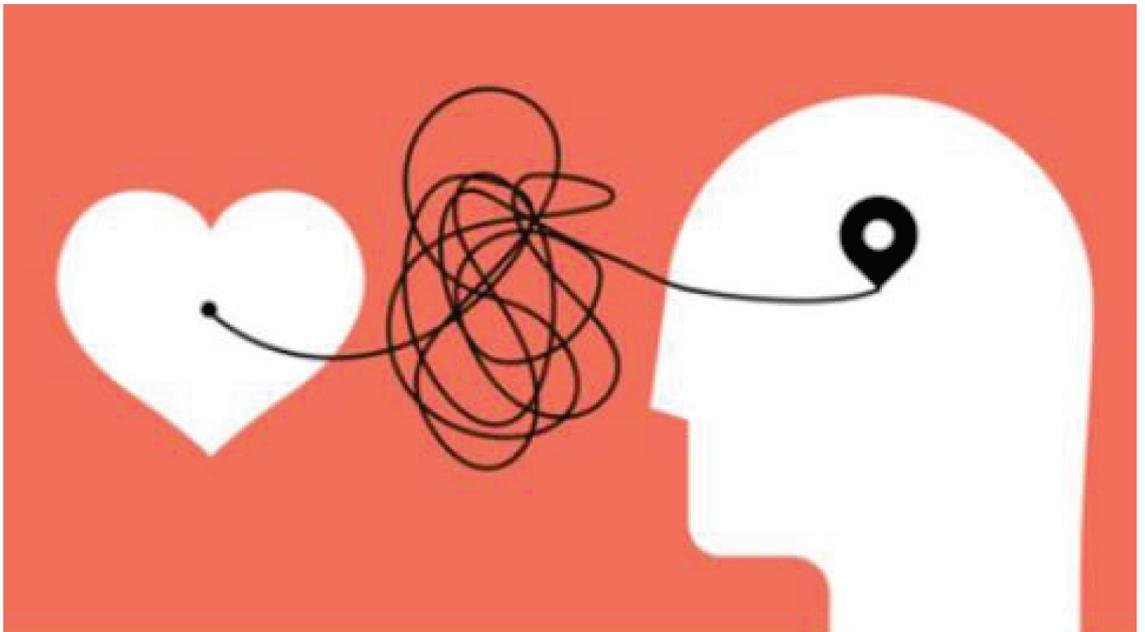


FRANCISCO INSA

LA
FORMATION
DE
L'AFFECTIVITÉ



Le Laurier

LA FORMATION DE L'AFFECTIVITÉ

Francisco INSA

LA FORMATION DE L'AFFECTIVITÉ

Francisco INSA

Le Laurier

Titre original : *Con todo tu corazón, con toda tu alma, con toda tu mente*, Madrid, Palabra, 2022.

© Francisco Insa.

© Le Laurier, 2023.

Couverture : Shutterstock

ISBN : 9782864955474

Dépôt légal : Juin 2023

Éditions Le Laurier

2, passage des Entrepreneurs - 75015 Paris

info@editions-boleine.fr - www.editions-lelaurier.com

QUAND LA FIN APPROCHE

1. À PROPOS DE LA MORT ET DE MOURIR

Comment affronter la nouvelle que l'heure est venue ? Quelle est la meilleure façon de communiquer le diagnostic d'une maladie mortelle ? Comment aider les membres de la famille face au chagrin de la perte d'un être cher ?

La psychiatre Elisabeth Kübler-Ross (Zurich 1926-Arizona 2004) est surtout connue pour sa description des étapes du deuil, c'est-à-dire le processus psychologique d'acceptation de la nouvelle que la fin est proche. Son intérêt date de sa visite, alors qu'elle était étudiante, après la Seconde Guerre mondiale, du camp d'extermination de Majdanek (Pologne). Les centaines de représentations de papillons gravées sur les murs des baraquements l'ont étonnée. Cet animal deviendra le symbole de sa conception de la mort : pour elle, c'est le passage à une autre forme de vie, plus élevée.

En 1958, elle s'installe à New York et, bien qu'elle se sente attirée par la pédiatrie, elle commence à se spécialiser en psychiatrie. Au cours des années suivantes, elle est fréquemment appelée à s'occuper de mourants présentant des symptômes dépressifs. Alliant un grand sens de l'humanité à ses connaissances scientifiques, elle les a écoutés pendant des heures et les a accompagnés, par des paroles et par des silences, jusqu'à une mort sereine. Après avoir suivi quelque deux cents patients à leur chevet tout au long du processus (tout au long de sa carrière, elle en accompagnera des milliers), elle écrit son ouvrage le plus connu : *On Death and Dying*, 1969¹³⁶.

Dans ce livre, elle décrit cinq étapes par lesquelles passent ses patients à partir du moment où ils sont informés du funeste diagnostic : déni, colère, marchandage, dépression et acceptation. Selon elle, il ne s'agit pas d'un processus rigide et linéaire, mais de phases qui peuvent se chevaucher, se produire dans un ordre diffé-

¹³⁶ E. KÜBLER-ROSS, *On Death and Dying*, Routledge, London-New York 2008. Le livre a été traduit en français sous le titre *Les derniers instants de la vie*, Genève, Labor et Fides, 1975.

rent et avoir une durée variable en fonction de la personnalité et des circonstances personnelles du patient : quelqu'un d'irritable vivra plus intensément la phase de colère, un « battant » aura tendance à négocier le plus possible, une personne pessimiste tombera plus facilement dans la dépression, etc. Chez certains patients, tous ces stades peuvent ne pas être décelables.

Kübler-Ross a vite réalisé que ces étapes étaient également valables pour les proches des malades et, plus généralement, pour l'acceptation d'autres nouvelles négatives. En tenir compte peut nous permettre de comprendre la souffrance du sujet qui traverse une étape du deuil et nous donner des outils pour l'aider.

2. PREMIÈRE ÉTAPE : LE DÉNI

« Non, cela ne peut pas être vrai ».

Devant la nouvelle fatale, le patient réagit d'abord comme s'il n'était pas concerné. Il va supposer une erreur de diagnostic, prétendre que les résultats des tests cliniques appartiennent à quelqu'un d'autre, etc. Il continue donc à faire comme si de rien n'était, tout en demandant que les tests soient répétés ou en réclamant un deuxième avis. Mais cette phase a sa fonction : elle permet de gagner du temps pendant qu'on « digère » la nouvelle.

Selon la psychiatre suisse-américaine, « ce refus anxieux qui suit l'exposé d'un diagnostic est typique du malade qui est prématurément informé ou qui apprend la chose de la bouche de quelqu'un qui ne connaît pas bien son patient ou dit la chose hâtivement pour "en avoir fini" sans prendre en compte les dispositions du malade »¹³⁷.

C'est une première piste pour aider à bien mourir. La nouvelle doit être communiquée par la bonne personne au bon moment. Ceux d'entre nous qui ont travaillé dans des hôpitaux ont souvent été confrontés à ce dilemme : le médecin communique le diagnostic aux proches et ceux-ci se concertent pour savoir qui est la personne la plus indiquée pour l'annoncer au mourant. Il n'est pas rare que ce soit le médecin lui-même (en effet, cela fait partie de ses obligations professionnelles) ou l'aumônier qui a commencé à s'occuper du patient. Sans exclure que, dans certains cas, avoir recours à ces possibilités puisse être légitime, l'idéal est que le membre de la famille en qui le patient a le plus confiance, celui qui jouit à la fois

¹³⁷ IDEM, *Les derniers instants de la vie*, p. 48.

d'un certain ascendant moral et d'une relation affective étroite, s'en charge. En présence de quelqu'un de familier, le patient pourra plus facilement donner libre cours à ses sentiments et chercher du réconfort : pleurer, être serré dans les bras, etc.

Bien que cela soit de moins en moins fréquent, essayer de retarder la nouvelle le plus longtemps possible est une situation qui se présente encore. On utilise l'excuse, ou la bonne intention, de raccourcir le temps de souffrance du malade. On essaie aussi parfois en même temps de s'épargner soi-même. Tout d'abord, il faut rappeler que le patient a le droit, légalement reconnu, de connaître son état de santé et les résultats des tests médicaux. Pour autant, le fait de les communiquer aux proches parents en premier lieu pour une raison d'humanité ne peut pas conduire à les cacher à l'intéressé.

De plus, le patient sent facilement que quelque chose ne va pas dans son évolution et devient méfiant. La succession d'examens et d'hospitalisations, la communication que « le résultat n'est pas concluant » ou qu'un test plus invasif doit être effectué, la lecture de la notice du médicament prescrit ou une simple recherche sur Wikipédia lui feront deviner la gravité du diagnostic.

Trop tarder peut conduire à des *pactes de silence* pernicieux. Le patient et les membres de sa famille « savent que l'autre sait » mais ils n'osent pas parler de ce qui les inquiète et les fait réellement souffrir, afin d'épargner l'autre. Pour éviter la douleur, ils cessent de se soutenir et s'empêchent mutuellement de partager ce qu'ils ont besoin d'exprimer.

Le docteur Kübler-Ross estime au contraire qu'il est préférable d'évoquer la mort beaucoup plus tôt. « On nous accuse souvent de parler de la mort à des malades très graves alors que le médecin a le sentiment qu'ils ne sont pas mourants (et c'est très juste). Je préconise le dialogue sur la mort et l'agonie avec des malades encore éloignés de cette échéance, s'ils déclarent le désirer. Une personne plus forte et en meilleure santé peut plus facilement affronter le problème et elle est moins terrorisée par la mort qui s'approche lorsqu'elle est encore "à des kilomètres" que quand elle "frappe à la porte", comme l'a dit fort judicieusement l'un de nos patients. Il est aussi plus facile à la famille d'aborder ce sujet à un moment où le malade est encore en santé relativement bonne et où on peut prendre des dispositions pour la sécurité financière des enfants et autres membres de la famille pendant que le chef de famille est en-

core en possession de ses moyens. Retarder ces conversations n'est souvent pas un service rendu au malade, c'est uniquement une couverture de notre propre instinct de défense »¹³⁸.

La dernière phrase nous donne une clé sur le manque de communication. Parler de la mort est désagréable pour tout le monde car cela *réveille de nombreux fantasmes*, en obligeant à faire face à la réalité de la mort elle-même. Le phénomène est peut-être plus fréquent dans notre société sécularisée actuelle qu'il y a un demi-siècle, lorsque le livre sur lequel nous nous basons pour cet article a été écrit. Ce n'est pas que la mort en général n'est pas présente aujourd'hui : il suffit de lire les médias. Le problème est d'affronter la possibilité de la mort elle-même.

Recourons de nouveau à la littérature, cette fois-ci chez Tolstoï, pour illustrer cette idée : « Il avait appris dans le traité de Logique de Kizeveter cet exemple de syllogisme : "Caïus est un homme ; tous les hommes sont mortels ; donc Caïus est mortel". Ce raisonnement lui paraissait tout à fait juste quand il s'agissait de Caïus mais non quand il s'agissait de lui-même. Il était question de Caïus, ou de l'homme en général, et alors c'était naturel, mais lui, il n'était ni Caïus, ni l'homme en général, il était un être à part : il était Vania, avec maman et papa, avec Mitia et Volodia, avec ses jouets, le cocher, la bonne, puis avec Katenka, avec toutes les joies, tous les chagrins et tous les enthousiasmes de son enfance, de son adolescence et de sa jeunesse. Est-ce que Caïus avait jamais senti l'odeur de la balle en cuir que Vania aimait tant ? Caïus avait-il jamais baisé la main de sa maman ? Avait-il éprouvé du plaisir à entendre le frou-frou de sa robe de soie ? Était-ce lui qui avait fait du tapage pour des petits gâteaux, à l'école ? Était-ce Caïus qui avait été amoureux ? Était-ce lui qui dirigeait si magistralement les débats du tribunal ?

Caïus est mortel, c'est certain, et il est naturel qu'il meure ; mais moi, Vania, Ivan Ilitch, avec tous mes sentiments, toute mon intelligence, moi, c'est autre chose. Il n'est pas du tout naturel que je doive mourir. Ce serait trop affreux »¹³⁹.

Ce que nous avons dit ne signifie pas qu'il faille brusquement mettre le patient face à sa situation ou insister pour briser la barrière de son déni. Procéder doucement est souvent préférable, en faisant

¹³⁸ *Ibidem*, p. 48-49.

¹³⁹ L. TOLSTOÏ, *La mort d'Ivan Ilitch*, traduction par J. Wladimir Bienstock, Paris, Stock, 1912 (*Œuvres complètes*, volume 27, p. 63-67).

allusion à la nouvelle, en posant des questions ouvertes et en restant attentif à ce que la personne concernée veut entendre et est prête à accepter. Les questions, mais également les gestes et l'attitude générale seront pour elle le meilleur moyen de découvrir la nouvelle. En même temps, elle doit pouvoir garder la possibilité de poser des questions. Entretenir la flamme de l'espoir et – dans la mesure du raisonnable – demander d'autres vérifications ou avis peut se révéler aussi approprié.

Dans tous les cas, il est nécessaire de toujours garder à l'esprit le bien de la personne concernée, et non le sien propre. Ce bien comprend le fait de lui donner le temps de se préparer dans toutes les dimensions : travail, famille (dire au revoir, se réconcilier, faire un testament, etc.) et aussi spirituelle. Il est évident que plus l'état de santé est bon, plus aborder ces questions ensemble sera facile.

3. DEUXIÈME ÉTAPE : LA COLÈRE

« Pourquoi moi ? Et pourquoi pas Georges qui est plus vieux ? Ce n'est pas juste ». Face à l'implacable réalité, le mur érigé lors de la phase précédente finit par s'effondrer. Le patient en phase terminale réalise que sa situation est vraiment grave et en rend responsables la famille, le médecin, le système de santé, la société, etc. Ils n'ont pas prêté suffisamment d'attention aux premières plaintes, ils n'ont pas fait preuve de diligence pour initier des tests de diagnostic, ils n'ont pas mis en place le bon traitement... J'ai un jour trouvé l'image d'une tombe dont l'épithaphe illustre clairement que le pauvre défunt avait été surpris : « Je vous avais bien dit que j'étais malade ».

Parfois, la colère se manifeste plus vaguement, sous la forme d'un ressentiment à l'égard de ceux qui sont en bonne santé. Ceux-ci peuvent en être surpris : « Est-ce ma faute si je vais bien ? ».

Selon Kübler-Ross, à ce stade, « peut-être la tragédie provient-elle du fait que nous ne pensons pas aux raisons qui motivent la colère du malade et que nous en faisons une affaire personnelle, alors qu'elle n'a rien à voir dans ses origines, avec les personnes qui servent de cible à ce ressentiment. Lorsque le personnel ou la famille réagissent personnellement à cette colère, ils le font avec une colère croissante, ce qui ne fait qu'alimenter le comportement hostile du patient »¹⁴⁰. En effet, la pire chose qui puisse arriver est d'entrer dans une « es-

¹⁴⁰ KÜBLER-ROSS, *Les derniers instants de la vie*, p. 61-62.

calade symétrique de la violence » qui finit par éloigner les gens au moment où ils ont le plus besoin les uns des autres.

En réalité, le patient n'est pas vraiment en colère contre qui que ce soit, même si ses arguments peuvent le faire croire. Il se révolte *contre la situation* et charge sur tout ce qui l'entoure comme un sanglier blessé. C'est pourquoi il est généralement préférable de ne pas se justifier ou de raisonner sur le caractère erroné des accusations (sans pour autant les accepter). C'est le moment d'écouter, « d'éponger » l'angoisse de l'autre (ce qui implique que le membre de la famille ait un endroit où « décharger » ce qu'il aura absorbé). Il peut être opportun de réduire la durée des visites ou de les espacer, surtout s'il s'agit de personnes qui déclenchent l'agressivité du patient.

Par-dessus tout, faire preuve d'empathie est essentiel. C'est très différent de dire sur un ton accusateur : « tu as tort, tu es injuste », ou d'affirmer : « Je vois que tu traverses une période très difficile ; cette situation doit être très douloureuse pour toi ». Ce sont des moyens de lui montrer qu'on le respecte, qu'on se soucie de lui, qu'on l'aime et accepte ses sentiments sans les lui reprocher.

Dans cette phase où le patient est émotionnellement dépassé par la maladie, l'impliquer dans les décisions est préférable : il aura ainsi un minimum de sentiment de contrôle. Par exemple, il est bon de convenir avec lui de l'heure et de la durée des visites ou des consultations médicales. Bien que cela ne soit pas directement lié, je pense qu'on peut appliquer une expérience courante en médecine palliative concernant l'utilisation des analgésiques : si au lieu d'une prescription fixe, on indique au patient comment les doser lui-même en fonction de l'intensité de la douleur, il finit généralement par prendre moins de médicaments. Le sentiment de contrôle semble diminuer ou rendre plus supportable la douleur physique et la souffrance psychologique.

La colère peut aussi être dirigée contre Dieu : « Comment a-t-il pu permettre cette maladie qui non seulement m'atteint moi mais laisse aussi ma famille sans protection ? ». Le croyant voit la solidité de ses convictions mise à l'épreuve : on lui a certainement répété de nombreuses fois que Dieu est bon, un Père providentiel, que lorsque « les hommes aiment Dieu, lui-même fait tout contribuer à leur bien » (*Rm* 8, 28)... mais peut-être ne l'a-t-il pas intériorisé complètement et il se rebelle. Dans ces cas, il ne s'agit pas d'essayer de « défendre Dieu » ou de répéter « sempiternellement la même

chose », ce que le sujet pourrait interpréter comme des recettes toutes faites qui ont déjà montré leur inefficacité.

Une personne gravement malade n'est souvent pas en état de faire de grands raisonnements... qui ne sont peut-être pas nécessaires : laissons-la aller au Ciel – ce qui est l'important – avec ses erreurs et là-haut, elle verra à quel point ses jugements étaient erronés. Apporter des arguments positifs qui touchent son esprit et son cœur se montrera peut-être plus efficace : « Malgré tout, Dieu est ton Père et il t'aime », « il en sait plus, car il a la perspective de l'éternité ; nous vivons trop conditionnés par le moment présent ». Nous y reviendrons dans la dernière partie du chapitre.

4. TROISIÈME ÉTAPE : LA NÉGOCIATION

« Laissez-moi vivre pour voir mes enfants avoir leur diplôme. Je ferai n'importe quoi pour quelques années de plus ».

Cette réaction ressemble à celle d'un enfant qui d'abord exige, puis supplie, pour obtenir un changement de sanction. Le malade peut tenter de marchander avec le médecin (faire don de son corps à la science, acquérir enfin des habitudes saines, arrêter de fumer) ou plus souvent avec Dieu (aller à la messe tous les dimanches, prier, se détourner du péché...). Il demande en échange une vie plus longue ou au moins une diminution de la douleur ou du handicap.

Kübler-Ross déclare : « nous avons été impressionnés par le nombre de malades qui promettent “une vie consacrée à Dieu” ou “une vie au service de l'Église” en échange de quelque temps supplémentaire »¹⁴¹. Cependant, elle commente également avec une certaine ironie : « aucun de nos malades n'a “tenu sa promesse” »¹⁴² : s'ils obtiennent ce qu'ils ont demandé, ils ne maintiennent ni leur changement de conduite, ni sa continuité.

Une première réponse des médecins et des proches consistera à « faire tout le possible » pour exaucer leurs souhaits, sans s'engager sur ce qui est impossible. Mais l'écoute même, bienveillante et patiente, de ces demandes a un effet bénéfique supplémentaire car elle permet de connaître les préoccupations du patient : l'avenir de sa famille, les regrets du passé, etc. Leur seule verbalisation permet d'atténuer les peurs excessives ou irrationnelles et de proposer une

¹⁴¹ *Ibidem*, p. 93.

¹⁴² *Ibidem*.

solution. Par exemple, on pourrait dire affectueusement : « Tu ne vas pas manquer mon mariage : si tu ne peux pas venir, tu le verras beaucoup mieux depuis le ciel », ou : « Ce n'est pas nécessaire de promettre à Dieu que si tu vas mieux, tu commenceras à bien te comporter, je pense que ce qu'il attend de toi, c'est de supporter ta souffrance avec patience maintenant ». Surtout, ces conversations permettent d'affronter l'une des plus grandes peurs, celle de la solitude et de l'abandon : « quoi qu'il arrive, je serai avec toi ».

La possibilité d'une nouvelle relation avec Dieu s'ouvre alors, plus mature et désintéressée. Le *marchandage* avec Dieu pourrait se résumer ainsi : « Donne-moi la force de supporter la maladie et je te promets que je ferai tout ce que je peux pour grandir dans l'amour pour toi et pour les autres ». Saint Augustin disait déjà : « Dieu ne commande jamais l'impossible, mais en nous donnant ses préceptes, il nous avertit de faire ce que nous pouvons et de lui demander ce que nous ne pouvons pas »¹⁴³.

5. QUATRIÈME ÉTAPE : LA DÉPRESSION

« Je suis si triste... Pourquoi continuer à lutter ? ».

La maladie suit son cours et l'échec du marchandage devient évident : Dieu peut accomplir des miracles, mais il ne le fait pas toujours. Les hospitalisations, les opérations, la baisse croissante des forces et de l'autonomie se poursuivent... La relation avec le corps devient différente, presque conflictuelle ; jusqu'alors, on pouvait compter sur ce compagnon fidèle, mais désormais il s'ingénie à se faire remarquer. La perte de poids et les perceptions somatiques peuvent même rendre difficile pour le patient de reconnaître son *corps* comme le sien.

Cette situation conduit à la phase de dépression. Kübler-Ross a différencié deux formes : *de réaction* et *de préparation*. Il est important de les connaître, car leur nature est différente et l'attitude du personnel de santé et de la famille doit l'être en fonction.

La *dépression réactionnelle* est due à la perte de l'image corporelle, de l'autonomie et du rôle social et professionnel, ainsi qu'à l'impossibilité de continuer à prendre soin de la famille, à la conscience de projets inachevés, d'objectifs non atteints, à la culpabilité pour les

¹⁴³ SAINT AUGUSTIN, *La nature et la grâce*, in *Œuvres*, t. III, Collection bibliothèque de la Pléiade, XLIII, 50, Paris, Gallimard, 2002, p. 769.

erreurs passées, etc. Cette première forme est celle qui requiert le plus le soutien des proches. Ils peuvent aider le patient à verbaliser ses craintes, à envisager son avenir et celui des autres de manière plus objective, à résoudre autant que possible les causes de ses inquiétudes, à occuper son temps et à se sentir utile et productif dans la mesure où son état clinique le permet, etc.

Lorsque le sujet est en véritable dépression, lui faire maintenir un minimum d'activités n'est pas facile. Il sera utile de les réaliser avec lui, voire de les lui demander comme une faveur (une sorte de *chantage affectif*) : au lieu de leur dire en mode impératif : « tu dois sortir », il peut être plus efficace de demander : « j'ai besoin de quelqu'un pour faire les courses avec moi, pourrais-tu venir ? » ou « j'ai envie de me promener, pourrais-tu m'accompagner ? ».

Le rôle des différents professionnels (médecins, psychiatres, psychologues, etc.) est bien entendu fondamental. Non seulement ils soignent les symptômes directement liés à la maladie, mais ils seront aussi attentifs aux aspects subjectifs. Dans de nombreux cas, commencer un traitement pharmacologique ou psychothérapeutique se révélera indispensable.

À ce stade peuvent apparaître non seulement le désir de mourir le plus tôt possible, mais aussi des idées suicidaires ou – dans les pays où elle est autorisée – une demande d'euthanasie. Je recommande le livre *Seduced by death*, du Dr Herbert Hendin¹⁴⁴, pour trouver des arguments solides à cet égard. Il me semble important de souligner que – excepté la possibilité d'une dépression clinique, qui doit être traitée de manière adéquate – il est nécessaire de savoir interpréter le *véritable message* que le patient essaie de transmettre. Derrière un « je ne veux plus vivre » peut se cacher un « je ne peux pas continuer à vivre *comme ça* » (dans la douleur, la solitude, la peur). Et une demande de « mourir dans la dignité » peut signifier celle de « vivre dans la dignité ». Souvent, ces requêtes ne sont pas tant fondées sur la situation présente que sur l'angoisse de l'avenir : de la souffrance, de l'abandon, de la dépendance à l'égard des autres, de devenir une charge, etc. Aujourd'hui, nous pouvons être sûrs que la mort ne surviendra pas dans une douleur insupportable grâce aux progrès de la médecine palliative et du traitement de la douleur (y compris la sédation si nécessaire). Il est plus délicat de rassurer sur la perte

¹⁴⁴ H. HENDIN, *Seduced by Death. Doctors, Patients, and Assisted Suicide*, New York (NY), W. W. Norton, 1998.

d'autonomie, comme nous l'avons vu en étudiant le troisième âge. C'est sans doute l'un des grands défis de notre société et il ne se limite pas à la dimension strictement médicale.

La *dépression préparatoire*, due à la conscience de la perte de la vie elle-même, est la deuxième cause qui affecte l'humeur. Contrairement à la précédente, il s'agit d'une dépression *silencieuse* : sans plaintes ni regrets car verbaliser ce qui manque s'avère beaucoup plus difficile. Selon le psychiatre suisse-américain, elle a une fonction propre : préparer psychologiquement à la mort imminente et ouvrir les portes de la dernière phase, l'acceptation.

L'attitude des proches et du personnel soignant doit être différente dans ce cas : exprimer des encouragements, des arguments contre le pessimisme ou montrer tout ce dont le patient peut encore profiter sera vain. Autrement dit, essayer de lui faire voir les choses différemment n'est pas opportun ; le patient a raison de se sentir ainsi : il quitte cette vie.

Lui permettre d'exprimer sa douleur et de le soutenir *silencieusement* par la communication non verbale sera plus utile : attitudes, gestes et regards. La personne malade appréciera que quelqu'un s'assoie à ses côtés, prêt à l'écouter et à respecter son silence sans lui répéter les motifs de « ne pas être si triste ». Il est tout aussi important de se conformer à son désir d'être seule, mais comment le concilier avec une affection, une proximité et une disponibilité qui lui plaisent ? Peut-être en effectuant des visites courtes et fréquentes en se contentant de demander : « As-tu besoin de quelque chose ? Je vais rester avec toi pendant un certain temps ».

Une autre des caractéristiques de cette étape, que notre auteur souligne, est que la dimension spirituelle de la personne tend à devenir plus présente, car elle commence à se préoccuper davantage de ce qui l'attend que de ce qu'elle laisse derrière elle. Nous reviendrons sur ce point dans la dernière partie du chapitre.

6. CINQUIÈME ÉTAPE : L'ACCEPTATION

« Tout va bien se passer. Je ne peux plus lutter, je dois me préparer pour le grand saut ».

Selon Kübler-Ross, « si un malade dispose d'un temps suffisant (c'est-à-dire s'il ne meurt pas d'une mort soudaine et inattendue) et s'il a été aidé à traverser les étapes précédemment décrites, il entrera

dans une période pendant laquelle il n'est ni déprimé ni irrité par son "destin". Il aura pu exprimer les sentiments qui précèdent, son envie de ceux qui vivent et sont en bonne santé, sa colère contre ceux qui n'ont pas eu à affronter si tôt la mort. Il aura pu s'affliger sur la perte prochaine de tant de proches et de tant de lieux qui ont compté pour lui et il pourra regarder sa fin imminente d'un œil relativement apaisé »¹⁴⁵.

L'objectif de ce chapitre est d'offrir des outils aux proches et aux médecins pour que les patients atteignent cette phase, qui a aussi ses particularités, dès que possible. En effet, ce serait une erreur de s'attendre à ce qu'avec l'acceptation, les activités se normalisent et que l'état d'esprit redevienne le même qu'avant le diagnostic. « Il ne faut pas croire que l'acceptation puisse être confondue avec une étape heureuse. Elle est presque vide de sentiments. C'est comme si la douleur avait fui, la lutte est derrière nous et un temps commence, celui "du repos final avant le long voyage" comme le définissait un malade »¹⁴⁶.

Cette phase culmine avec ce que nous avons appelé dans le chapitre précédent le « détachement de cette vie ». Bien que l'on ne soit pas déprimé (il n'y a pas de tristesse, de pleurs ou de désespoir), une certaine apathie ou indifférence à l'égard du monde extérieur peut persister. Les choses qui passionnaient auparavant (passe-temps, centres d'intérêt, équipe de football, voire certaines dynamiques familiales) peuvent cesser d'avoir un impact émotionnel sensible. Elles sont vécues comme appartenant à un autre monde, et de fait le mourant s'éloigne psychologiquement de plus en plus de celui-ci.

Fréquemment, il désire également demeurer seul et se montre moins communicatif, mais il a toujours besoin de sentir la proximité des siens : « Le patient fera juste un petit geste de la main pour nous inviter à nous asseoir un instant. Il nous prendra la main en nous demandant de rester silencieux. Ces moments de silence peuvent être le moyen de communication le plus chargé de sens »¹⁴⁷. Cette présence lui donnera l'assurance qu'il existe de nombreuses personnes qui l'aiment, le respectent et l'accompagnent dans sa souffrance, que sa vie a eu un sens parce qu'il a aimé et été aimé.

¹⁴⁵ KÜBLER-ROSS, *Les derniers instants de la vie*, p. 121.

¹⁴⁶ *Ibidem*, p. 121-122.

¹⁴⁷ *Ibidem*. p. 122.

C'est la famille qui peut alors avoir le plus besoin d'aide. Au cours des étapes précédentes, elle aura fait tout son possible pour soutenir le patient et tenter d'atténuer ses souffrances. Une fois qu'il est apaisé, les membres de la famille trouvent aussi suffisamment de calme pour faire face à la nouvelle : ils devront continuer à s'occuper de leurs proches, et à leur tour passer par les cinq étapes du deuil. Nous avons en effet déjà dit que le docteur Kübler-Ross appliquait également son modèle au deuil des proches et même à l'assimilation de toutes sortes de mauvaises nouvelles. Pour terminer avec un sourire, voici comment un professeur expérimenté et exigeant l'a transposé à ses étudiants : « lorsque je dois recalser un étudiant, d'abord il le *nie*, pensant que j'ai mal fait la somme des points ou que je lui ai donné la note de quelqu'un d'autre ; ensuite, il se met en *colère* parce que j'ai demandé quelque chose que je n'ai pas suffisamment expliqué ou que j'ai été trop sévère ; puis il en vient à relire sa copie et essaie de *négoier* pour obtenir un point de plus ici ou là ou promet qu'il révisera le sujet en été ; enfin, il *déprime* en pensant qu'il ne pourra jamais réussir et devra changer de carrière ou d'université. Mais la plupart d'entre eux finissent par *accepter* qu'il leur suffit d'étudier un peu plus, ils y consacrent les heures nécessaires et décrochent le diplôme sans problème majeur ».

7. ACCOMPAGNER UNE MORT CHRÉTIENNE

L'étude des phases du deuil nous a aidés à « entrer dans l'esprit de la personne malade ». Connaître ce processus, ainsi que les aspects médicaux, nous aidera à rester proches du malade avec affection et douceur, en respectant son rythme. La perspective de Kübler-Ross est également explicitement ouverte à une vision transcendante de l'homme ; elle est compatible avec la dimension religieuse dans le respect des différentes confessions.

Dans ce dernier chapitre, nous aborderons quelques idées pour aider à bien mourir dans une perspective spécifiquement catholique. Je ne répéterai pas les contenus déjà évoqués dans les chapitres précédents, comme écouter plus que parler, ne pas essayer de donner trop d'explications ou de *défendre Dieu*, etc.

Le concept de Dieu pour un chrétien intègre deux prémices : il est mon Père et Il m'aime. Ce sont des réalités si grandes qu'on peut toujours continuer à les approfondir ; en même temps, des si-

tuations de crise peuvent aussi les remettre en question, lorsque par exemple un décès inattendu rompt le bien-être et les projets d'avenir et apporte douleur et incertitude aux proches.

Beaucoup de personnes devront suivre un itinéraire que saint Josémaria a décrit ainsi : « Degrés : se résigner à la Volonté de Dieu ; accepter la Volonté de Dieu ; vouloir la Volonté de Dieu ; aimer la Volonté de Dieu »¹⁴⁸. Les deux premières étapes (se résigner et accepter) semblent évidentes, mais peut-on vouloir et même aimer cette Volonté quand elle consiste à quitter cette vie prématurément ? Oui, parce que même si la mort entraîne un rejet spontané naturel, pour celui qui a la foi, c'est le seuil pour entrer au Paradis, qui est un bien beaucoup plus grand que tout mal partiel (perte, douleur, souffrance, etc.). De plus, Dieu est si puissant qu'il fait sortir le bien du mal, et un grand bien d'un grand mal. Ce raisonnement apporte la sérénité, car il ouvre à l'espoir de la joie future.

Fort bien, mais est-ce que le mal par lequel je passe *maintenant* a un sens ? Pour une profonde réflexion anthropologique et théologique, je recommande la Lettre *Salvifici doloris* de saint Jean-Paul II¹⁴⁹. Dans les paragraphes suivants, je me contenterai de donner quelques aperçus qui me semblent correspondre à l'objectif de ce livre.

En premier lieu, la douleur est une conséquence du péché. Elle n'était pas comprise dans le projet initial de Dieu lorsqu'il a créé l'homme, mais elle est apparue après la désobéissance d'Adam et Ève (cf. *Gn* 3, 16-19). Elle fait partie de la peine que chaque personne doit assumer, mais, paradoxalement, elle n'est pas directement liée à ses propres péchés. Le livre de Job nous le montre de manière très dramatique : face aux grands malheurs qui l'affligent, ses trois amis insistent sur le fait qu'il a dû mal agir pour les mériter. Mais Job répond, avec autant d'insistance, qu'il a toujours marché avec droiture devant Dieu. L'intervention de l'Éternel à la fin du livre est doublement surprenante : d'abord parce qu'il ne donne pas le motif de sa souffrance, il fait simplement appel à sa propre puissance et sagesse et demande au patriarche la confiance et l'acceptation. La seconde raison est que Job finit par retrouver la santé et les biens qu'il avait perdus, ce qui semble un retour à la rétribution dans cette même vie.

¹⁴⁸ SAINT JOSÉMARIA ESCRIVA, *Chemin*, Paris, Le Laurier, 2011, n° 774.

¹⁴⁹ SAINT JEAN-PAUL II, Lettre apostolique *Salvifici doloris*, 11 février 1984.

Le mystère de la souffrance ne peut être expliqué qu'en regardant Jésus-Christ, le vrai Juste, qui assume la souffrance « jusqu'à la mort, et la mort de la croix » (*Pb* 2, 8). Il montre ainsi son amour pour la volonté du Père (le plus haut degré que proposait saint Josémaria) et aussi son amour pour les hommes, qu'il a rachetés du péché par son sang (cf. *Is* 53, 5). Comme pour Job, le sens de la souffrance ne nous est pas complètement révélé, mais il nous est confirmé de manière définitive qu'elle est compatible avec l'amour de Dieu : Jésus ne doute jamais de l'amour du Père et ne cesse pas de l'aimer.

L'Évangile nous montre également un sens de la souffrance qui, jusqu'alors, était à peine pressenti. C'est saint Paul qui le résume le plus clairement : « Ce qui reste à souffrir des épreuves du Christ dans ma propre chair, je l'accomplis pour son corps qui est l'Église » (*Col* 1, 24). L'identification aux sentiments du Christ consiste aussi à prendre part – chacun dans sa propre vie – à la Passion du Seigneur et à contribuer ainsi au salut de l'humanité en étant corécepteurs.

Ces brèves considérations n'offrent pas une explication exhaustive capable de résoudre toutes les incertitudes, pas plus qu'elles n'éliminent le caractère mystérieux de la souffrance. Mais je crois qu'elles apportent au moins un éclairage : la souffrance recèle quelque chose puisqu'elle a été l'instrument choisi par Dieu pour montrer son amour aux hommes et aux femmes et pour les sauver. Comme le dit le Concile Vatican II, « C'est donc par le Christ et dans le Christ que s'éclaire l'énigme de la douleur et de la mort qui, hors de son Évangile, nous écrase »¹⁵⁰.

Regarder le Christ souffrant a des conséquences beaucoup plus directes pour le malade qu'il n'y paraît à première vue. Jésus lui-même a eu avant sa Passion sa propre étape de négociation : au jardin de Gethsémani, il a prié ainsi : « Mon Père, s'il est possible, que cette coupe passe loin de moi ! Cependant, non pas comme moi, je veux, mais comme toi, tu veux » (*Mt* 26, 39). Il a commencé par faire appel à la bonté du Père et a terminé en acceptant avec confiance sa volonté. Nous ne devrions pas être surpris si nous, pauvres créatures, non seulement nous négocions mais aussi nous nous fâchons filialement contre Dieu, pour ensuite « faire la paix » en reconnaissant qu'il sait mieux que nous. Face à la maladie et à la douleur,

¹⁵⁰ CONCILE VATICAN II, Constitution pastorale *Gaudium et spes*, 7 décembre 1965, n° 22, 6.

parfois la liberté ne consiste pas à choisir ce que nous allons faire de notre vie, mais à décider comment nous allons affronter l'inévitable.

Pour vivre chrétiennement la maladie et la mort, la meilleure aide sera précisément de se mettre – ou d'aider le malade à se mettre – en présence du Christ, de lire l'Évangile et surtout les scènes de la Passion, de demander à Jésus : « Comment as-tu pu endurer tout cela, peux-tu m'aider à supporter ma douleur ? ». Avoir un crucifix à proximité sera un grand soutien ; ou mieux deux : l'un que l'on puisse contempler depuis le lit et l'autre à portée de main pour le serrer fermement lorsque la souffrance physique ou morale devient plus intense. Se tenir près de la croix du Christ entraîne aussi une rencontre inattendue : là se tient aussi la Sainte Vierge (*Jn* 19, 25). Marie console Jésus et saint Jean, et en ce dernier, chacun des disciples bien-aimés de son Fils.

Il est donc nécessaire de persévérer dans la prière même si l'on ne parvient pas à comprendre le pourquoi de la situation. Il suffit d'en avoir l'intuition et de garder confiance en Dieu notre Père. Pour que le malade puisse prier, prier avec lui et lui confier des intentions est ce qu'il y a de mieux : il saura ainsi qu'il est utile. S'il est très handicapé, de simples prières vocales comme le rosaire accompagneront les longues heures d'inactivité extérieure.

Certains malades peuvent ressentir à ce moment-là une sorte de crise : « Et si je m'étais trompé ? Et s'il n'y avait pas de vie après celle-ci ? ». Fréquemment, il ne s'agira pas d'un véritable doute de la foi, mais d'un certain scrupule qui s'infiltré subrepticement. Il se résoudra en rendant explicite le désir d'être avec lui, de le voir face à face. D'autres fois, cette crise peut refléter une foi immature, non intériorisée, qui vacille lorsqu'elle est mise à l'épreuve. Dans un cas comme dans l'autre, l'heure n'est généralement pas aux grands raisonnements mais à l'abandon de soi, à l'humiliation de son intelligence si nécessaire et peut-être au retour à la foi naïve de l'enfance : « Laissez les enfants, ne les empêchez pas de venir à moi, car le royaume des Cieux est à ceux qui leur ressemblent » (*Mt* 19, 14).

Il serait bon que ceux qui sont en contact plus direct (parents, accompagnateurs d'hôpitaux, bénévoles, etc.) disposent d'un matériel adapté aux capacités et à la situation de ces malades : livres, brochures, pages internet, etc. Les biographies sont souvent très utiles car elles n'expliquent pas mais montrent qu'il est possible de supporter la

maladie de manière chrétienne. Elles touchent l'esprit et le cœur en faisant réaliser : « c'est comme ça que je voudrais mourir ».

Un autre sens de la souffrance de la personne malade se révèle ici : laisser aux proches un souvenir et un exemple. Kübler-Ross dit elle-même que pour de nombreux membres de la famille qui ont accompagné leurs proches jusqu'au stade de l'acceptation, l'expérience est surprenante, « parce que cela montre que l'agonie n'est pas une chose si terrifiante, si horrible, que tant de gens veulent l'éviter à tout prix »¹⁵¹.

Viktor Frankl a écrit que « l'important n'est pas ce que nous attendons de la vie, mais ce que nous apportons à la vie »¹⁵². De la même manière, il sera bénéfique pour le malade de se demander ce que Dieu attend de lui dans sa situation et de se concentrer non sur ce que la souffrance lui impose mais sur ce qu'il peut en faire, ce dont lui-même et de nombreuses personnes autour de lui tireront profit. Tout cela peut sembler très bien, mais n'est-ce pas au-dessus des forces d'une personne ordinaire ? Peut-être oui, c'est pourquoi nous avons besoin d'une aide extérieure : la grâce divine qui nous est offerte dans les sacrements. Trois sont particulièrement liés à ce moment.

Le premier est la confession. Quelle paix de savoir que, quelle que soit la manière dont nous nous sommes comportés dans notre vie, Dieu nous pardonne toujours. Il n'est jamais trop tard pour se réconcilier avec lui, et par lui, pour trouver la paix avec soi-même et avec les autres.

Le deuxième est l'onction des malades, qui doit être offerte assez tôt à la personne malade, sans attendre un stade très avancé au risque qu'elle ne soit plus consciente. On craint parfois de mentionner ce sacrement, mais c'est un peu comme lors de la communication du diagnostic fatal : il peut y avoir plus de peur chez les proches que chez le patient lui-même.

Enfin, la communion qui, pour les malades en phase terminale, porte un nom spécifique : le viatique, une nourriture – constituée de rien moins que du Corps de Jésus lui-même – pour la dernière ligne droite du voyage vers le Ciel. On m'a raconté un jour qu'une personne avait accompagné sa mère sur son lit de mort et lui avait

¹⁵¹ KÜBLER-ROSS, *Les derniers instants de la vie*, p. 123.

¹⁵² V. FRANKL, *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*, Montréal, Les éditions de l'homme, 2006, p. 83.

dit : « Maman, crois-tu que le Seigneur va t'accueillir tout de suite ? » (une question, d'ailleurs, très maladroite à ce moment-là). Mais la mère avait plus de bon sens que son fils et lui répondit pleine de foi : « Si je l'ai reçu tous les jours, pendant tant d'années, comment ne pourrait-il pas me recevoir aujourd'hui ? Oui, il me recevra ».

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION	9
1. Maître, que dois-je faire pour avoir la vie éternelle ?	9
2. La formation de l'affectivité	10
3. Psychologie et formation	12
4. Le contenu de ce livre	14
I. PERSONNALITÉ ET AFFECTIVITÉ.....	19
QU'EST-CE QUE LA PERSONNALITÉ ?	21
1. La notion de personnalité.....	21
2. Tempérament, caractère et personnalité	25
3. Les traits de la personnalité.....	25
4. OCEAN : les Big five de la personnalité	26
a) <i>Openness</i> ou l'ouverture au changement.....	28
b) <i>Conscientiousness</i> ou responsabilité.....	29
c) Extraversion	29
d) <i>Agreeableness</i> ou amabilité.....	30
e) <i>Neuroticism</i> ou instabilité émotionnelle	31
5. Le locus de contrôle.....	32
6. Les mécanismes de défense du moi.....	33
7. Application à la vie personnelle et à la tâche de formation	35
8. Conditionnés sans déterminisme	37
COMMENT ÉVALUER LA MATURITÉ ?	39
1. Il faut grandir	39
2. Critère zéro : identité	41
3. Premier critère : extension du sens de soi.....	43

4. Deuxième critère : relation émotionnelle avec d'autres personnes.....	45
5. Troisième critère : sécurité émotionnelle	47
6. Quatrième critère : perception réaliste, aptitudes et tâches	49
7. Cinquième critère : objectivation du soi, connaissance de soi-même et sens de l'humour.....	50
8. Sixième critère : philosophie unificatrice de la vie.....	52
9. De la maturité à l'identification avec le Christ	55
S'AIMER POUR POUVOIR AIMER.....	57
1. Dieu, moi et les autres ?.....	57
2. Comment naît l'amour de soi-même	58
3. Se voir à la lumière de Dieu	63
4. Humilité et vérité.....	66
5. Dieu, les autres et moi	67
QU'EST-CE QUE L'FFECTIVITÉ ?	69
1. Un WhatsApp d'adolescent	69
2. Une définition possible.....	70
3. Les limites de l'affectivité	72
4. Le péché originel et ses conséquences	73
5. Réparer l'image de Dieu	75
DÉVELOPPER L'FFECTIVITÉ À PARTIR DES VERTUS THÉOLOGALES.....	79
1. Une proposition parmi tant d'autres.....	79
2. La foi	79
3. Espérance.....	85
4. Charité	88
a) Si je n'ai pas l'amour, cela ne sert à rien.....	88
b) Aimer et se sentir aimé.....	89
c) Apprendre à aimer.....	90
5. Un terrain fertile	95

II. GRANDIR INTÉRIEUREMENT	
TOUT AU LONG DU CYCLE VITAL.....	97
LE CYCLE VITAL.....	99
1. Qu'est-ce que le cycle vital ?	99
2. Les stades psychosociaux	103
3. La théorie de l'attachement.....	105
ENFANCE ET ADOLESCENCE.....	111
1. L'enfant	111
a) Stades évolutifs de l'enfance	111
b) Orientations pour les formateurs	114
2. L'adolescent.....	118
a) L'éternel conflit de générations.....	118
b) Délimitation de l'étape	121
c) Construire l'identité.....	123
L'ÂGE ADULTE	129
1. Le jeune adulte	129
a) Délimitation de l'étape.....	129
b) L'entrée dans le monde du travail.....	130
c) La création d'un nouveau foyer.....	132
d) La crise de la trentaine.....	133
2. La plénitude de la vie	135
a) Délimitation de l'étape.....	135
b) La quarantaine :	
stabilité contre recherche de nouveautés	137
c) La cinquantaine : stabilité sans rigidité.....	142
d) Le syndrome du nid vide	145
AMÉLIORER LE CARACTÈRE DANS LA VIE ADULTE :	
PRENDRE SOIN DES RELATIONS.....	149
1. La famille	149
2. Le travail.....	152
3. Les amis.....	153
4. Sans confusion et avec une hiérarchie claire	158

LE TROISIÈME ÂGE	161
1. Qui oserait en fixer le début ?.....	161
2. Délimitation de l'étape.....	162
3. Les signes du vieillissement.....	164
a) La nécessité d'aller de l'avant.....	164
b) Les changements physiques et cognitifs.....	165
c) Changements sociaux	167
4. Excursus : quand on ne prend pas sa retraite.....	170
5. Se préparer à vieillir.....	171
6. Une étape pour continuer à grandir.....	173
7. Se préparer à « faire le grand saut » vers la demeure définitive	179
QUAND LA FIN APPROCHE.....	183
1. À propos de la mort et de mourir.....	183
2. Première étape : le déni.....	184
3. Deuxième étape : la colère	187
4. Troisième étape : la négociation	189
5. Quatrième étape : la dépression	190
6. Cinquième étape : l'acceptation.....	192
7. Accompagner une mort chrétienne	194
III. LA VERTU CHRÉTIENNE DE CHASTETÉ	201
POURQUOI VIVRE LA CHASTETÉ ?.....	203
1. Pourquoi ne puis-je pas disposer de mon corps comme je veux ?	203
2. L'entrée dans une vie nouvelle	204
3. Un temple pour l'Esprit Saint.....	206
4. Le sexe est bon... vécu avec ordre	208
5. Le désordre de la concupiscence.....	210
6. La vertu de chasteté.....	214
7. Les moyens traditionnels.....	217
8. Affectivité et chasteté.....	222

LES ADDICTIONS AU XXI ^E SIÈCLE.....	225
1. Le monde virtuel	225
2. Vice ou addiction ?.....	225
3. Addiction et internet.....	227
4. Un problème médical.....	230
5. Un problème social	233
6. Les personnes les plus vulnérables	239
AIDER À VIVRE LA CHASTETÉ.....	245
1. Nouvelles difficultés, nouveaux moyens.....	245
2. Une façon d'utiliser internet	246
3. Personnaliser la solution.....	252
4. Catéchèse, accompagnement spirituel et confession.....	254
5. L'aide professionnelle	258
6. La responsabilité morale.....	266
LE CÉLIBAT CHRÉTIEN	273
1. Don et mystère.....	273
2. Affectivité et célibat	278
3. L'affectivité de Jésus.....	282
4. Un célibat sain sur le plan psychologique.....	284
5. Situations requérant un discernement spécial	289
IV. L'AFECTIVITÉ MALADE	299
LES TROUBLES AFFECTIFS	301
1. La maladie mentale.....	301
2. L'anxiété.....	302
3. Tristesse et dépression	304
4. Le stress professionnel et le syndrome du burnout	306
5. Prévenir la pathologie affective	308
a) Un style de vie sain.....	308
b) Prendre soin de son repos	310
c) Corriger les distorsions cognitives	313
d) Optimiser le temps de travail	315

e) Une vie de piété à l'épreuve du stress.....	322
6. Lorsque la maladie arrive.....	325
V. LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ.....	329
1. La maladie mentale.....	329
2. L'aide sous l'angle de la formation	332
3. Classification des troubles de personnalité.....	336
a) Les excentriques.....	338
b) Les extravertis et les égocentriques	340
c) Les introvertis et les anxieux.....	343
4. La personnalité évitante-dépendante.....	345
5. La personnalité obsessionnelle-perfectionniste	349
ÉPILOGUE.....	355
UNE FORMATION SAINTE.....	357
1. Deux manières de former	357
2. Les types d'éducation.....	359
3. La personnalité du formateur.....	363
a) Une personnalité mûre et vertueuse.....	363
b) Se montrer vulnérable	365
c) La formation du formateur.....	366
d) L'intérêt pour la personne dans son intégralité.....	367
e) Le respect de la personne et de son rythme	370
f) Surmonter ses propres fantasmes	372
4. Cela vaut la peine.....	375
BIBLIOGRAPHIE.....	377
1. Bibliographie générale	377
2. Personnalité et affectivité	377
3. Grandir de l'intérieur au long du cycle vital	378
4. La vertu chrétienne de chasteté.....	379
5. L'affectivité malade	380
6. Une formation saine	381