants pour les endeuillés. Par exemple, les filles abusées sexuellement par leur père disent souvent : « juste avant sa mort, j'attendais au moins qu'il ait un mot de regret. Cela m'aurait permis de faire le deuil ».

Actuellement 70% des décès ont lieu à l'hôpital. Le règlement intérieur de l'hôpital, les conditions matérielles d'accueil du mourant et

de sa famille et l'attitude des soignants sont donc des éléments importants du travail de pré-deuil pour de nombreuses familles.

Le Règlement intérieur de l'hôpital

[Retour à la table des matières](#)

Les heures de visite de la famille à leurs patients sont établies pour le repos des patients, pour le respect de l'hygiène et pour ne pas entraver le bon fonctionnement de l'institution. Cela ne devrait pas priver ces familles du droit fondamental d'assister leur mourant jusqu'à sa mort, si familles et le mourant le souhaitent. Comme dans la plupart des cas, les soignants savent que le patient est dans sa période terminale et que les soins n'y changeront pas grand chose, l'argument de la priorité donnée à la poursuite des soins (par rapport à la présence de la famille) ne devrait pas être entendu. Il est vrai qu'il est aussi important de protéger les autres malades. Des moyens matériels suffisants doivent permettre la présence de la famille sans gêner les soins et les autres patients. Il faut noter que le règlement intérieur considère rarement, dans ses principes de protection, l'effet traumatisant que peut avoir dans les chambres à plusieurs lits la vision imposée de la mort. J'ai souvenir, entre autres, d'une réanimation (massage cardiaque) au lit en présence de deux voisins blêmes, « collés au mur », qui je l'espère ont apprécié que l'on se soit adressé à eux pour s'excuser du spectacle qu'on leur donnait. Mais sur le moment ils n'ont même pas pu trouver le moindre mot pour nous répondre...

Un point important du règlement intérieur est d'éviter que les conditions « normales » de visite des familles aux mourants soient le fait d'une initiative personnelle de certains soignants, alors perçue comme une faveur par les proches. C'est évidemment une source de conflit entre les soignants et entre les familles et les soignants. S'il est souhaitable que certains soignants, plus sensibles ou plus à l'écoute, prennent des initiatives pour faire « bouger le système », il n'est pas sain que l'institution fasse l'économie d'une remise en cause person-

nelle en se contentant de « fermer les yeux ». Il faut qu'elle rejoigne ceux qui sont ainsi « en pointe » ou qu'elle explique clairement, de façon transparente et sans agressivité pourquoi l'initiative lui paraît inappropriée.

Les conditions matérielles d'accueil du mourant et de sa famille.

[Retour à la table des matières](#)

Comme nous venons de le voir, des conditions matérielles suffisantes doivent être réunies pour permettre une mort digne, en présence de la famille. Les gestionnaires notent à juste titre que cela dépend des financements de l'établissement, accordés ou non par les tutelles. C'est à la fois vrai et faux.

C'est en partie vrai parce que les financements manquent toujours ! Ceux qui concernent l'accueil des mourants pourraient faire l'objet d'un contrat spécifique d'objectifs et de moyens, mais je n'ai jamais rencontré en pratique de demande de Projet d'Objectifs et de Moyens sur ce thème.

C'est en partie faux, parce que, quand un problème est considéré comme prioritaire, les moyens sont généralement trouvés. Le problème est donc de convaincre les gestionnaires qu'il s'agit d'un problème prioritaire. Il est vrai que nos sociétés ont tendance à donner la priorité à tout ce qui est curatif et efficace et à retirer toute priorité « quand il n'y a plus rien à faire ». (une définition des soins palliatifs est ce qu'on fait quand il n'y a plus rien à faire). C'est oublier qu'au delà du mourant il y a toute une famille de « survivants » qui pourra être profondément affectée par le souvenir de la mort du frère, du grand père..., parfois même sur plusieurs générations. On dit que l'homme ne se nourrit pas seulement de pain, il ne se guérit pas seulement du seul silence de ses organes (pour paraphraser une définition de la santé).

Les moyens minimaux exigibles me paraissent être :

- Une chambre seule pour l'immense majorité des mourants et pas seulement « in extremis ».

- Une possibilité pour la famille d'accompagner, jour et nuit si elle le souhaite, le mourant avec un minimum de confort personnel (possibilité de lit à proximité, pièce d'accueil pour la famille, afin qu'elle puisse « décompresser » tout en restant à proximité, moyens de communication avec la famille : téléphone portable, etc..).

L'attitude des soignants (le terme soignant désignant ici toutes les catégories de personnel soignant : médecin, infirmière, aide soignante, kiné, et professionnel : secrétaire, ASH etc..).

Les relations entre les soignants, les mourants et leurs familles peuvent être difficiles parce que :

- la mort représente pour beaucoup de soignants un « échec médical » et cela peut entraîner chez eux des sentiments d'« incompetence », de culpabilité, de gêne... qui les poussent à éviter le contact avec le mourant et avec sa famille. C'était la politique, heureusement en voie de disparition de la « porte fermée sur le mourant » : *« n'entrez pas, il est en train de mourir »*.

- la mort représente pour la famille une période difficile pour laquelle elle n'a pas été « formée ». Elle ne sait pas ce qu'il faut faire et ne pas faire (toucher, parler..), elle comprend mal que les soignants ne puissent pas définir précisément ce qui va se passer et quand, elle ne comprend pas certains soins etc... Cette difficulté peut se traduire par une attitude dépressive, anxieuse, d'évitement etc., mais aussi par une attitude de critique systématique des soignants.

- La famille peut estimer que le décès est du à une erreur ou à une négligence médicale et cela la conduit à une hostilité de principe envers les soignants.

- Les soignants ont du mal à gérer les relations avec la famille en pré-deuil, surtout dans les relations « involontaires ». Ils ont l'impression (d'ailleurs parfois justifiée) que quand ils rient, prennent

un café, etc.. à proximité (mais « hors présence ») de la famille, celle-ci trouve leur attitude irrespectueuse et le leur fait savoir (le plus souvent par des signaux non verbaux). Alors la présence de familles en pré-deuil est vécue comme une telle charge que tout est fait pour l'éviter. Il n'y a pas de solution univoque à ce problème, les moyens matériels permettant l'intimité mutuelle, les aptitudes des soignants à la maîtrise de la communication sont des outils essentiels. Il peut sembler paradoxal et irrespectueux de dire que les mourants et leurs familles aussi aimeraient bien rire et prendre le café, mais ce n'est pas loin de la vérité. Pour la plupart des équipes de soins palliatifs, un bon entretien est un entretien où le sourire et même le rire avec le patient et sa famille ont pu trouver une place. Généralement, plus l'équipe soignante est expérimentée à la prise en charge des mourants, moins elle ressent comme pesante la présence de la famille. La disponibilité d'une salle de détente et de repos pour les familles, si possible dans le service, permet de désamorcer des sources d'incompréhension ou de conflit résultant du partage obligé des pièces « de détente ». Les familles elles-mêmes peuvent, à tort ou à raison, percevoir de la part des soignants des signaux négatifs et y répondre de façon hostile. Le simple coup d'œil d'un soignant à sa montre ou à la pendule du service est vite perçu comme un message du type : « *ça suffit, il est temps de partir* », même quand ce n'est pas le cas. Une simple mise au point suffit à corriger le tir, et si elle s'accompagne d'un sourire, elle peut être hautement « thérapeutique ».

- L'appréhension culturelle de la mort peut être très différente entre les soignants et les familles, parce qu'il existe dans ces familles une culture « différente ». Ce peut être vrai pour certaines familles étrangères qui tiennent à ce que leurs traditions soient respectées, mais aussi de familles « de même culture », mais qui ont un vécu familial de la mort particulier (fréquences des suicides et des morts violentes, conflits familiaux importants etc.). Le soignant devra en principe respecter ces croyances, à moins qu'elles ne soient un trouble majeur aux soins ou au fonctionnement de l'institution (surtout en ce qui concerne les autres patients).

Que peuvent faire les soignants ?

[Retour à la table des matières](#)

C'est une question fréquemment posée. Les soignants non formés pensent souvent qu'ils ne peuvent plus rien faire puisque le malade est mourant. (la deuxième question est : « qu'est ce que je ne dois pas faire ? » - nous la verrons au chapitre suivant).

La première demande des familles est une demande d'information : que se passe-t-il ? est il sûr qu'il va mourir ? mais quand ?? peut on faire quelque chose pour qu'il ne meure pas ? souffre-t-il ? va-t-il souffrir au moment de mourir ?

Il est important que des réponses à ces questions puissent leur être apportées. Cela suppose souvent que le soignant présent au moment de la visite de la famille soit en mesure de répondre. C'est possible dans la plupart des cas, quand l'information à donner a été intégrée pleinement dans la démarche thérapeutique. Le médecin, l'équipe soignante ont pu définir ce qu'il fallait dire à la famille et ont donné des instructions précises aux soignants qui seront en présence de la famille. Si, seul le médecin est en mesure d'apporter certaines informations, des instructions sont données pour la prise rapide d'un rendez vous.

Souvent les familles demandent des informations, mais estiment que le patient lui même ou certains autres membres (« fragiles ») de la famille ne doivent pas en être destinataires. C'est souvent l'origine de souffrances et de conflits supplémentaires. Un malade « qui n'est pas au courant », mais qui est entouré de membres de sa famille ostensiblement « veillant un mourant » ne peut que souffrir, soit de ce qu'il comprend alors de son état, soit de ce qu'il ne comprend pas dans l'attitude de ses proches, soit des deux. Il n'y a pas de règle universelle en la matière, mais il ne faut pas oublier que le premier être concerné par sa mort est bien le mourant lui même.

Le soignant peut aussi aider la famille en l'aidant à comprendre ce que représentent les soins, quelles précautions ils prennent pour qu'ils soient sûrs et non douloureux et à quoi ils servent. Ils devront aussi expliquer à la famille quelles précautions elle doit prendre vis à vis de ces soins (hygiène des visites, etc.). La participation de la famille aux soins (au minimum l'aide aux repas) est souvent très positive à tous points de vue.

Les familles ne savent souvent pas quel est doit être leur comportement dans ces conditions exceptionnelles (l'agonie) et dans un environnement médical qui leur paraît étrange et même dangereux (surtout en réanimation). Les soignants pourront expliquer aux proches ce qu'ils peuvent et ne peuvent pas faire. Il est important d'insister sur l'importance du toucher et de la relation, même quand le patient est « comateux ». D'une part, certains patients « comateux » peuvent ressentir et entendre et en témoigner « au réveil », d'autre part et surtout cette relation a un grand rôle symbolique pour ceux qui touchent et qui parlent (soignants comme familles), elle signifie « c'est encore un être humain qui est présent dans le lit ».

Les soignants pourront aussi avoir un rôle de conseil et de soutien pour ce qui touche au pré-deuil. Notamment ils pourront faciliter si la famille le souhaite la visite des enfants à leurs frères, leurs parents ou grand parents mourants. S'il est souvent estimé comme important que cette visite puisse avoir lieu, elle ne doit pas être programmée n'importe comment. Il est essentiel de s'assurer que c'est le désir du mourant et des enfants. Est ce que les enfants sont préparés à ce qu'ils vont voir ? est ce que cette visite est critiquée par d'autres membres de la famille ? Ensuite un soutien et une présence doivent être assurés pendant la visite de l'enfant au chevet du mourant. Enfin il faudra parler avec l'enfant après la visite et répondre à ses questions. On dit souvent que la réalité est moins effrayante que ce que l'enfant peut imaginer.

Les soignants peuvent aussi aider les familles en leur indiquant quelles ressources elles peuvent solliciter pour leurs problèmes matériels (logement provisoire, transports, financiers etc.. = Assistante Sociale, Associations d'aide, etc..).

Que ne doivent pas faire les soignants ?

[Retour à la table des matières](#)

Beaucoup de soignants (comme d'ailleurs la population en général) évitent les familles en pré-deuil parce qu'ils ne savent pas trop quoi dire et qu'ils ont peur de prononcer « des paroles malheureuses ».

Il est exact qu'il existe un certain nombre d'erreurs et de maladresses qu'il ne faut pas commettre :

- Imposer au mourant ou à la famille ses propres vues sur la mort. Que ce soit sur le plan religieux, sur le plan médical, sur le plan des visites de la famille, etc., il n'appartient pas au soignant de se substituer au mourant pour définir « ce qui lui convient le mieux ». Toutefois, l'évaluation des souhaits du mourant ne doit pas se faire sans une certaine réflexion. Il ne faut évidemment pas que les questions soient directives au point de dicter la réponse. La difficulté parfois chez le soignant est qu'il est persuadé de bonne foi que c'est « le choix du mourant ». Beaucoup de patients à l'hôpital sont très concernés par l'image qu'ils donnent aux soignants et tendent, de prime abord, à donner « la bonne réponse », c'est à dire celle qu'ils pensent que les soignants attendent. Si le patient n'a aucune envie de voir sa famille plus de quelques minutes par jour, cela peut arriver, il est peu probable qu'il l'exprime de façon aussi explicite aux soignants. Par contre, si le soignant lui demande si les visites le fatiguent, il répondra plus facilement et cela permettra d'ouvrir un dialogue sur le temps optimal « pour éviter la fatigue des visites ».

- Avoir une attitude « irrespectueuse ». Même involontairement le soignant peut avoir une attitude que la famille perçoit comme irrespectueuse. S'il est important que les soignants puissent se détendre à certains moments du travail, sans que la présence des familles apparaisse comme la « statue du commandeur », certains rires bruyants non contrôlés, certains « chahuts » seront perçus très mal par les fa-

milles en pré-deuil. L'important est de se percevoir en permanence comme en interaction avec l'ensemble des familles présentes dans le service. Si on fait du bruit, que l'on parle fort, que l'on fait un « pot » dans le service, il est important de donner une attention à cette interaction : par exemple, expliquer aux familles qu'il va y avoir du bruit ou que l'on célèbre le mariage d'une collègue et qu'on leur demande de tolérer une petite fête en salle de repos, mais que si elles ont besoin d'aide, elles peuvent sonner et quelqu'un viendra. De la même façon si deux soignants ont quelque chose à se dire en présence d'un patient ou de sa famille, il est important qu'ils n'omettent pas d'inclure ce patient dans la relation : « *vous savez les médecins ont toujours des histoires de médecin à se raconter...* ».

- J'insiste sur le fait qu'il est tout à fait possible de respecter cette présence de la famille sans rendre « impossible » la vie des soignants dans le service. Il est absolument essentiel d'y veiller si l'on veut pérenniser la présence de la famille auprès des mourants.

- Ne pas respecter la vie jusqu'au bout. « Jusqu'à la Mort, Accompagner la Vie ». Si j'utilise ici le terme de mourant, c'est par un souci de concision, qui ne doit pas cacher l'essentiel : Un mourant n'est pas un mort en sursis, c'est un vivant dont la mort prochaine est probable. Cela peut paraître un truisme mais de nombreuses phrases « imprudentes » peuvent constituer de véritables agressions vis à vis de la famille : « *Maintenant, on peut arrêter les traitements, tout ça n'a plus d'importance ! Qu'est ce que vous allez faire quand il ne sera plus là ? Quand il sera parti, vous serez soulagé après toute cette longue maladie...* ». Il ne faut pas pour autant concevoir les entretiens avec la famille comme un parcours du combattant, où le soignant est guetté par des pièges mortels à chaque pas. Tout le monde fait des erreurs de ce type par oubli, fatigue, méconnaissance... Si le soignant a su placer une bonne relation avec la famille il pourra dire : « *je suis désolé, je ne voulais pas vous faire du mal* ». L'important est d'être à l'écoute de la souffrance de la famille.

- Ne pas donner le temps à la famille. Le pré-deuil est un travail qui demande du temps. Il est donc important de donner ce temps à la famille. Lors des derniers moments, si l'on a décidé d'informer la famille, il est important pour le soignant de penser que la famille n'est

pas forcément apte à « comprendre du premier coup ». Dans ces cas, il ne faut évidemment pas « en remettre une couche » jusqu'à ce qu'elles aient compris, mais laisser le temps à une annonce difficile de faire son chemin. Lorsque la mort a eu lieu et qu'on téléphone à la famille, il est important de ne pas, si c'est possible, annoncer le décès immédiatement mais seulement lorsque la famille vient à l'hôpital. Ces quelques minutes de « pré-deuil » permettent à l'annonce du décès d'être déjà « préparée » et donc de présenter un caractère moins brutal.

- Ne pas donner à la famille la liberté d'exprimer ses émotions. Il est certain que les pleurs, les plaintes, les réactions émotionnelles bruyantes sont plus difficiles à supporter pour les soignants que la réserve « virile ». D'où la tentation de faire taire ces démonstrations en demandant à la famille d'attendre à côté et en n'autorisant que de façon très courte la proximité avec le mourant ou le mort. Les manifestations du deuil appartiennent à la famille et il n'appartient pas au soignant de juger de leur « opportunité ». D'ailleurs les experts estiment que la plupart du temps l'expression libre de la souffrance aide à supporter la souffrance et facilite l'entrée dans le travail de deuil. Une difficulté fréquente est que le soignant qui a autorisé ou favorisé la proximité de la famille se trouve critiqué : « tu as vu le résultat. On t'avais bien dit qu'il ne fallait pas les faire rentrer. » Il est donc important d'expliquer à chaque soignant l'importance de tolérer ces manifestations de la souffrance, même si elles ne « font pas partie de sa culture ». Un point proche est l'importance pour le travail de deuil de la vision du corps. Pratiquement tous les endeuillés qui n'ont pas pu voir le corps du décédé (en raison de suicide, de mutilations, de brûlures où les soignants estiment : « on ne peut pas montrer ça ») expriment leur regret et leur amertume quelques mois ou quelques années plus tard. Ils disent souvent : « je sais que c'aurait été très dur, que j'aurais pleuré, mais maintenant de ne pas avoir pu le revoir, j'y pense tout le temps ». Lorsque la vision du corps est possible même partiellement, il faut toujours la proposer (si la famille dénie cette proposition, il faut évidemment respecter ce refus). Des parents à qui on a permis de voir un seul bras de leur fils affreusement défiguré ont témoigné pour dire combien cela avait été important pour eux. À Lille, pour les bébés mort nés macérés « que l'on ne peut pas montrer », les soignants donnent aux parents une empreinte des pieds. A Lille éga-

lement, quand les parents ne veulent pas voir ni le corps ni la photographie de leur enfant mort né ou mort dès la naissance, une photographie est prise systématiquement, parce que, très souvent, il réclame cette photographie quelques mois plus tard (Ref M Dumoulin).

- Tenter de justifier un comportement d'évitement par des considérations médico-techniques. Personne n'a vraiment envie de rencontrer longuement une famille attendant le décès d'un proche, surtout quand les circonstances sont « aggravantes » (deuil d'enfant, suicide, accident, maladie mutilante etc..). Le soignant est donc tout à fait logiquement soumis à des tentations d'évitement. Malheureusement la structure hospitalière médico-technique peut fournir toute une gamme d'alibi à ces tentations : hygiène, continuité des soins, urgence etc... Quand c'est la responsabilité professionnelle du soignant « d'affronter la famille », il est important qu'il soit au clair avec ses propres réticences. Annoncer la mort prochaine à la famille, la guider dans les derniers moments, l'aider à assumer sa souffrance, c'est certainement beaucoup plus difficile que beaucoup d'actes techniques, mais c'est la responsabilité des soignants au plus haut niveau... Bien entendu, il s'agit là de la responsabilité et de la compétence individuelle de chaque soignant et il est presque impossible de légiférer sur ce qui relève du comportement individuel. Il est toutefois indispensable que l'institution assume sa responsabilité en la matière, forme l'ensemble de ses soignants et donne des signes de reconnaissance à ceux qui ne se dérobent pas.

Est ce si difficile d'aider les familles en pré-deuil ?

[Retour à la table des matières](#)

La lecture de ce qui précède pourrait faire croire que l'accompagnement des familles en pré-deuil demande une formation et une aptitude exceptionnelles, inaccessibles au soignant ordinaire. Le message n'est évidemment pas celui là. N'importe quel soignant est formidablement aidant en matière de deuil et de pré-deuil s'il sait « être lui même », contrôler ses peurs face à la mort et face à des familles en

souffrance et montrer écoute, solidarité et empathie. Il est formidablement aidant quand il propose «avec naturel» des petits gestes (offrir thé ou café, proposer le téléphone du service, etc..) et quand il montre « avec naturel » son écoute de la souffrance de la famille. L'institution peut être formidablement aidante quand elle reconnaît son rôle dans l'aide à la souffrance des familles, qu'elle aide, forme et soutient (par des aides du type supervision si nécessaire) son personnel et qu'elle sait témoigner de sa reconnaissance aux soignants de terrain qui assument ce rôle difficile. Les familles des malades peuvent être formidablement aidantes quand elles comprennent la souffrance et parfois la lassitude des soignants, quand elles respectent les autres malades et les autres familles. Parfois il arrive que sur le moment personne ne s'en aperçoive, car l'approche de la mort engendre la souffrance, la détresse et parfois la colère. Familles et soignants se séparent alors avec une impression de ressentiment mutuel, mais quelques mois ou quelques années plus tard, l'expérience montre que le deuil des uns et des autres a pu se faire pas trop mal, parce qu'il avait pris un « bon départ ».

Le Deuil anticipé

[Retour à la table des matières](#)

Il arrive qu'au cours de maladies chroniques, le pré-deuil se transforme en deuil anticipé. La famille ne s'est pas seulement préparée au deuil, elle a « enterré le malade de son vivant ». C'est plus fréquent quand le patient ne communique plus depuis un certain temps, soit par coma, soit par démence. La famille a fait le deuil du malade conscient, du frère, du père, tel qu'il était « de son vivant », pourrait on presque dire, et le corps qui reste en réanimation n'est plus investi pour elle de l'identité de celui qui était. Il est évident que dans ces circonstances la famille accepte mal toute prolongation excessive de cette situation ambiguë. « *A quoi çà sert qu'il survive ainsi dans le coma ?* » est une question récurrente.

C'est aussi une situation difficile pour les soignants, parce que cela peut ouvrir une interrogation sur l'utilité de leur travail, surtout lorsque les soins sont lourds et pénibles (grosses eschares, etc.).

La question de l'euthanasie est alors souvent évoquée directement ou indirectement. C'est une question qui dépasse largement le cadre de ce mini cours et nous ne développerons pas...

Ce qu'il est possible de dire néanmoins est qu'il est de la responsabilité des soignants de donner un sens à cette vie même « minimale ». Nier la possibilité de donner ce sens, serait refuser directement ou indirectement toute validation aux soins aux déments, aux comateux, aux grands handicapés. La dignité de la vie ne se mesure pas (« il est digne de vivre »), elle est de droit pour tous.

Il est donc important d'expliquer aux familles « l'utilité » de cette survie. La notion de pré-deuil représente à cet égard une notion capitale. En effet, « l'utilité » de la survie pour la personne elle même peut être discutée, selon les croyances religieuses et philosophiques. Par contre, le deuil des familles et des soignants est une réalité bien vivante et un problème qui engage l'avenir. La survie est « utile » si elle permet aux familles de rester un peu plus longtemps à côté de leur mourant et de se préparer à sa mort. Même si le mourant ne peut pas intervenir pour apaiser les séquelles des querelles familiales, la famille elle peut encore le faire. C'est ainsi que l'on voit parfois des fils ou des filles, ayant quitté la famille depuis des années, revenir après des mois de coma au chevet de leur père et de leur mère et entamer un processus de réconciliation. Il arrive d'ailleurs parfois que le patient « inconscient » meure le jour même, comme s'il avait enfin trouvé l'apaisement. Cette période peut être une période féconde de préparation au deuil et de retrouvailles familiales, elle peut être aussi une période de souffrances infinies. Si la famille ne peut pas percevoir le bénéfice qu'elle peut y trouver et vit chaque jour dans le seul espoir que toute cette souffrance cesse enfin, alors on pourra dire que la médecine a infligé à cette famille une épreuve que personne ne souhaitait.

C'est pourquoi, plus encore que dans les autres cas de pré-deuil, la tâche des soignants est importante. Ils doivent d'abord ne pas renforcer le deuil anticipé par des propos du type : « il n'y a plus rien à fai-

re. Il n' y a qu'à attendre la mort ». Dire : « il a l'air reposé ce matin » peut sembler anti-scientifique concernant un comateux profond, mais c'est au contraire une pleine maîtrise de l'art médical et soignant. Ils doivent ensuite aider la famille à « habiller » cette période de pré-deuil par l'attention à beaucoup de petites choses (visites familiales, rappel des événements de la vie passée, etc..). Ils doivent comprendre l'épuisement de la famille et l'aider à supporter cette période difficile. À l'Hospice St Christopher, les familles sont « interdites » un jour par semaine pour qu'elles puissent respirer un peu.

Enfin, le deuil des soignants ne doit pas être oublié. Quand les soignants font la toilette matinale, ce n'est pas celle d'un corps, c'est bien celle d'un être vivant. Quand ils font la toilette mortuaire, alors c'est bien celle d'un corps. Dans les services où la déchéance et la mort sont présentes de façon quasi quotidienne, il est essentiel qu'on puisse différencier sans confusion ce qui relève de la vie et ce qui relève de la mort, qu'on y soigne les vivants et qu'on y respecte les morts.

Sédation, Euthanasie, Suicide assisté..

[Retour à la table des matières](#)

Un débat public est ouvert depuis plusieurs années autour de la demande de certaines personnes, de certaines familles ou de certaines associations (Association pour le Droit à Mourir dans la Dignité), revendiquant le droit au suicide assisté (éventuellement médicalement assisté) , voire le droit à demander aux soignants une injection mortelle (euthanasie). Ce droit n'est accordé par la Loi que dans quelques États (Hollande, Belgique, Suisse, Oregon).

Plus universelle est la notion de sédation. Il s'agit de l'utilisation de produits antalgiques ou anxiolytiques (et sédatifs) en fin de vie pour rendre la personne en quelque sorte étrangère à son agonie. Quand celle ci est particulièrement douloureuse ou anxiogène (hémorragie incoercible) il s'agit d'une action de compassion évidente. Toutefois selon la sensibilité des soignants et des familles, les limites de « l'insupportable » peuvent être très diverses. L'expérience montre

que le taux de prescriptions de sédation en fin de vie varie d'un rapport de 1 à 10 selon les services et que les services les plus « experts » (les unités de Soins Palliatifs) ont en général les taux de sédation les plus bas, environ 1 pour cent des mourants.

Au-delà du débat technique, c'est tout le rapport à la vie, au « sens » de la mort, si l'on pense qu'il existe, aux croyances autour de la vie et de la mort qui sont invoqués dans le débat. C'est pourquoi les avis sont partagés, multiples, sensibles aux cultures et aux évolutions des cultures, et souvent intolérants les uns envers les autres. Nous n'entrerons donc pas dans ce débat mais nous contenterons de décrire quelques aspects liés à la fin de vie et au deuil.

On distingue les « services » à la personne et les « services » aux familles.

A la personne

Lorsqu'un mourant présente une agonie douloureuse ou particulièrement anxieuse il est normal de traiter cette souffrance, soit par des antalgiques, soit par des anxiolytiques/sédatifs, soit par des associations. Tout le problème, et surtout dans les cas les moins tranchés, est de déterminer si cette action est utile au patient. En effet le plus souvent le caractère « intolérable » de l'agonie est d'abord perçu par la famille et les soignants, et il est fréquent que le patient lui-même ne soit pas vraiment consulté. Souvent d'ailleurs il est dans l'incapacité de s'exprimer.

Toutefois dans le dialogue avec la famille, il est souvent possible de chercher ce que le patient pensait « en général » avant la maladie, pendant la maladie ou peu avant sa fin de vie. Il a pu l'exprimer directement, oralement ou par un testament de vie écrit.

Au contraire des traitements antalgiques « habituels », soigneusement adaptés selon la perception du patient, l'efficacité des traitements antalgiques et sédatifs de fin de vie ne sont jugés que par des

« autres » (soignants ou familles). Leur effet réel sur la personne, sur ses perceptions, ses douleurs et son anxiété, est souvent un secret emporté dans sa tombe par le patient. C'est pourquoi il est très important d'être à l'affût de toute relation possible avec la personne en fin de vie pour mesurer, chaque fois que c'est possible, l'efficacité du traitement à l'aune du patient et non à celle de son entourage et surtout à celle, exclusive, des soignants.

Aux familles

L'utilité des traitements sédatifs est non seulement de servir au patient mais aussi, entre autres interventions, de donner à l'entourage (y compris aux soignants) un « spectacle » de fin de vie qui facilite leur deuil par la suite. Une agonie en souffrance est certainement, pour les proches, la source d'un deuil difficile. Toutefois certaines familles préféreront, pour des raisons religieuses, personnelles ou culturelles, garder le plus longtemps possible un « contact » avec le mourant, alors que d'autres préféreront veiller un mourant profondément endormi. Pour celles qui veulent garder un « contact », un certain degré d'anxiété, voire parfois de douleur physique, sera probablement présent (les agonies totalement sereines sont très rares) mais considéré par elles (et par le mourant lui-même) comme « acceptable », car permettant d'accompagner le mourant jusqu'au bout de sa vie.

Il n'y a donc pas de règle universelle, mais des décisions particulières, prises dans le dialogue et l'attention à l'autre.

On peut toutefois donner un outil général d'évaluation.

Revenons au deuil et au travail de deuil. Selon Freud c'est un travail de détachement, nécessairement long car portant successivement sur tous les points d'attachement.

« Le deuil apparaît sous l'influence de l'épreuve de réalité, qui exige de manière impérative que l'on se sépare de l'objet, qui n'est plus. Dès lors la fonction du deuil est de travailler à ce retrait des investissements hors de l'objet dans toutes les situations où l'objet était

doté d'un investissement élevé » S Freud in *Inhibition, symptôme et angoisse*.

À la suite de Ricoeur est apparue la notion plus moderne d'identité narrative. Face à un « Soi » (au sens jungien, c'est à dire désignant l'ensemble de la personne) fragile, multiple (le parent, l'adulte, l'enfant ou le ça, le moi, le sur moi, ou les rôles sociologiques ou moi et ceux qui comptent pour moi etc..) Le Moi maintient sa cohérence dans le temps en se racontant de façon quasi continue (et souvent en cherchant une « validation » dans le dialogue avec les autres, voire dans la production littéraire).

À cet égard la mémoire ne contribue que pour moitié à notre identité : je mettrai cette moitié sous le signe de l'«identité narrative » ; ce que nous sommes n'est pas un bloc immuable ; il est le produit d'une histoire de vie, elle-même achevée dans celle des autres ; ainsi notre identité est faite pour une part de ce que nous sommes capables de raconter de nous-mêmes dans un récit de vie à la fois intelligible pour notre raison et acceptable pour notre cœur. Mais il y a l'autre moitié de notre identité et de ce qui la fait : je la mettrai sous le signe de la « promesse », cette volonté de tenir la parole qui nous engage en avant de nous-mêmes et ainsi nous maintient à la hauteur de nos meilleurs projets de vie personnelle et collective. C'est précisément grâce à la promesse que le travail de mémoire est arraché à la répétition stérile, à la nostalgie et au ressentiment, - comme à la vaine gloire.

Paul Ricoeur *Le bon usage des blessures de la mémoire*.

Or, dans le deuil, c'est précisément une partie du Soi qui est bel et bien détruite et qui demande une reconstruction, par le travail de deuil. En effet, au-delà du deuil matériel de la personne réelle, le deuil est surtout celui de la part qu'avait prise le mort dans le Soi de la personne endeuillée. C'est ainsi qu'on s'étonne de la souffrance « anormale » devant la perte d'un animal de compagnie, voire d'un objet. L'animal ou l'objet ne sont rien ou peu dans le monde matériel mais probablement ils étaient une grande partie du Soi de l'endeuillé.

Or, précisément, pour se reconstruire, la personne va utiliser sa narration intime (en la rendant parfois également publique) pour redonner une cohérence à son Soi, pour réparer chez soi ce qui a été détruit par la perte de l'autre. Cette reconstruction d'une identité narrative apaisée prendra du temps car il faut qu'elle « mette en mots » tout ce qui a été détruit et tout ce qui doit être reconstruit, et que cette « mise en mots » s'intègre, sans incohérence perçue, dans la personne de l'endeuillé.

Une école psychologique utilise d'ailleurs cette notion selon les principes suivants (Pratiquesnarratives.com)

La réalité selon la thérapie narrative

La première idée considère que les réalités sont construites socialement. Tout ce qui existe a été déterminé par l'usage que les hommes en ont fait : la nourriture, le langage, les tâches domestiques, l'éducation des enfants, l'agriculture, le logement, le transport, etc. Au fil des générations, les hommes ont fini par oublier qu'il existe d'autres possibilités pour exécuter les mêmes activités car ils ont appris que c'est comme ça que ça se fait!

La deuxième idée est que les réalités sont constituées à travers le langage. Ainsi la signification exacte de chaque mot est toujours quelque peu indéterminée et potentiellement différente. Cette signification doit toujours être négociée entre deux personnes ou plus. Un changement thérapeutique quelconque implique nécessairement un nouveau langage et de nouvelles significations à des croyances, comportements ou sentiments problématiques.

La troisième idée est que les réalités sont organisées et maintenues à travers des histoires. Chaque personne a son histoire sur sa vie et sur une situation. Quand une personne raconte une histoire, elle choisit certains éléments au détriment d'autres et elle organise et structure divers faits. En thérapie narrative, on cherche à comprendre l'in-

fluence de certaines histoires dominantes sur le client. On tente de créer avec elle de nouvelles histoires qui vont favoriser de plus grandes possibilités dans sa vie.

***La quatrième idée** est qu'il n'y a pas de vérités essentielles. Il existe de nombreuses façons d'interpréter une expérience mais aucune interprétation ne peut être considérée comme la "vraie". Ce qui est vrai c'est la présentation particulière d'une expérience que préfèrent des personnes particulières dans une culture particulière. Une interprétation préférée est différente d'une interprétation vraie. Le thérapeute narratif cherche à apporter différentes interprétations d'une situation et ainsi d'amener la personne à préférer des interprétations qui supportent sa croissance.*

Pour faire un « bon travail de deuil » il faut que l'histoire de la mort de l'autre, telle qu'elle apparaît dans la narration intime puisse devenir « racontable », non seulement dans l'exposé des faits mais aussi dans la cohérence apparente des faits avec les croyances et les valeurs de la personne endeuillée, avec sa vision du monde.

Il faut qu'elle le soit sans que l'endeuillé soit submergé par la honte, la douleur, la souffrance etc.. et de ce fait interrompe son travail de narration.

Dans les deuils traumatiques le caractère « impensable » de l'accident, de la souffrance rend inracontable les circonstances de la mort et le deuil devient « impossible ». Le chemin du deuil n'est souvent retrouvé que lorsque l'accident devient racontable, parfois et même souvent à travers une « fiction acceptable ».

De même dans certains deuils, par exemple les deuils après suicide, il est parfois impossible de mettre en cohérence les faits avec les valeurs fondamentales de l'endeuillé et cette mort reste « inracontable », non pas au sens des faits eux même mais parce qu'ils sont incompatibles avec le « sens de la vie » tel que le conçoit l'endeuillé.

Certains auteurs, comme Bourdieu ont insisté sur le caractère fallacieux de l'identité narrative, qui est un mythe construit par la personne et qui peut être totalement pathologique, et parlé de désillusion narrative. On pourra répondre que l'identité narrative peut être en effet

saine ou pathologique, positive ou négative mais qu'elle n'est pas une option mais une réalité incontournable.

Le but du soignant n'est pas de créer ou non une identité narrative mais que cette narration soit saine et conduise in fine l'endeuillé à un vrai travail de reconstruction.

Pour le deuil des proches, en cas de fin de vie à l'Hôpital, il est donc essentiel que toutes les circonstances de cette fin de vie puissent devenir un jour racontables et cohérentes, que ces circonstances appartiennent au domaine personnel, familial, médical, social etc...

Concernant la sédation, les traitements de fin de vie, voire même l'euthanasie il est donc important qu'elles puissent être élaborées, racontées pendant le deuil, sans entraîner de submersion affective et sans être « incompréhensible » pour l'endeuillé.

Il faut bien comprendre que cette narration, et le blocage éventuel de la narration, peuvent n'avoir que de lointains rapports avec la réalité de ce qui s'est passé et ne refléter que ce qui en a été perçu par l'endeuillé, selon les filtres de sa culture et de sa personnalité.

C'est pourquoi le dialogue avec les futurs endeuillés avant le décès, l'information qui leur est donnée à ce moment doivent être adaptés à leur discours, même si ce discours semble au soignant inadapté à la réalité. C'est à ce moment que l'on pourra mesurer ce que le futur endeuillé entend retenir et comprendre dans sa future narration intime, et ainsi tenter d'éviter de futurs blocages. Il y faut parfois une « redéfinition » mesurée de la réalité.

C'est à ce moment aussi que les ambiguïtés du futur endeuillé peuvent être perçues pour éviter, si possible, que certaines décisions pri-

ses « en toute connaissance de cause » au moment du décès n'apparaissent quelques mois ou quelques années plus tard comme des facteurs de honte et de souffrance. Ce peut être le cas pour une décision de sédation, pour une décision de don ou de refus de don d'organes et pour bien d'autres décisions. Ce peut être le cas, bien plus encore, pour le soutien à une demande d'euthanasie.

Enfin, il ne faut pas oublier que les familles ne sont pas les seules à faire le deuil. Les soignants font aussi un deuil et là aussi il faut qu'il soit « racontable », d'autant que la narration intime sert non seulement à la cohérence du Soi mais à la cohérence perçue en tant que professionnel. On connaît des services où les soignants tentent désespérément « d'oublier » les fins de vie dont ils sont les témoins (soit parce qu'elles sont douloureuses, soit parce qu'au contraire les traitements leurs paraissent excessifs). C'est aussi, souvent, (et par hasard ?) ceux où le burn out et la rotation du personnel font des ravages.

Les soignants et la mort

De nombreuses études montrent que le syndrome d'épuisement professionnel (Burn Out) se rencontre préférentiellement au sein des services à fort taux de mortalité ou à haut niveau de stress. La confrontation régulière à la mort y aboutit souvent à la diminution des résistances et à l'incapacité de refouler l'angoisse de se savoir mortel. Par ailleurs, il est souvent difficile de nier la tristesse et le chagrin des familles et des patients.

La qualité des soins dispensés aux enfants, spécialement les enfants en fin de vie va permettre d'améliorer et de faciliter le travail d'adaptation et de deuil des soignants qui auront le sentiment d'avoir accompli un travail qui a du sens. Réfléchir ensemble, lors des staffs psycho-sociaux aux objectifs du service, définir une sorte de philosophie face à la mort de l'enfant permet à chacun de trouver sa place en complémentarité avec les autres. La communication est l'autre facteur clé dans le cadre de la prévention du « burn out » : une équipe soutenue, soudée, qui permet le partage et la réflexion autour de la fin de vie et du deuil, qui accueille des rituels (parler de l'enfant décédé lors de la réunion suivante, être présent à la levée du corps, laisser un lit vide durant 24h suivant le décès d'un patient, ...) et qui permet l'expression des émotions (en groupe ou individuellement) va aider le soignant dans son travail de deuil même si celui-ci reste personnel et donc influencé par sa propre personnalité et son histoire personnelle.

http://www.fondshoutman.be/cahiers/01_062004/html-n/ch03s03.html

Un texte en cadeau :

[Retour à la table des matières](#)

« Dans les premières années que j'avais commencé à enseigner la rhétorique en la ville où je suis né, la conformité des mêmes études et de la même profession, m'avait acquis un ami qui était en la fleur de sa jeunesse et de même âge que moi. Nous avons été nourris ensemble dès notre enfance, nous avons été ensemble au collège, et nous avons joué ensemble. Mais notre amitié n'était pas alors aussi forte qu'elle fût depuis, quoique jamais elle n'ait été véritable, d'autant qu'il n'y en a point de véritable que celle que vous formez, mon Dieu, entre ceux qui sont attachés à vous par cette charité que le Saint Esprit répand dans nos coeurs. Cette amitié néanmoins m'était extrêmement douce, parce qu'elle était animée par la chaleur des mêmes desseins et des mêmes affections. Je l'avais détourné de la vraie foi dans laquelle il avait été instruit dès sa jeunesse, quoique non pas pleinement et parfaitement, pour le porter dans ces superstitieuses et ces détestables rêveries qui faisaient répandre à ma mère tant de larmes à mon sujet. Son esprit était rentré avec moi dans l'erreur et je ne pouvais plus vivre sans lui.

Mais vous, Seigneur, qui êtes tout ensemble le Dieu des vengeances et la source des miséricordes et qui, poursuivant de près vos esclaves fugitifs, les savez ramener à vous par des moyens admirables, vous me l'enlevâtes et le tirâtes du monde, lorsqu'à peine il y avait un an que je jouissais de la douceur de son amitié qui m'étais plus chère que tous les autres plaisirs de ma vie.....

La douleur de sa perte remplit mon cœur de ténèbres. Je ne voyais autre chose devant mes yeux que l'image de la mort. Mon pays m'était un supplice ; la maison de mon père m'était en horreur ; tout ce qui m'avait plu en sa compagnie m'était devenu sans lui un sujet de tourment et d'affliction ; mes yeux le cherchaient partout et je ne

pouvais le trouver ; et je haïssais toutes les choses que je voyais, parce que je ne le voyais point en aucune d'elles, et qu'elles ne pouvaient plus me dire : »il viendra bientôt », comme elles me le disaient pendant sa vie lorsqu'il se trouvait absent. ... Ainsi je ne trouvais de la consolation qu'en mes larmes, qui ayant succédé à mon ami, étaient devenues le seul délice de ma vie.

Maintenant, Seigneur, que ces mouvements de mon affliction sont passés, et que la douleur de ma plaie s'est adoucie par le temps, puis je approcher de votre bouche les oreilles de mon cœur, et apprendre de vous, qui êtes la vérité même, pourquoi les larmes sont si douces aux misérables ? ... Je vous demande donc, ô mon Dieu, d'où vient que l'on cueille des fruits si doux des amertumes de la vie, tels que sont les pleurs, les soupirs, les gémissements et les plaintes ? Est ce l'espérance que nous avons d'être exaucés de votre bonté qui nous y fait trouver cette douceur ? Cela peut être vrai dans les larmes que nous versons en vous priant, parce que nous les répandons dans le désir qu'elles arrivent jusqu'à vous. Mais la même chose ne se rencontre-t-elle pas dans l'affliction d'une perte semblable à celle qui m'accablait alors de douleur ? Car je n'espérais pas ni ne demandais de faire revivre mon ami ; mais je pleurais et je soupirais seulement parce que j'étais malheureux, et qu'en le perdant j'avais perdu toute ma joie. Ou dirons nous que les larmes sont amères d'elles mêmes et qu'elles nous semblent douces en comparaison du regret de ne jouir plus de ce que nous possédions auparavant, et de l'horreur que nous donne cette perte ?

Je m'étonnais de voir vivre les autres hommes après la mort de celui que j'avais aimé, comme ne devant jamais mourir ; et parce que j'étais un autre lui même, je m'étonnais encore d'avantage de me voir vivre après sa mort. Certes cet ancien avait raison , qui parlant de son ami, le nommait la moitié de son âme ; car je ressentais que celle de mon ami et la mienne n'avaient été qu'une seule âme qui donnait la vie à deux corps. Ainsi la vie m'était en horreur à cause que je ne voulais pas n'être vivant qu'à demi : et c'était peut être par cette même raison que je craignais de mourir, de peur que celui que j'avais si fort aimé ne mourût entièrement.

Quelle folie de ne savoir pas aimer les hommes comme des hommes ! Et que l'homme est peu sage de souffrir avec tant d'impatience ces infortunes humaines ! Je m'agitais, je soupirais, je pleurais et j'étais en trouble, sans trouver aucun repos, ni sans savoir à quoi me résoudre. Car je portais mon âme toute déchirée et toute sanglante qui ne pouvait souffrir de demeurer dans mon corps, et ne savais où la mettre. Elle ne trouvait point de soulagement, ni dans les bois les plus agréables, ni parmi les jeux et la musique, ni dans les lieux les plus odoriférants, ni dans les festins les plus magnifiques, ni dans les voluptés de la chair, ni dans les livres et dans les vers. Toutes choses, et la lumière même, m'étaient en horreur ; et tout ce qui n'était pas mon ami m'était devenu insupportable, excepté les larmes et les soupirs dans lesquels seuls je trouvais un peu de soulagement

La temps ne se passe pas inutilement ; il n'est pas stérile dans son cours : il fait de fortes impressions sur nos sens, et produit de merveilleux effets dans nos esprits. A mesure qu'il continuait ses révolutions, il jetait d'autres images dans ma fantaisie, et d'autres idées dans ma mémoire, et me faisait rentrer peu à peu dans mes plaisirs accoutumés, ma douleur cédant de jour en jour à mes divertissements ordinaires... Or ce qui me remit et me soulagea d'avantage, fut la douceur de la conversation de mes autres amis... Il y avait aussi d'autres choses qui me plaisaient fort en leur compagnie, comme de s'entretenir, de se réjouir, de se rendre divers témoignages d'affection, de lire ensemble quelques livres agréables, de se divertir, de se traiter avec une civilité officieuse, de disputer quelquefois sans aigreur, ainsi qu'un homme dispute quelquefois avec soi même, et d'assaisonner, comme par le sel de ces légères contestations qui sont très rares, la douceur si commune et si ordinaire de se trouver presque toujours dans les mêmes sentiments, de s'instruire l'un l'autre, d'apprendre l'un de l'autre, d'avoir de l'impatience pour le retour des absents, et de les recevoir avec joie à leur arrivée.

Ces témoignages d'affection et autres semblables, qui procèdent du cœur de ceux qui s'entr'aident, et se produisent au dehors par leur bouche, par leur langue, par leurs yeux et par mille autres démonstrations si agréables, étaient comme autant d'étincelles de ce feu de l'amitié qui embrase nos âmes, et de plusieurs n'en fait qu'une.

Saint Augustin – *Les Confessions* -- Livre IV (France Loisirs -
Présentation et notes de Guy Rachtet)

Fin du texte