**Parler de la mort**

**Vision existentielle et liberté de choisir**

**Par** **Cécile Béghin Englebert[[1]](#footnote-1)**

*Entre naître et mourir, un temps pour vivre.
Quelques heures, quelques saisons. De quel
Poids pèseront nos jours ? Lumière et givre
Brillent pour tous, et sur tous mord le gel.[[2]](#footnote-2)*

***Liliane WOUTERS****[[3]](#footnote-3)*



**Introduction : la finitude dans la relation de soin**

Aborder la finitude dans la relation soignant-soigné, en partant des vignettes cliniques des Dr. Robert et Adant, voilà le projet qui m’est proposé. La finitude ? La mort ? Celle dont on ne prononce pas le nom ? L’arcane « sans nom » du tarot de Marseille[[4]](#footnote-4) ? Linguiste, je constate que le mot « mort » est absent dans les deux vignettes : ce n’est sans doute pas un hasard.

**1. Finitude et mort**

La finitude est le fait d’être fini. »[[5]](#footnote-5) En philosophie, A. Lalande[[6]](#footnote-6) indique qu’« un être fini est un être limité dans sa nature. Le fini est opposé à l’infini. L’être humain peut être donc considéré comme ayant la mort en lui à chaque instant de sa vie. Opposée au temps qui serait infini, la durée est une partie finie du temps. »

La phénoménologie et la philosophie existentielle de Heidegger, Sartre et d’autres, ont abordé la finitude. Sur son versant positif, la vie s’arrête avec la mort, donc la durée de vie est précieuse. En prendre soin renvoie à la dignité de la personne (Marie de Hennezel)[[7]](#footnote-7) et pose la question de la liberté et de la responsabilité – consciente et inconsciente - dans le soin.

**1.1. Les soignants et la mort**

Éric Fiat[[8]](#footnote-8) note, dans Les *soignants et la mort*[[9]](#footnote-9) : « Il nous semble que passerait à côté de l'essentiel toute phénoménologie qui ne partirait pas de cette étrange tension dans laquelle sont pris les soignants : celle qui les contraint à s'habituer à ce dont il est par définition impossible de s'habituer jamais, à savoir la mort. » Il note aussi : « Au-delà, qui ne voit les dangers pour le soignant d'une trop grande proximité avec le malade, avec la mort ? Souffrant trop de la souffrance du malade, le soignant ne pourrait pas le soigner. Plutôt que la juste distance […] ce qui suppose une certaine défense trop importante du soignant, avec le risque de froideur ou de possible indifférence que cela peut induire, on parlera plutôt de juste présence. »

**1.2. Celle dont on ne prononce pas le nom**

L’introduction métaphorique de la vignette du Dr Adant éclaire : « La première fois que j’ai vu le gypaète […] (il) nous a survolés dans le seul bruit du vent dans ses ailes, nous a regardés puis est reparti au loin ». Hauteur, silence, distance ? In fine, le Gypaète ressurgit, mais avec majuscule. Rien n’est anodin entre signifiant et signifié : « … il descendait le cours d'un torrent […] avant de se laisser conduire vers les sommets derrière lesquels il disparaîtra sans le moindre regard vers nous. » Éloignement, séparation, indifférence ? La réalité est que le gypaète est un vautour « casseur d'os ». Il précipite les os de cadavres frais sur les rochers pour se nourrir de la moelle. Au sortir de la sérénité de la métaphore, l’ombre froide de la mort !

**1.3. Parler de la mort**

Comment dans la relation soignant-soigné, rendre la mort exprimable et audible ? Quelle liberté peut s’accorder le soignant pour en parler et pourquoi ? La vision existentielle propose des pistes, outils, réflexions concrètes pour libérer du silence les peurs inconscientes.

La psychothérapie analytique existentielle[[10]](#footnote-10) se fonde sur une dialectique entre le questionnement analytique et existentiel. Dans le face à face et la parole, l’analytique éclaire plutôt le passé et l’existentiel se focalise sur le présent, le futur, les projets de vie.

Cet éclairage repose sur trois ouvrages du psychiatre et psychothérapeute américain Irving Yalom : Thérapie existentielle[[11]](#footnote-11), l’Art de la thérapie[[12]](#footnote-12) et Le Jardin d’Epicure[[13]](#footnote-13). Le relationnel en fin de vie sera ensuite abordé par la perception analytique de Susann Heenen-Wolff.[[14]](#footnote-14)

**2. La vision existentielle**

« Nous les humains, sommes les seules créatures pour lesquelles le principal problème est l’existence. » déclare le Dr. Yalom.[[15]](#footnote-15) A la différence du schéma freudien, le schéma existentiel présuppose que la conscience d’enjeux ultimes de l’existence déclenche des angoisses, qui mobilisent les mécanismes de défense. Les quatre enjeux ultimes sont : la mort, la liberté liée à la responsabilité, l'isolement fondamental et le besoin ou l’absence de sens.

**2.1. Mort et liberté**

Pour I. Yalom, la mort et la liberté peuvent s’avérer des plus terrifiants. Dans le travail clinique, il constate qu’une fois la peur de la mort accueillie et apprivoisée, la liberté pourra émerger.

**2.2. Peur de la mort chez l’enfant**

Le questionnement sur la mort plonge ses racines dans l’enfance, et les enjeux de sécurité et de survie. Yalom cite les propos d’enfants[[16]](#footnote-16)  : « Tous les jours, j’ai peur de mourir », « J’aimerais ne jamais vieillir, comme ça je ne mourrai jamais », « Quand est-ce que tu vas mourir ? ». Les adultes ont d’énormes réticences à leur répondre et leur parler de la mort. C’est le déni. On ne parle pas de ça, silence ! La liberté d’exprimer ne peut pas prendre forme. Pour Rollo May[[17]](#footnote-17), l’angoisse de mort se transforme alors en peur de choses inconnues : les animaux sauvages, le noir, etc.[[18]](#footnote-18) Ce sont des angoisses primaires d’anéantissement, de dissolution, de dévoration : les adultes poursuivis par l’angoisse massive, peuvent être des personnes[[19]](#footnote-19) :

* exposées trop souvent à la mort dans leur jeune âge ;
* ayant manqué d’un foyer aimant, sécure, protecteur ;
* plongées dans l’isolement ;
* particulièrement hypersensibles ou conscientes d’elles-mêmes ;
* qui ont rejeté les mythes religieux que leur offre la culture.

**2.3. Angoisse de mort chez l’adulte**

Grandir, se séparer, choisir, cela signifie se confronter à la solitude et la mort. L’angoisse s’exprime sur plusieurs registres[[20]](#footnote-20) : souffrir lors de sa mort, regretter les projets non réalisés, pleurer la fin de son expérience personnelle ou devenir rationnel et détaché. L’angoisse de mort est traitée par des mécanismes de défense conventionnels (refoulement, déplacement, rationalisation) mais aussi spécifiques[[21]](#footnote-21) :

- avoir peur de vivre dans le présent (avoir toujours un plat d’avance au frigo, etc.) ;

- avoir peur de l’échec, de la saleté, de la destruction, de la putréfaction.

- contrôler, éviter l’imprévu, l’inattendu ou ne jamais terminer une tâche ;

- souffrir de syndromes de dépersonnalisation ;

- avoir une religiosité excessive ;

- accumuler des richesses de façon obsessionnelle ;

- vouloir arrêter le temps, être aimé et remémoré éternellement.

Les angoisses de mort conscientes et inconscientes, tant pour le soigné et ses proches que pour le soignant, vont interférer. Les deux vignettes cliniques proposées en témoignent :

Le Dr Robert exprime la difficulté d’aborder l’approche de la mort avec un soigné et sa fille. Comment assumer de la nommer ? Comment aborder les ressentis sans les mots ? Difficile de trouver ce qui pourrait ouvrir le dialogue, préciser, différencier (urgences = soins intensifs = réanimation ?). Quelles résonnances entre protagonistes pris par l’angoisse de mort ?

Dans le récit du Dr Adant, le soigné est dépersonnalisé (surdité, détachement dû à l’âge, habitude de se faire servir). La compagne est porte-parole auprès du soignant et se développe une relation sans tabou. Quand elle-même est en soins intensifs, le soignant est consulté. Par la relation installée, la liberté de parler ouvre sur la liberté de soigner et d’être soigné.

**2.3. La conscience nous libère**

Le contenu inconscient des angoisses de mort se révèle pour Yalom dans des « expériences révélatrices ». Les métaboliser ouvre des portes. Les catalyseurs de ces prises de conscience sont des moments critiques de notre existence : perte, maladie grave, anniversaire, départ des enfants, retraite, etc. La douleur du ressenti traversée, l’accès à la conscience d’exister libère.

Heidegger[[22]](#footnote-22) définit deux modes d’existence : « l’être inauthentique » absorbée par le quotidien, jeté dans le tourbillon du monde et « l’être authentique », mystère et miracle du vivant, jusqu’à la mort. La liberté et la responsabilité de prendre soin de la vie (de l’être) jusqu’au bout est un choix : communiquer plus profondément, apprécier la beauté des instants, prendre plus de risques, avoir moins d’appréhension d’être rejeté. C’est le choix – conscient et inconscient - entre se protéger de la douleur de perdre, ou être présent, affronter, parler.[[23]](#footnote-23) Avec toutes les nuances nécessaires, dans le respect des capacités de chacun.

**2.4. Liberté et responsabilité : vouloir, décider, agir**

Entrer en relation, c’est formuler la question du vouloir [[24]](#footnote-24) : « Que voulez-vous ? » Cela peut choquer et pourtant un espace de liberté s’ouvre. Le soignant peut élargir le champ : « Que ressentez-vous par rapport à ça ? ». L’accompagnement va aider à formuler et à décider. La décision est douloureuse parce qu’elle limite des possibilités. Elle confronte. Nous sommes responsables de nos décisions. Erich Fromm[[25]](#footnote-25) souligne l’attitude ambivalente des humains envers la liberté : « Ils cherchent le plus souvent à être déchargés. »[[26]](#footnote-26) Or, « la décision est un processus de liberté responsable, du souhait à l’action. »[[27]](#footnote-27)

**2.5. La relation et l’empathie réduisent l’angoisse**

La mort sépare de soi, de l’autre et du monde. Si on ne croit pas en une vie après la vie, il n’y a plus de vie. Si on y croit, on est dans un monde autre. Personne ne peut nous assister complètement vers la mort.[[28]](#footnote-28) Cela n’empêche pas la juste présence.

L’empathie permet de sentir et de faire résonner en soi, l’éprouvé d’un autre. Mais pour Yalom : « Vous ne pouvez avoir de relation étroite avec un mourant, à moins d’accepter d’affronter vos propres craintes et de rejoindre l’autre sur un même terrain.[[29]](#footnote-29) » Il est de la responsabilité du soignant d’accompagner dans la relation la plus juste pour lui. Un soignant qui n’est pas en cohérence avec lui, ressentira la culpabilité existentielle « que l’on peut résumer par le sentiment profond et puissant de ne pas s’appuyer pleinement sur les capacités et potentialités de son être, autrement dit de se trahir quelque part profondément. »[[30]](#footnote-30) Ici, Yalom préconise différentes stratégies relationnelles :

- rester dans l’ici et maintenant ;

- offrir sa simple présence accompagnante ;

- avancer avec précaution ;

- laisser la personne conduire la discussion ;

- formuler simplement ce que l’on voit, par exemple une manifestation corporelle ;

- formuler une chose à la fois ;

- reformuler avec les propres mots de la personne ;

- sonder le fond de la panique (souvent la fin de quelque chose) ;

- questionner : est-ce trop pénible d’en parler, qu’est-ce exactement qui vous effraie ?

- regarder le monde par la fenêtre du soigné ;

- accueillir, formuler des sentiments ;

- utiliser ses ressentis personnels comme éléments d’information ;

Procéder de la sorte peut troubler. Y aller progressivement, parler doucement dissipe une partie de l’angoisse. La relation s’amplifie. Elle fait une partie du travail. Il est important de :

- continuer à parler si la personne ne s’y oppose pas, à s’enquérir des ressentis ;

- oser sa propre anxiété, dévoiler ses propres craintes et les solutions existantes ;

- parler avec son cœur, oser improviser, même si le soigné se tait ;

- demander à la personne si on peut la toucher, la prendre dans les bras.

Yalom rappelle combien face à la mort « une peur biologique nous envoie une décharge de terreur. »[[31]](#footnote-31) Il le formule alors au soigné : « Quel que soit le degré de terreur que vous éprouvez, cela ne va pas m’éloigner de vous et vous abandonner. »

**2.6. Découvrir sa propre sagesse**

Pour réduire l’angoisse de mort, Yalom propose d’oser « découvrir sa propre sagesse »,[[32]](#footnote-32)  savourer la révélation, se laisser envahir, sentir la douceur et l’amertume, conscientiser la mort qui s’insinue pour donner plus de substance à l’existence :

- qu’est-ce que je ressens face aux manifestations du vieillissement ? ;

- est-ce que je me plonge dans une activité frénétique pour consumer mon anxiété ? ;

- est-ce que j’évite d’aborder le sujet ? ;

- est-ce que je tente de supprimer mes rides ? est-ce que je teins mes cheveux ? ;

- est-ce que je me laisse distraire par le travail ? par le quotidien ? ;

- est-ce que j’oublie les avertissements ? est-ce que j’ignore mes rêves ?

**3. La relation au cœur de la fin de vie**

Comme exprimé plus haut, les visions existentielle et analytique se complètent. Les éléments analytiques d’un article[[33]](#footnote-33) de Susann Heenen-Wolff [[34]](#footnote-34) relaient la vision de Michel de M’Uzan[[35]](#footnote-35). Cela touche le cœur ultime de la relation entre soignant, soigné et proche. Le psychisme du patient, aux confins de l’ultime, se trouve traumatiquement bouleversé et toutes les relations sont impactées. On constate chez la personne en fin de vie « une appétence relationnelle accrue à l’approche de la mort » : l’énergie pulsionnelle est bouleversée et s’exprime dans toute sa puissance, comme un chant du cygne.

**3.1. Nommer et accueillir**

Pour la psychiatre Elisabeth Kübler Ross, le soigné traverse déni, colère, marchandage, dépression, acceptation. Pour Susann Heenen-Wolff l’acceptation n’est pas la sérénité : son équilibre est chamboulé ». Ce qui a semblé important paraît tout à coup insignifiant, ce qui a été négligé devient primordial. Yalom ne dit pas autre chose. « Dans un tel moment […] est-ce que le malade va pouvoir mettre des mots, des images, des idées, des désirs sur ce qu’il a vécu tout d’abord comme pure excitation anxieuse ? » poursuit-elle. Et le soignant ?

**3.2. Intensité psychique de fin de vie et relation**

Il y a une intensification du travail psychique du soigné : « Alors que les liens qui l’attachent aux autres sont sur le point de se défaire absolument, il est paradoxalement soulevé par un mouvement puissant, à certains égards passionnels. Il surinvestit ses objets d’amour, car ceux-ci sont indispensables à son dernier effort pour assimiler tout ce qui n’a pu l’être jusque-là dans sa vie pulsionnelle, comme s’il tenait à se mettre complètement au monde avant de disparaître. » [[36]](#footnote-36) A mesure que ses capacités d’investissement - et de transfert - augmentent, le soigné va concentrer ses intérêts profonds sur une seule personne. A défaut d’un proche, un soignant peut être investi. Refuser de prendre ce rôle confronterait le soigné à une perte d’objet, qui le plongerait dans un état proche de la mélancolie. « L’angoisse, dans sa forme particulière d’angoisse de mort, demande du lien, afin de se trouver contenue, de perdre son caractère diffus, envahissant tout. »

**4. La juste présence**

Pour conclure, arriver à parler face à la mort c’est se questionner. Il en va de la liberté et de la responsabilité, du choix et de la décision de chacun. Le questionnement permet d’avancer aux chercheurs d’humanité que nous sommes. La présence [[37]](#footnote-37) en est la conséquence. Une juste présence, plus authentique, dans une meilleure connaissance de soi, de ses ressentis, va permettre d’avancer en relation avec le soigné et le proche, dans une juste présence. Le viseur existentiel du clinicien dans ses interventions, ciblera alors toujours et uniquement les mouvements de vie, même et surtout quand la mort vient.

**Bibliographie**

FIAT É., (2013), *Le soignant et la mort. S'habituer à ce dont il n'y a nulle habitude*, *in* *Les soignants et la mort*, Paris, ERES, 2013, réédit. 2021.

HEENEN WOLFF S., (1999), *Le changement de la temporalité psychique en cas de maladie incurable*, *in Le temps dans ma pratique*, pp 43-51, textes colligés par le Dr M. Delbrouck, 1999 – 2000, Société Balint Belge.

HENNEZEL M., (2004), *Propositions pour une vie digne jusqu’au bout*, Paris, Seuil.

LALANDE A., (1968), *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF.

SCHEPENS F., (2013), (sous la dir. de), *Les soignants et la mort,* Paris, ERES, 2013, réédit. 2021.

YALOM I., (2013), *L’Art de la théra*pie,Paris, Galaade*.*

YALOM I., (2013), *Le Jardin d’Epicure*, Paris, Galaade, 2008, réédit. Le Livre de poche 2013.

YALOM I., (2017), *Thérapie existentielle*, Paris, Galaade, 2008, réédit. Le livre de poche, 2017.

**Bibliothérapie, pour aller plus loin autrement**

CHENG, François, Cinq méditations sur la mort, autrement dit sur la vie, Paris, Albin Michel, 2013. (méditations entre amis)

DHEE, Amandine, *Sortir au jour*, Lille, La Contre Allée, 2023. (roman)

MENET, Nicolas, *Faire le deuil de soi*, Le Cherche Midi, 2023. (récit de fin de vie)

WOUTERS, Liliane, *L’aloès,* Paris, Luneau Ascot, 1983. (poésie)

YALOM, Irvin, *Une question de mort et de vie*, Paris, Albin Michel, 2021. (récit de deuil et de fin de vie dans le couple)

1. Psychothérapeute analyste existentielle titulaire du CEP et licenciée en philologie romane. [↑](#footnote-ref-1)
2. WOUTERS, Liliane, *L’aloès,* Paris, Luneau Ascot, 1983, Entre naître et mourir, p.236. [↑](#footnote-ref-2)
3. Liliane WOUTERS est une poétesse et dramaturge belge (Bruxelles, 1930 – Gilly, 2016). [↑](#footnote-ref-3)
4. En illustration, l’arcane XIII du tarot de Marseille qui n’a pas de nom contrairement aux 21 autres arcanes. Elle est appelée l’arcane « sans nom ». Elle symbolise la mort et la renaissance, le fait d’aller de l’avant, la transformation, le passage. [↑](#footnote-ref-4)
5. Le Petit ROBERT, Paris, édition de 1986. [↑](#footnote-ref-5)
6. LALANDE, André, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF, 1968 [↑](#footnote-ref-6)
7. HENNEZEL, Marie de, *Propositions pour une vie digne jusqu’au bout*, Paris, Seuil, 2004. [↑](#footnote-ref-7)
8. Éric FIAT est maitre de conférences en philosophie, université Paris-Est Marne-la-Vallée, spécialiste des questions d’éthique médicale. [↑](#footnote-ref-8)
9. FIAT É., (2021), *Le soignant et la mort . S'habituer à ce dont il n'y a nulle habitude*, *in* Les soignants et la mort, sous la direction de Florent SCHEPENS, Paris, ERES, 2013, réédit. 2021, pp 182-194. [↑](#footnote-ref-9)
10. Voir [www.apae.be](http://www.apae.be), site de l’Association des praticiens de la psychothérapie analytique existentielle. [↑](#footnote-ref-10)
11. YALOM, Irvin, *Thérapie existentielle*, Paris, Galaade, 2008, réédit. Le livre de poche, 2017. [↑](#footnote-ref-11)
12. YALOM, Irvin, *L’Art de la théra*pie, *Paris, Galaade,* 2013. [↑](#footnote-ref-12)
13. YALOM, Irvin, *Le Jardin d’Epicure*, Paris, Galaade, 2008, réédit. Le Livre de poche 2013. [↑](#footnote-ref-13)
14. Susann HEENEN-WOLFF, docteur en psychologie et en philosophie, professeure émérite à l’UCLouvain. [↑](#footnote-ref-14)
15. YALOM, Irvin, *Le Jardin d’Epicure*, p 216. [↑](#footnote-ref-15)
16. YALOM, Irvin, *Thérapie existentielle,* pp 147 -154. [↑](#footnote-ref-16)
17. ROLLO MAY, est un psychologue américain, l’un des fondateurs du courant humaniste existentiel. [↑](#footnote-ref-17)
18. Ibidem, p 195. [↑](#footnote-ref-18)
19. YALOM, Irvin, *Le Jardin d’Epicure*, p 131. [↑](#footnote-ref-19)
20. Ibidem, pp 87 – 88. [↑](#footnote-ref-20)
21. YALOM, Irvin, *Le Jardin d’Epicure*, p 22. [↑](#footnote-ref-21)
22. YALOM, Irvin, *Le Jardin d’Epicure*, p 45. [↑](#footnote-ref-22)
23. Ibidem, p 123. [↑](#footnote-ref-23)
24. YALOM, Irvin, *Thérapie existentielle,* pp 547 à 673. [↑](#footnote-ref-24)
25. Erich FROMM, psychanalyste américain d’origine allemande, membre de l’École de Frankfort. [↑](#footnote-ref-25)
26. Ibidem, p 621. [↑](#footnote-ref-26)
27. Ibidem, p 651. [↑](#footnote-ref-27)
28. YALOM, Irvin, *Le Jardin d’Epicure,* p 136. [↑](#footnote-ref-28)
29. Ibidem, p 138. [↑](#footnote-ref-29)
30. YALOM, Irvin, *Thérapie existentielle,* pp 533-535. [↑](#footnote-ref-30)
31. YALOM, Irvin, *Le Jardin d’Epicure*, p 143. [↑](#footnote-ref-31)
32. Ibidem, p 160. [↑](#footnote-ref-32)
33. HEENEN WOLFF S., (1999), Le changement de la temporalité psychique en cas de maladie incurable, in Le temps dans ma pratique, pp 43-51, Textes colligés par le Dr M. Delbrouck, 1999 – 2000, Société Balint Belge. , *in* De l’art à la mort Paris, 1977. [↑](#footnote-ref-33)
34. Psychanalyste et psychologue, professeur émérite à l’UCLouvain. [↑](#footnote-ref-34)
35. Michel de M’UZAN, (1976), *Le travail du trépas* [↑](#footnote-ref-35)
36. Il s’agit ici de l’article « Le travail du trépas sur le malade » M’Uzan cité par Heenen-Wolff: [↑](#footnote-ref-36)
37. YALOM, Irvin, *L’Art de la thérapie*, p 78. [↑](#footnote-ref-37)