Thèse de doctorat
de l'Université Sorbonne Paris Cité
Préparée à l'Université Paris Diderot

ECOLE DOCTORALE : *Recherches en psychanalyse et psychopathologie* (ED 450)

Laboratoire Centre de Recherche Psychanalyse, Médecine et Société (EA 3522)

Deuil, Mort et Trauma
cheminements cliniques

par ***Gilles QUEVA***

Thèse de doctorat en Psychologie

Dirigée par **Rosa CARON**

Présentée et soutenue publiquement à Lille le 26 septembre 2017.

Présidente du jury :	- DUPUIS Catherine, HDR, CRPMS Paris Diderot
Rapporteurs :	- REYNAERT Christine, Professeur, Université Catholique de Louvain
	- LIBERT Yves, Professeur, Université Libre de Bruxelles
Directrice de thèse :	- CARON Rosa, HDR CRPMS Paris Diderot

Thèse de doctorat

de l'Université Sorbonne Paris Cité

Préparée à l'Université Paris Diderot

ECOLE DOCTORALE : *Recherches en psychanalyse et psychopathologie* (ED 450)

Laboratoire Centre de recherche Psychanalyse, Médecine et Société (EA 3522)

Deuil, Mort et Trauma

cheminements cliniques

par *Gilles QUEVA*

Thèse de doctorat de Psychologie

Dirigée par **Rosa CARON**

Présentée et soutenue publiquement à Lille le 26 septembre 2017.

Présidente du jury : - Madame Catherine DUPUIS, HDR, CRPMS Paris Diderot

Rapporteurs : - Professeur Christine REYNAERT, Université Catholique de Louvain

- Professeur Yves LIBERT, Université Libre de Bruxelles

Directrice de thèse : - Madame Rosa CARON, HDR CRPMS Paris Diderot

« L'université n'entend ni approuver ni désapprouver
les opinions particulières de l'auteur. »

Remerciements

Cela va faire un peu plus d'une semaine que j'ai mis un point final à mon travail de thèse. Je pensais que ce moment serait comme une délivrance, qu'un sentiment du travail accompli m'apaiserait… il n'en est rien. Le fait de savoir que je ne peux plus reprendre un passage, modifier ou compléter une idée m'a libéré l'esprit, mais à certains moments, je suis traversé par la crainte d'avoir oublié de rédiger un point fondamental, d'avoir omis une référence qui m'était apparue secondaire au moment où j'étais dans la rédaction. Je mesure à cet instant que ce sont les derniers mots que je rédige pour ce travail, ils ne sont pas faciles à exprimer.

L'organisation et la transcription d'une expérience, notre tentative de témoigner de la mutation des outils qui nous ont été transmis et qui nous servent dans nos rencontres cliniques, pourraient décrire notre ambition pour ce travail de thèse. À défaut d'*ÊTRE* notre travail témoigne de la rencontre d'*ÉTANT*.

Je tiens à exprimer mes plus vifs remerciements à ma Directrice de thèse, Madame ***Rosa CARON***, qui m'a accompagné tout au long du dévoilement de ce travail d'écriture. Sa rigueur m'a permis d'éviter les écueils qui auraient pu rendre le chemin parcouru plus ardu, voire me faire renoncer à cette entreprise.

J'exprime toute ma reconnaissance au jury qui me fait l'honneur de prendre part à mon entreprise et de l'enrichir de leurs expériences, leurs expertises et de leur temps :

- Madame le Professeur ***Christine REYNAERT,*** de l'Institut de Recherche Santé et Société, de l'Université Catholique de Louvain, que j'ai connue comme enseignante et qui n'est pas étrangère à l'évolution de mon approche clinique en tant que professionnel.
- Monsieur le Professeur ***Yves LIBERT,*** de l'Unité de Recherche en Psychosomatique et en Psycho-oncologie de l'Université Libre de Bruxelles.
- Madame ***Catherine DUPUIS,*** MCF-HDR en Psychopathologie à lille3/CRPMS EA3522 Paris Diderot.
- Madame ***Rosa CARON,*** MCF-HDR en Psychopathologie à lille3/CRPMS EA3522 Paris Diderot.

J'ai travaillé pendant sept ans dans des services où il était question du soin palliatif, mais depuis un an, mon chemin continue auprès de patients, leurs familles et des équipes soignantes au sein de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (A.P.H.M.) dans les services du Professeur ***Marc LEONE*** (Réanimation polyvalente - Médecine d'urgence-soins critiques anesthésie) et du Professeur ***Martine REYNAUD-GAUBERT*** (Équipe de transplantation pulmonaire, Centre de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose adulte et Centre de Compétences des Maladies Pulmonaires Rares). Je

mesure ma chance, le privilège et la confiance qui m'est accordé de prendre place au sein de leur service compte tenu de la complexité de certaines prises en charge dans le cadre de leur mission de soins ; je leur sais gré ainsi qu'à leur équipe pour leur soutien et leurs encouragements dans la finalisation de ce travail.

Après plusieurs années à penser, rédiger, corriger, reformuler, réagencer ce travail, je tiens à exprimer ma reconnaissance à tous ceux qui ont croisé mon chemin et ont permis que ce travail de thèse advienne.

Le point commun qui caractérise toutes ces personnes est pour moi le mot *« confiance »*. À chaque étape l'une d'elles était là. Les équipes soignantes qui m'ont fait confiance dans leur mission de soins en me témoignant par leurs attitudes la place que je tenais avec eux dans les prises en charge des patients.
En retour, il y a aussi les patients qui, eux aussi, nous témoignaient de la place qu'ils nous donnaient à nous, équipe de soins.

Dans ces rencontres, il me faut en mettre une, en exergue, non qu'elle soit plus importante que les autres, mais parce qu'elle a permis de mettre en lumière des éléments qui étaient restés dans l'ombre. Cette rencontre m'a permis de prendre toute la mesure d'une chose dont je n'avais que l'intuition. Ce qui était resté dans l'ombre, c'était l'ampleur des drames qui peuvent se jouer derrière des éléments d'une grande discrétion. Cette sensibilité est, selon moi, ce qui permet de *« conjuguer »* ce que je pense être *l'éthique*. Ces prises de conscience, je les dois en grande partie à un professionnel du soin qui m'a fait l'honneur de mettre en lumière, ce qui est une nature chez lui. Je tiens donc à exprimer mon respect et mon admiration à Monsieur ***Jean-Marc BOURRIEZ*** (aide-soignant au C.H.R.U. de Lille) pour tout ce dont j'ai été témoin à ses côtés, à titre professionnel et individuel. Je n'oublie pas ses collaborateurs émérites.

Les patients constituent les pierres de cet édifice, leur discours en est le ciment, la construction qui en découle s'enracine dans leurs histoires. Nous espérons avoir été un artisan à la hauteur de leur confiance, nous leur adressons toute notre gratitude.

Durant le parcours de ces dernières années, nous avons été soutenus, rassurés, encouragés à différentes étapes par des personnes qui me sont précieuses. Je pense tout particulièrement à ***Danièle DEPRET***, au Professeur ***Philippe SCHERPEREEL***, à ***Audrey VASSEUR***, à ***Antoine VERSTRAET***, à ***Sandrine BOURRIEZ***, à tous j'adresse toute ma gratitude, vous avez tous ce point commun de savoir prendre soin de *l'autre* ; à certains moments, je suis conscient d'avoir été cet autre.
Pour ce qui est du quotidien, mes pensées vont à mon épouse ***Élise QUEVA,*** qui a contribué dans une large part à ce que ce travail aboutisse.

Pertuis, le 7 juin 2017
Gilles QUEVA

Sommaire

CITATION 9

PROLOGUE 10

QUELQUES PRÉCISIONS SUR LES CAS CLINIQUES QUI ÉGRAINENT CE TRAVAIL 12

PROBLÉMATIQUE 14

PARTIE 1 : ÉTAT DES LIEUX THÉORIQUE 18

CHAPITRE 1 : LA THÉORIE FREUDIENNE 18

1.1 INTRODUCTION 18
1.2. LA PSYCHANALYSE : FONDEMENTS ÉPISTÉMOLOGIQUES 21
1.2.1. La psychanalyse comme science ? 22
1.2.2. Inconscient 24
1.2.3. Les frontières des instances psychiques 27
1.2.4. Le point de vue économique 29
1.2.5. Évolution de l'appareil psychique freudien : seconde topique 29
1.2.6. Elaboration de la pulsion 30

CHAPITRE 2 : LE TRAUMATISME PSYCHIQUE 44

CHAPITRE 3 : LA MORT 55

3.1. TENTATIVE DE DÉFINITION 55
3.2. LA MORT À L'HÔPITAL : RAPPORT DE L'IGAS 57
3.3. L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE 58
3.3.1. Avènement des soins palliatifs en France 58

PARTIE 2 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE 77

CHAPITRE 1 : LE LIEU DE RECHERCHE : L'HOSPITALISATION A DOMICILE 77

1.1. INSTITUTION 77
1.2. LE SERVICE D'HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD) 77
1.3. LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN EN H.A.D. 78
1.4. LA RENCONTRE EN H.A.D. 81
1.5. FIN DE PRISE EN CHARGE 84

CHAPITRE 2 : LA DÉMARCHE CLINIQUE 85

2.1. L'ÉCOUTE 86
2.2. LE TRANSFERT, OUTIL PRIMORDIAL 86
2.2.1. Travers d'un transfert qui peut ne plus en être… 90

CHAPITRE 3 : LES RENCONTRES CLINIQUES DE NOTRE TRAVAIL DE RECHERCHE 92

3.1. ÉTENDUE GÉOGRAPHIQUE 92
3.2. SPÉCIFICITÉ DU DOMICILE 93
3.3. LA PLACE DU PSYCHOLOGUE 95
3.4. LE TISSAGE D'UN LIEN - UNE RENCONTRE 96
3.5. ÉLÉMENTS DE LA RENCONTRE 98
3.6. PROPOSITIONS À LA RENCONTRE 98
3.6.1. La disponibilité 98
3.6.2. Chemin faisant : « l'allusivité » 99
3.7. TRAVAIL DE CONCERT AVEC LES SOIGNANTS 102

4. QUELQUES RÉFLEXIONS SUR NOTRE CLINIQUE 106

4.1. LA NOTION D'AURA 106

4.2. PARADOXE DE LA TEMPORALITÉ 107
4.3. ÉCLAIRAGE DE NOTRE SOUS-TITRE 108

5. DIGRESSION : DE L'OBSERVATION À LA LOGIQUE D'UNE SCIENCE 109

5.1. PENSER LA CLINIQUE 109
5.2. DIALOGUE ENTRE LE PHYSICIEN ET LE PSYCHANALYSTE 110

6. RETOUR À LA PSYCHANALYSE 112

6.1. QUELLE LOGIQUE ? 112
6.2. DE LA PREUVE À LA VÉRITÉ 115
6.2.1. Question du "désir" sous un éclairage phénoménologique 117
6.2.2. Ce désir qui nous échappe 119
6.2.3. Concept pour notre clinique 120

PARTIE 3 : ARTICULATION THÉORICO-CLINIQUE 122

CHAPITRE 1 : LA RENCONTRE DU TRAUMATISME PSYCHIQUE EN H.A.D. 122

1.1. CRISTALLISATION EXCESSIVE 125
1.2. L'ÉVÉNEMENT STRESSANT N'EST PAS TOUJOURS CELUI QUE L'ON SOUPÇONNE 128
1.3. TRAUMA/POSITIF 129

CHAPITRE 2 : LE DEUIL : PROCESSUS À VIVRE PAR ÉTAPE ? 132

2.1. DEUIL BLOQUÉ PAR UN SAVOIR OPÉRANT 132
2.2. LORSQUE L'ARRÊT DES TRAITEMENTS GÉNÈRE COLÈRE ET AGRESSIVITÉ CONTRE L'AUTRE MÉDICAL. 134
2.3. DEUIL ET PHASES 137
2.4. DEUIL EN PHASES 142
2.5. INFLATION DES ÉTAPES 144
2.6. UNE COLÈRE PERPÉTUELLE ? 150

CHAPITRE 3 : DEUIL ET TRAUMATISME 151

CHAPITRE 4 : LA PULSION DE MORT 158

CHAPITRE 5 : PENSER LA MORT, PENSER SA MORT 161

CHAPITRE 6 : LA MORT ET LA MÉDECINE 164

6.1. LA MORT EN INSTITUTION 165
6.2. LA MORT ET LÉVINAS 170

CHAPITRE 7 : LA PLACE DU LANGAGE 173

CHAPITRE 8 : LE DEUIL, UNE DÉCHIRURE, UN ARRACHEMENT… ? 180

8.1. LE DEUIL COMME SYMPTÔME DU DYSFONCTIONNEMENT PULSION DE VIE/MORT ? 181

ÉLÉMENTS DE CONCLUSION 186

BIBLIOGRAPHIE 199

TABLE DES MATIÈRES 214

Citation

« Les quelques pages de démonstration qui suivent
tirent toute leur force du fait que l'histoire est entièrement vraie,
puisque je l'ai ***imaginée**** d'un bout à l'autre. »

Boris Vian, *l'écume des jours*
La Nouvelle-Orléans.
10 mars 1946

* Pour introduire notre cheminement, nous avons cherché comment rendre hommage aux patients qui nous ont accompagnés dans l'élaboration de ce travail et qui ne sont plus là physiquement, pour que la chaine du partage soit bouclée… Nous avons trouvé ce propos de Boris Vian (Vian, 1946, p. 5), que nous énonçons à notre tour, mais dont nous nous permettrons de préciser, que dans notre cas, l'utilisation du terme « ***imaginée*** » est à entendre en référence à l'*imaginaire* Lacanien… comment pouvait-il en être autrement ?…

Prologue

Avant de rentrer dans le vif du sujet, il m'apparaît nécessaire de témoigner du chemin parcouru, en tant que psychologue clinicien, pour débuter ce travail.

À l'origine, notre clinique est celle des enfants potentiellement victimes de maltraitance. L'objectif de ce travail était de tenter d'évaluer la nature du changement et des dysfonctionnements potentiels considérés comme traumatiques et de proposer des pistes de prises en charge.

Sur la fin de ce parcours exclusivement pédiatrique, je me suis retrouvé dans un laboratoire d'éthique médicale, à suivre des enseignements sur « La prise en charge des victimes et des auteurs d'agressions ». Il m'est apparu nécessaire de tenter de mettre de l'ordre dans tous les enseignements permis par ma rencontre avec les enfants, les parents et les professionnels mobilisés dans leur prise en charge.

C'est comme psychologue clinicien exerçant dans un contexte toujours hospitalier, mais dont la visée était en grande partie, les soins palliatifs à tous les âges de la vie, que je me suis trouvé dans des situations à devoir repenser ma clinique, avec les questions que venait soulever l'éthique médicale. En formulant cette question d'une façon plus globale, je l'énoncerais ainsi : *« comment penser le soin, l'accompagnement de sujets en potentielle vulnérabilité, de façon adéquate et complémentaire, avec des prises en charge relevant des missions de l'hôpital ? »*

Ce questionnement est survenu avec ce changement radical dans ma clinique. Cela fait sept ans que je travaille en hospitalisation à domicile (HAD). Mes principales missions dans ce nouveau service sont la rencontre et l'accompagnement de patients et de leur entourage pris en charge par l'HAD. Plus spécifiquement, relevant d'une prise en charge palliative (pédiatrie, péri natalité, adulte).

Pour la grande majorité de ces prises en charge, trois points singuliers sont à rappeler :

- Le premier est que toutes ces prises en charge ont lieu au domicile du patient.
- Le second est, que dans la majorité des situations, les potentialités que la

médecine avait d'atteindre l'objectif d'une guérison pour le patient, ne sont plus d'actualité.

- Et en dernier lieu, outre l'accompagnement du patient et de son entourage, le soutien et l'aide psychologique pour l'équipe soignante.

Pour le dire d'une façon plus explicite, ces patients vont relever, à plus ou moins moyen ou court terme, d'une prise en charge palliative, si ce n'est déjà le cas.

Mon passage dans un laboratoire d'éthique médicale m'a permis d'entendre les questions, les réflexions de certains médecins. Ces enseignements universitaires dont j'espérais qu'ils me permettent d'ordonner, d'articuler le fruit de mon expérience, ont eu pour effet de dévoiler de nouvelles questions.

Comment penser l'éthique dans le soin médical, tout en conciliant les impératifs dictés par la loi, leur code de déontologie, leurs pratiques et surtout, le poids de leur héritage et représentations professionnelles ?

Dans le milieu médical, il m'est apparu que la mort reste un sujet sensible. Dans notre institution hospitalière, faisant suite à la publication du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales « sur la mort à l'hôpital », l'idée a germé de constituer un groupe de travail pour justement réfléchir sur la place de la mort à l'hôpital. Cette idée trouva un écho favorable auprès de plusieurs professionnels. Ce groupe tenta de s'organiser dans les interstices des emplois du temps surchargés des professionnels de santé. Intéressé par le fruit du travail de ce groupe, je suis resté attentif… Au bout de plusieurs mois, force m'a été donnée de faire le constat que ce groupe de travail semblait « mort-né » avant même d'avoir complètement vu le jour. Surpris par l'issue de cette initiative, j'ai tenté de trouver une explication. L'une des réponses qui m'a été donnée : *« vous savez, les médecins n'aiment pas beaucoup parler de la mort, pour eux, c'est bien souvent synonyme d'échecs ; quand un patient décède, c'est qu'on n'a pas réussi à le guérir… ».* Je n'ai pas été vraiment surpris par cette explication, elle avait le mérite de venir mettre des mots sur un ressenti, souvent rencontré dans le milieu médical.

Pour le sujet qui nous préoccupe, nous allons tenter d'apporter un éclairage, ou en tout cas, tenter d'éclairer des pistes avec les outils et la logique que nous offre la psychanalyse…

Quelques précisions sur les cas cliniques qui égrainent ce travail

Lors de la rédaction de ce travail, que je veux résolument inscrit dans ma clinique, une question s'est posée en marge de celui-ci. J'ai, à plusieurs reprises, été interpellé par mon directeur de recherche sur la façon de présenter les rencontres cliniques, afin de les rendre "plus vivantes". Le conseil donné était d'y apporter certains détails contextuels, pour permettre au lecteur de se représenter au mieux la rencontre, et ainsi l'aider à cheminer dans la logique du travail. Conseil avisé, s'il en est, mais la récurrence de cette demande est venue, une nouvelle fois, m'interpeller sur ce qui semblait être une demande dans laquelle j'avais des difficultés à m'inscrire ; d'autant qu'il me faut reconnaître mon admiration pour le travail, le discours et le style des écrits de madame Ginette Raimbault. Les écrits de cette clinicienne étant pour moi un exemple.

Malgré l'admiration, force est de constater que les mécanismes identificatoires, qui existent en chacun de nous, ne s'opéraient pas dans le cas présent de la rédaction de ma clinique. Ma première réponse très défensive m'a amené à penser "à chacun son style", mais il a fallu remettre sur le métier cette question (certainement aidé par la récurrence de la demande à le faire évoluer).

Cela fait plusieurs années que ce travail universitaire a débuté. En travaillant sur ce dernier, de nouvelles associations apparaissent, des éléments semblent superflus, d'autres mal présentés... Ce fut un échange avec un confrère qui, venant interroger la confidentialité nécessaire que doivent avoir nos écrits, est venu me rappeler une situation clinique qui, je pense, permet de venir éclairer de façon pertinente mon propos.

Je rencontre M. ETHOS, non pas à son domicile (comme c'est pratiquement toujours le cas pour mon activité au sein de l'H.A.D.), mais dans un bureau au sein de cette structure. M. ETHOS vient de perdre sa femme, qu'il ne m'a pas été possible de rencontrer. M. ETHOS est un homme d'une cinquantaine d'années, il est venu me voir sur les conseils et l'insistance de l'équipe soignante qui s'est occupée de sa femme. Il a donc pris rendez-vous auprès du secrétariat de l'H.A.D. afin de me rencontrer. M. ETHOS a un visage peu expressif, avec un regard fixe, il s'assoit en face de moi, sans retirer sa veste et m'explique brièvement les raisons de sa présence. Ses propos sont précis et toujours appuyés par son regard. Je l'interroge sur ce qu'il attend de cette rencontre. À cette question, il répond sans ambages "je ne sais pas" tout en précisant qu'il suit le conseil de l'équipe soignante. Après un silence,

M. ETHOS me pose la question "mais vous faites quoi de ce que les gens peuvent vous dire ?" Je lui demande de préciser sa question, tout en le rassurant sur le fait que ses propos ne figureront pas dans un dossier médical. C'est à ce moment que M. ETHOS me demande si je n'utilise pas les personnes que je rencontre comme des cobayes. Il enchaîne en m'expliquant qu'il a fait une recherche sur internet à mon sujet et il sait que je fais un travail universitaire sur le deuil et il ne veut pas être un cobaye. Je crois me souvenir avoir confirmé mon engagement dans une recherche universitaire et cela s'inscrivait dans une volonté de ma part de prendre du recul sur ma pratique professionnelle... Quelques minutes plus tard, M. ETHOS prenait congé en me précisant qu'il ne pensait pas que je puisse l'aider en quoi que ce soit.

Cette rencontre eut pour effet de m'amener à me questionner sur la façon dont je pouvais témoigner au mieux de mon cheminement dans ma clinique, sans trahir le caractère confidentiel des rencontres humaines qui sont au cœur de mon activité professionnelle. L'un des moyens que nous avons trouvés est de tenter de témoigner au plus juste des effets de ces rencontres sur ma personne (il serait peut-être plus juste de dire sur ma psyché) et en quoi ces rencontres sont venues aiguiser, écarter, conforter ou émousser une sensibilité malgré moi. La seule chose sur laquelle il me semble avoir une petite emprise est la façon dont je m'autorise à venir témoigner de ces précieuses rencontres.

Problématique

Sur un ton calme et un visage détendu, Monsieur P. m'adresse ces mots *« ... je sais ce qui m'attend… je vais mourir… ça ne se passera pas bien je le sais, ça peut pas se passer bien… »*

« Je ne veux pas faire mon deuil ! Je ne veux pas oublier ! »

furent les premiers mots de la fille de Monsieur O. lors de notre rencontre, deux semaines après le décès de son père.

« Il n'avait pas le droit de mourir ! S'il n'y avait pas notre fils, je me serais déjà foutue en l'air !!! »

Tels furent les propos de Madame N. lors de notre rencontre, quinze jours après le décès de son mari.

[dœj] - [mɔʀ] - [tʀoma]

Tels sont les phonèmes récurrents dans notre clinique, en relation avec des patients relevant d'une prise en charge de la médecine palliative. Ils ne sont pas toujours énoncés à proprement parler, mais évoqués, sous-entendus, éludés ; à moins qu'ils soient suggérés par des périphrases.

Cette association de phonèmes dans la langue française renvoie à des entrées dans le dictionnaire, mais ces derniers semblent être autre chose, quand ils parviennent à sortir de la bouche d'un sujet qui tente de mettre un sens à ce qui semble être vu de l'extérieur comme un

ouragan intérieur. Ces sons que l'on pourrait prendre pour de simples mots demandent bien souvent une énergie phénoménale à être pensés, évités, esquiver, ou tout simplement énoncés**.**

C'est ainsi que nous nous sommes mis au travail, avec le constat d'un dénominateur commun que constitue l'expression des affects des patients, des familles et des soignants confrontés à ce triptyque :

[dœj] - [mɔʀ] - [tʀoma]

Quelle peut être la charge émotionnelle attachée à ces signifiants qui, justement, lorsqu'ils deviennent des mots, semblent permettre au sujet de canaliser en partie un χάος[1] dévastateur ? Or, il y a un paradoxe, lorsqu'on essaie d'articuler le trauma et ses effets et les pulsions (telles qu'elles ont été repensées par Freud avec la seconde topique).

Comment penser aujourd'hui au XXIe siècle, ce que l'on tente d'exprimer dans les mots "deuil", "mort" et "traumatisme psychique", ce qui en découle quand le sujet y est confronté dans son actualité propre ?

Dans un contexte de soins, la clinique avec les patients que nous rencontrons, si la situation nous y autorise, nous confronte au langage du Sujet (pour le dire plus précisément, leur propre langage par l'entremise de leur discours). Ces questions, qui finissent par émerger de la rencontre singulière avec le patient et viennent s'incarner dans leurs discours, n'appellent en aucune façon des réponses s'inscrivant dans une logique objective, mais selon nous, une posture d'écoute dans l'accueil d'une parole (où une vérité du sujet peut se révéler) dont nous allons tenter de préciser la spécificité.

Elles viennent dévoiler et mettre en résonance cette part intime, dont, bien souvent, nos mécanismes de défense nous protègent, avec celle du patient qu'un événement traumatique est venu faire affleurer dans sa vérité psychique, quand elle n'est pas noyée, recouverte par l'expression somatique et trop souvent pathologique du corps.

[1] Chaos

Notre clinique nous confronte quotidiennement à des patients dont les questions en lien avec la mort ne peuvent être évitées. Qu'il s'agisse potentiellement de la leur — dans ce cas, il serait plus juste de parler de leur peur de la mort — ou de celle d'une personne qui tient ou qui a tenu une place importante dans leur vie.

Dans ce mouvement perpétuel qu'est la vie, l'histoire de chacun est intriquée dans l'histoire d'un groupe lui-même, s'inscrivant dans des traditions ; comment intégrer le fruit de ces changements perpétuels dans l'accompagnement des patients et de leurs proches ?

Mme R. est une dame d'une cinquantaine d'années que nous accompagnons, suite au décès de son fils de 31 ans. Très rapidement Mme R. fera une remarque lors d'un entretien de suivi de deuil :

« ça sert à rien que je vous pose des questions, vous ne répondez jamais… »

Malgré ce reproche, Mme R. viendra à toutes nos rencontres bimensuelles, prétextant que cela lui fait du bien de venir parler.

Au bout de plusieurs mois, elle fera ce commentaire :

« en fait, vous ne pouvez pas répondre à mes questions, vous n'êtes pas à ma place ! »

Ces éléments formulés, il nous apparaît évident que toute question posée par le patient est une demande. Comment entendre une demande dans un moment potentiellement délicat sans être tenté d'y répondre ? Comment prendre soin de cette demande, sans ajouter à la détresse de celui qui est parvenu à formuler une part de lui à travers ses mots ?

Nous allons tenter de mettre à l'épreuve le fruit de toutes ces interrogations, en venant interroger, dans un premier temps, les outils de la théorie psychanalytique.

Pour essayer de répondre à ces questionnements cliniques, nous allons exposer les jalons théoriques qui nous ont aidés dans l'élaboration de notre travail, à savoir la théorie freudienne. Nous développerons des éléments théoriques fondamentaux tels que l'inconscient, les pulsions, le traumatisme.

Ces éléments théoriques seront repensés sous l'influence de représentations sociales actuelles que sont les regards de notre société sur la fin de vie et la mort.

Dans un second temps, nous exposerons le cadre dans lequel cette thèse s'est inscrite, à savoir le travail et les rencontres du psychologue en H.A.D. et, par voie de conséquence, la façon dont nous nous sommes appropriés cette tâche en tant que psychologue clinicien.

Pour la troisième partie, nous avons fait le choix de revenir encore et toujours à la clinique pour repenser, moduler, assouplir le cadre de la théorie.

Les auteurs, que nous convoquons tout au long de ce travail, ont une part non négligeable dans les ressources que nous convoquons dans notre activité.
Il nous faut reconnaître qu'une fois dans l'action, c'est dans la rencontre que nos véritables maitres sont et demeurent ces hommes et ces femmes qui nous accordent suffisamment de confiance pour nous faire une place à leur côté, dans cette histoire unique et singulière qu'est leur vie.

Partie 1 : État des lieux théorique

Chapitre 1 : La théorie freudienne

1.1 Introduction

En 2006, le philosophe Luc Ferry a été invité pour présenter son dernier livre « Apprendre à Vivre » (édition PLON) et dans l'interview qu'il a donnée au sujet de son livre, et dans lequel il parlait de la philosophie et de l'approche de la philosophie, il considérait que selon lui, il existait trois façons d'appréhender le monde :

La première étant un éclairage que la religion peut donner.

La seconde, l'éclairage est donné par la philosophie.

Et pour la troisième, il considérait que l'éclairage était amené par la psychanalyse. Dans son cas, son choix était celui de la philosophie.

Pour notre part, nous considérons qu'il a peut-être omis une quatrième, qui serait celle de la science. Nous allons tenter dans les pages qui suivent de définir, en contrepoint de ce qui est communément appelé la science, le chemin emprunté par Freud.

Pour cela, nous introduirons notre travail avec des propos de Freud, où il s'est exprimé à deux reprises pour tenter de définir ce qu'était la psychanalyse.

La première était en 1910, et la façon qu'il a eu de tenter d'expliquer la psychanalyse était, lors d'une conférence qui a donné lieu à cette retranscription, qu'on appelle « Sur la psychanalyse » ou « De la psychanalyse ». Une conférence qu'il a donnée aux États-Unis.

La deuxième fois qu'il a tenté de définir la psychanalyse : il s'agissait d'une commande pour un article dans une encyclopédie. Cette fois-ci, ce n'était donc plus une tentative à travers un discours oratoire, mais plutôt l'élaboration à l'écrit pour une revue scientifique, à vision scientifique.

Dans notre cas, nous allons nous référer à la première, peut-être par souci d'être au plus près du langage, en tout cas de l'interaction de la parole.

Dans cette conférence, il dit *: « La psychanalyse, tel un ramonage de l'âme, on peut obtenir encore plus qu'une élimination passagère des altérations animiques toujours récurrentes »* (Freud, 1910, p. 9).

Les mots que Freud utilise pour tenter de définir la psychanalyse dans cette phrase, nous pouvons considérer qu'il est allé les emprunter à cette autre discipline séculaire qu'est la philosophie.

Il parle de *ramonage de l'âme, d'altération passagère animique*. Nous rappellerons que la notion d'âme, on peut la retrouver dans le travail de Platon[2] qui opposait l'âme et le corps, notion dont nous pensons qu'il fut le terreau de bien des religions ; dans cette affirmation, nous avons à l'esprit le mythe de la caverne dans le livre VII de *la République* de Platon, (Platon, 2002, p. 363). Cette notion d'« âme » a continué d'évoluer. La dichotomie âme/corps fut questionnée par des auteurs, tel Averroès[3], lecteur et commentateur d'Aristote (les commentaires se rapportant à l'âme furent condamnés par l'église). Au sujet d'Averroès, J-B. Brenet nous rappellera *« le commentateur ajoute, innove »* (Brenet, 2015, p. 27) dans sa lecture d'Aristote. À ce propos, nous rappellerons que pour les Grecs anciens, la notion d'« âme » était légèrement différente de celle communément véhiculée par le christianisme (chez les Grecs, l'âme était une caractéristique du vivant sublunaire : les animaux et les végétaux, et extra lunaire : les astres).

Dans la seconde partie de la citation de Freud, *élimination passagère des altérations animiques*, nous y voyons l'attachement de ce dernier à une discipline autre que la philosophie, celle de la médecine. Freud étant lui-même médecin, on peut y voir peut-être un soubresaut de sa part, de tenter de rapatrier le médecin du côté du soignant.

La psychanalyse ne nait pas de façon spontanée, elle s'inscrit dans une histoire de la pensée et d'une science, la science médicale. Mais on peut venir poser la question de l'utilité de la psychanalyse.

Quelle est son objectif, malgré ce que Freud nous en dit ? Nous pensons qu'il serait juste de dire qu'elle tente, au même titre que la philosophie, de trouver du sens à ce qui nous arrive.

Au même titre que la médecine, elle est préoccupée par les affres qui viennent tyranniser les hommes et elle tente de trouver des causes, en supposant qu'à la lumière de ces

[2] philosophe grec, -428/-348
[3] philosophe musulman, 1126-1198

dernières, on pourra trouver des réponses pour soulager la souffrance de nos patients. Mais pour la psychanalyse, les réponses ne sont pas celles du thérapeute, mais celles que le patient parvient à forger dans sa relation de transfert avec l'analyste.

La psychanalyse se questionne donc sur des choses qui relèvent de l'intime, qui s'expriment au travers des sentiments, des affects, etc.

Par sentiments, on peut entendre l'amour, le désir, la haine… Le vingt et un mars 2015, Juan-David Nasio énonçait ces propos en ouverture de la conférence qu'il allait présenter *« Quand j'ai commencé à préparer cette conférence, je n'imaginais pas qu'elle m'amènerait à la conclusion que la définition la plus juste de la psychanalyse était d'être la science du conflit de soi avec soi-même. »*

Elle vient se questionner également sur nos perceptions et les effets de ces dernières, ces effets pouvant être délétères. Si des liens avec la philosophie pourraient être saisis, nous distinguerions deux différences fondamentales, même si le questionnement peut sembler analogue.

La première différence étant la visée d'un traitement, Freud était un médecin.

La seconde, c'est la manière de construire ce nouveau savoir. Quand nous nous intéressons aux différents textes philosophiques et à leurs auteurs, il nous apparaît que ces auteurs, suite à des observations, à des réflexions, sont amenés à construire un système, une représentation du monde.

Dans le cadre de la psychanalyse, le savoir qui est produit par ce système, mis en lumière par Freud, ne peut que voir le jour dans la rencontre avec un patient. En le formulant autrement - pour révéler un savoir opérant, le patient ne peut y parvenir que dans la rencontre d'un tiers, baigné dans une relation transférentielle.

Pour résumer notre propos, nous dirons que la psychanalyse est une tentative de trouver une théorie avec le patient en souffrance. Elle s'inscrit donc en contre point de l'élaboration d'un travail global.

Notre travail, dans la démarche universitaire qui est la nôtre, pourrait être considéré comme une théorie globale au même titre que ce que tente la philosophie.

Mais notre théorie n'a de validité que remise en question dans l'actualité de la rencontre clinique avec un patient. Sans ce dernier point, elle serait une théorie morte et stérile.

Elle nous contraint à remettre sur le métier l'ouvrage perpétuellement repensé dans la rencontre de nos patients. Nous pensons que notre travail présente, comme principal intérêt, celui de venir faire témoins, éventuellement dans un second temps, d'initier à son insu, une pensée, une association d'idées qui se retrouvera être un élément dans une future relation transférentielle.

La psychanalyse n'existe que dans l'instant où un analyste écoute son patient et que ce dernier s'autorise à exister dans cette écoute.

Elle tente de comprendre les mécanismes qui génèrent nos actions et ainsi apporter un éclairage sur le produit de nos actions. Cette tentative, nous ne cesserons de le répéter, ne peut se produire que dans l'instant de la rencontre, l'après-coup ne permettant que de formaliser l'émergence d'un savoir, que l'on espère salvateur pour le patient.

Nous tenterons d'être encore plus clair en le formulant avec d'autres termes : l'approche analytique tente de comprendre le désir chez l'homme, ce qu'il génère, ce qu'il implique, ce qui le constitue et les effets de ce dernier dans le contexte énoncé dans la parole du patient et avec l'écoute de l'analyste.

1.2. La psychanalyse : fondements épistémologiques

> *" L'hypothèse de processus animiques inconscients, la reconnaissance de la doctrine de la résistance et du refoulement, le prix accordé à la sexualité et au complexe d'Œdipe sont les contenus principaux de la psychanalyse et les fondements de sa théorie, et qui n'est pas en mesure de souscrire à tous, ne devrait pas se compter parmi les psychanalystes " (Freud, 1923a, p. 196)*

Il nous apparaît nécessaire de faire quelques rappels sur des éléments qui constituent notre cadre de référence de réflexion.

Même si cette citation, empruntée à Freud dans son texte rédigé en 1922 (publié en 1923) « Psychanalyse » et « Théorie de la libido », nous semble explicite, nous allons tenter de donner des éléments qui pourraient constituer des prolégomènes aux propos freudiens précités.

1.2.1. La psychanalyse comme science ?

L'une des plus célèbres réfutations est celle de Karl Potter en 1962. La doctrine freudienne est *"réduite à une simple herméneutique et que sa méthode est une technique chamanisme de l'influence consistant à agir sur le malade par simple suggestion"* (cité par Roudinesco, 2000, p. 839). Dans la même veine, Krafft-Ebing, psychiatre allemand, qualifiait de « *fine fairy tale* » en mai 1896, l'approche proposée par Freud dans une conférence sur l'étiologie de l'hystérie (Postel, 2017). Pour rappel, Krafft-Ebing était professeur de psychiatrie à Vienne, rendu célèbre en 1886, avec un ouvrage sur les troubles sexuels et leurs implications médico-légales (Krafft-Ebing, 1895). Il est celui à qui l'on doit la notion de masochisme. Freud reprendra cette notion dans sa théorie, en lui apportant un éclairage psychopathologique (Freud, 1924) absent du travail de son devancier.

Ce débat n'est pas l'objet premier de notre travail, mais il apparait important d'apporter quelques éléments afin de dissiper certains points qui, selon nous, ont contribué à alimenter un discours de « sourd » dès qu'il est question de psychanalyse. Nous rappellerons néanmoins que le terme « science » est emprunté au latin *scientia* qui signifie « connaissance ».

Par extension, André Lalande nous rappelle que l'utilisation du terme "scientifique" prend *« une extension laudative, se dit d'une méthode sûre, à laquelle on peut se fier ; d'une vérité qu'on juge solidement établie par de bonnes preuves ».* (Lalande, 1997, p. 959).

Arguments de Freud

À ces critiques sur la psychanalyse, fondées sur des représentations et conceptions de la science, forgées par des analogies avec des disciplines antérieures à la psychanalyse et qui ont contribué à construire le champ sémantique qui constitue la notion de « scientifique », Freud rappellera des éléments fondamentaux sur l'organisation de cette dernière :

« Elle s'attache bien plutôt aux faits de son domaine de travail, cherche à résoudre les problèmes immédiats de l'observation, s'avance en tâtonnant en suivant l'expérience, est toujours inachevée, toujours prête à aménager ou modifier ses doctrines. Elle supporte, aussi bien que la physique ou la chimie, que ses concepts suprêmes soient sans clarté, ses présuppositions provisoires, et elle attend de son travail futur une détermination plus

rigoureuse de ceux-ci. » (Freud, 1923a, p. 203-204)

En 1925, Freud écrit un article « Psychanalyse » qui sera intégré l'année suivante, dans la 13e édition de l'Encyclopaedia Britannica.

Dans la première partie de cet article, Freud fait un bref rappel du contexte de la naissance de la psychanalyse. Il précise ce que recouvre en 1925 le terme de psychanalyse :

« 1. une méthode de traitement particulière des souffrances névrotiques,

2. la science des processus animiques inconscients, qui est également nommée avec pertinence « psychologie des profondeurs ». (Freud, 1926b, p. 288-296)

Dans la seconde partie, il va s'appliquer à définir le contenu de la psychanalyse, son champ d'application, les efforts importants nécessaires aux soignants pour se former à la psychanalyse.

Il rappelle aussi trois dimensions fondamentales de la psychanalyse :

« La psychanalyse comme psychologie des profondeurs considère la vie d'âme de trois points de vue : dynamique, économique et topique. » est ce qu'il nomme les trois piliers de la psychanalyse : *« La doctrine des névroses analytiques repose sur trois piliers : 1. la doctrine du refoulement (répression), 2. celle de la significativité des pulsions sexuelles, 3. celle du transfert (transference). »*

Il y définit ainsi les trois dimensions :

- Dynamique : *« L'analyse de l'observation conduit à mettre en place deux groupes de pulsions, celles appelées pulsions du moi, dont le but est l'auto-affirmation, et les pulsions d'objet qui ont pour contenu la relation à l'objet. » (Freud, 1926b,* p. *291)*

- Économique : *« Le cours des processus animiques est automatiquement régulé par le principe de plaisir-déplaisir, le déplaisir étant ici de quelque façon, en corrélation avec un accroissement, le plaisir avec un décroissement de l'excitation. » (op. cit.,* p. 292)

- Topique : *« L'appareil animique se subdivise en un « ça » qui est le porteur des notions pulsionnelles, en un « moi » qui constitue la part la plus superficielle du « ça », modifiée par l'influence du monde extérieur, et en un « sur-moi » qui, procédant du « ça », domine le « moi » et représente les inhibitions pulsionnelles caractéristiques de l'être humain. »* (*op. cit.*, p. 292)

1.2.2. Inconscient

À la fin du XIXe siècle, le terme d'inconscient existe. Il a déjà été utilisé par plusieurs auteurs et dans différentes disciplines. Il apparaît dans le dictionnaire de l'Académie Française, depuis 1878. La façon dont il est utilisé renvoie principalement à deux notions. La première de façon privative, par exemple, un objet n'a aucune conscience. La seconde de façon déficitaire, en considérant un être incapable de revenir sur lui-même, dans l'impossibilité de se juger. Dans le langage courant, il entretient une grande similitude avec la notion d'ignorance.

Nous rappellerons que la seconde moitié du XIXe siècle correspond à la période où les médecins s'intéressent, étudient et tentent de comprendre les maladies mentales et nerveuses.

C'est en 1882, en France, que Jean-Martin Charcot est nommé à la Chaire de clinique des maladies nerveuses, créée à l'initiative de Léon Gambetta. Charcot présente ses recherches sur les états nerveux déterminés par l'hypnotisme, dans une conférence à l'Académie des sciences.

Deux ans plus tard (en janvier 1884) à Vienne, Freud, alors jeune médecin diplômé depuis trois ans, va prendre en charge une patiente atteinte de maladie nerveuse.

L'année suivante, ce jeune médecin obtiendra une bourse universitaire pour venir étudier à Paris. Le 13 octobre 1885, il débute un stage de cinq mois avec Jean-Martin Charcot, à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris.

À cette époque, l'hypnose est l'un des outils privilégiés investis par le corps médical pour appréhender les maladies nerveuses. Nous pensons que ce dernier va offrir à Freud la possibilité de repenser la notion d'inconscient.

Comme le rappelle Louis Althusser (1976, p. 13), Freud va devoir *« pour s'exprimer dans des termes de Kant : Freud dut penser sa découverte et sa pratique dans des concepts importés, empruntés à la physique énergétique, alors dominante, à l'économie politique et à la biologie de son temps. »*

Nous considérons que, de façon officielle, Freud va marquer sa différence avec les travaux de Charcot en 1896, dans une publication en français sur « L'hérédité et l'étiologie des névroses ». Ce texte, écrit au tout début de l'année 1896, où il se positionne clairement vis-à-vis de l'enseignement de Charcot par sa phrase d'introduction : *« Je m'adresse*

spécialement aux disciples de J.-M. Charcot pour faire valoir quelques objections contre la théorie étiologique des névroses qui nous a été transmise par notre maître. » (Freud, 1896a, p. 107). En étudiant la correspondance de Freud avec son ami Fliees, nous constatons que cet article est précédé de quelques mois par un essai où Freud tente d'apporter des explications sur les mécanismes qui régissent selon lui les fonctionnements de l'inconscient.

Freud n'a donné aucun titre à cet essai, il est communément traduit en français par « Esquisse d'une psychologie scientifique »[4].

L'hypnose abandonnée, Freud va se concentrer sur l'étude de l'inconscient et des lois qui le régissent. Son terrain d'investigation va être les mécanismes des rêves. Son travail sur ces derniers va lui permettre de formaliser ce qui sera la première étape de la théorie psychanalytique, dans le chapitre sept de l'interprétation des rêves. Cette étape est communément appelée la première topique freudienne.

1.2.2.1. Inconscient freudien

Si l'hypnose a très certainement permis à Freud d'appréhender l'inconscient comme un concept, et par voie de conséquence, de devenir un objet d'étude, c'est en prenant des distances avec cet outil qu'est l'hypnose que va advenir la psychanalyse.

Nous abonderons dans le sens de Louis Althusser, lorsqu'il parle de la spécificité de la psychanalyse et de son objet : *« Il suffit de reconnaître cette spécificité, donc la distinction d'objet qui la fonde, pour reconnaître à la psychanalyse un droit radical à la spécificité de ses concepts, ajustés à la spécificité de son objet : l'inconscient et ses effets. »* (Althusser, 1976, p. 22-23)

Quinze ans après l'établissement de la première topique freudienne, Freud travaillait la rédaction d'essais ayant pour but *« une sorte de synthèse psychologique de ces conceptions antérieures »* (Freud, 1915c, p. 161). Pour mener à bien cette entreprise, Freud prévoyait douze articles.

Cinq seront rassemblés et publiés sous le titre de « Métapsychologie ». N'ayant aucune trace des sept restants, l'hypothèse fut formulée qu'ils furent détruits par Freud lui-même.

C'est en 1983, qu'en inventoriant à Londres des documents ayant appartenu à Sandor

[4] Publié en français en 1956 dans *La naissance de la psychanalyse* Paris: P.U.F.

Ferenczi, que l'on découvrit un manuscrit qui était l'ébauche du 12e essai de Métapsychologie. Sur la dernière page de ce dernier, daté du 28 juillet 1915, Freud laissait à Ferenczi la liberté de conserver ou non cette ébauche.

1.2.2.2. Une preuve empirique de l'inconscient freudien

C'est dans le troisième essai de Métapsychologie, qui en compte cinq, que nous trouvons ce que nous pensons être un étaiement empirique de la notion d'inconscient freudien. Dans cet article intitulé « L'inconscient », Freud rappelle un fait connu des effets de l'hypnose : *« ... les expériences hypnotiques, en particulier la suggestion post-hypnotique, ont démontré de façon tangible, avant même l'époque de la psychanalyse, l'existence et le mode d'action de l'inconscient dans l'âme. »* (Freud, 1915 c, p. 210)

Les hypnothérapeutes connaissent bien ce mécanisme. Dans un autre contexte, des spectacles de cabaret ont contribué à le faire connaître. Il s'agit de suggérer une action consciente, en réponse à un mot-clé à une personne en transe hypnotique, tout en suggérant à la personne de ne garder aucun souvenir de cette consigne, lorsqu'elle sera sortie de sa transe.

Les exemples sont légion, mais afin d'être parfaitement clairs, on peut considérer par exemple de demander à une personne en transe hypnotique de faire un clin d'œil à chaque fois qu'elle entendra le mot clef, et bien entendu, de ne garder aucun souvenir de cette consigne, une fois qu'elle sera réveillée.

Une fois éveillée, la personne va réagir en faisant un clin d'œil à chaque fois que le mot clef va être énoncé. La personne questionnée sur le fait qu'elle fait des clins d'œil sans motif apparent sera dans l'impossibilité d'expliquer pourquoi.

Cette situation vient mettre en lumière une question quant à la conscience et la responsabilité de nos actes découlant de notre conscience. Une personne ayant fait l'objet d'une suggestion post hypnotique est tout à fait capable de répondre de façon adéquate, par rapport à une consigne qui lui a été donnée (sous hypnose), mais interrogée sur les motivations de sa réponse, elle est incapable d'en donner une explication.

On peut donc affirmer que la réponse de cette personne découle d'une consigne qu'elle connaît, mais qu'elle est incapable de retrouver, malgré des efforts d'introspection

consciente ; si cette consigne, bel et bien présente dans les actions du sujet, est inaccessible à sa conscience, il nous apparaît cohérent d'envisager qu'elle soit mémorisée dans un lieu de la psyché que l'on pourrait appeler : inconscient.

De façon logique, nous pouvons envisager la psyché humaine clivée en deux parties, l'une consciente et l'autre inconsciente. Dans ces deux parties, se trouvent des éléments qui permettraient de comprendre la logique de nos pensées, de nos actions et de nos sentiments.

En étudiant le matériel fourni par les rêves, Freud nuancera subtilement cette dichotomie en considérant que la psyché humaine se subdivise en trois parties : l'inconscient, le préconscient et le conscient. Ces trois instances constituant la première topique freudienne.

Pour définir le préconscient, le matériel du rêve fut particulièrement précieux. Il arrive qu'une personne, s'éveillant non brutalement après un rêve, en garde un souvenir relativement précis.

Si cette personne, une fois éveillée, ne prend pas la précaution de consigner son rêve ou de le raconter, faisant en sorte d'inscrire son souvenir onirique dans sa conscience éveillée, il n'est pas rare que ce souvenir lui échappe, ne gardant ainsi que quelques traces ténues de sensations ou de fragments.

Le rêve ayant lieu lors de notre sommeil, on peut faire raisonnablement l'hypothèse qu'il est le fruit de notre inconscient. Si nous n'en faisons pas l'effort, ce souvenir peut échapper au conscient, tout en ayant flirté avec lui au moment du réveil.

Nous pouvons donc supposer que par sa présence, le souvenir du rêve n'est pas dans l'inconscient et que parce qu'il peut échapper à notre souvenir conscient, ce dernier (le souvenir du rêve) se trouve entre l'inconscient et le conscient ; ce lieu intermédiaire étant le préconscient.

Tout comme le suggère l'expérience post hypnotique, le conscient et l'inconscient interagissent. Il apparaît aussi que le contenu inconscient est strictement exclu de la conscience. Il a fallu que Freud pense les liens entre ces instances, leurs interactions, leurs interconnexions ; ce que Freud a nommé « *la logique dynamique de la psyché*. »

1.2.3. Les frontières des instances psychiques

Les trois instances psychiques étant définies, il fallait encore parvenir à penser leurs

limites, leurs frontières. La difficulté apparente que rencontre la circulation de l'information entre les instances psychiques est les éventuelles modifications qui pouvaient s'opérer sur l'information *« nous nous rappelons avoir reconnu dans la déformation de rêve une conséquence de la censure opérant le passage entre deux instances psychiques. »* (Freud, 1900, p. 214)

Après avoir posé les bases de l'appareil psychique (inconscient, préconscient, conscient), il était nécessaire de penser les interactions entre ces trois instances. Freud va partir d'un modèle qu'offre la physiologie en l'exprimant en ces mots : *« Celle-ci nous a fourni le concept du stimulus et le schéma-réflexe, selon lequel un stimulus apporté de l'extérieur au tissu vivant (la substance nerveuse) est éconduit vers l'extérieur par l'action. Cette action devient appropriée à une fin dans la mesure où elle soustrait la substance stimulée à l'action exercée par le stimulus et l'éloigne du domaine de l'action de stimulus. »* (Freud, 1915 c, p. 166). En partant de ce modèle, il va considérer qu'une stimulation à l'intérieur du psychisme (une image qui revient à l'esprit, une sensation, un souvenir) pas forcément en lien avec une stimulation physiologique immédiate, va provoquer une réaction en chaîne à l'intérieur même du psychisme.

Cette excitation dynamique à l'intérieur du psychisme étant portée par la pulsion, Freud faisait l'hypothèse que *« la pulsion serait un stimulus pour le psychique […] le stimulus pulsionnel n'est pas issu du monde extérieur, mais de l'intérieur de l'organisme lui-même. C'est pourquoi aussi, il agit différemment sur l'animique et exige, pour être éliminé, d'autres actions. »* (*op. cit.,* p. 166)

La pulsion lui permet ainsi de penser la partie dynamique du système psychique. *« …, la pulsion nous apparaît comme un concept-frontière entre animique et somatique, comme représentant psychique des stimuli issus de l'intérieur du corps et parvenant à l'âme […] Le but d'une pulsion est toujours la satisfaction, qui ne peut être atteinte que par la suppression de l'état de stimulus à la source pulsionnelle. »* (*op. cit.*, p. 169)

Dans la modélisation du concept de pulsions, Freud va faire la proposition de les différencier en deux groupes *« celui des pulsions du moi ou pulsions d'auto-conservation et celui des pulsions sexuelles »* (*op. cit.*, p. 171) et s'interrogeant sur le destin des pulsions tout au long de la vie, il nous livre les destins qu'il a repérés de la pulsion sexuelle, la mieux connue : *« L'observation nous fait connaître comme de tels destins de pulsions les suivants :*

— *Le renversement dans le contraire.*
— *Le retournement sur la personne propre.*
— *Le refoulement.*
— *La sublimation. »* (*op. cit.*, p. 173-174)

1.2.4. Le point de vue économique

Ce dernier point est important pour comprendre le fonctionnement et l'organisation du modèle psychique freudien. Comme nous venons de le voir, la pulsion est à l'origine de la dimension dynamique du système freudien.

Les pulsions pouvant être assimilées à un agglomérat d'énergie qui tend à se satisfaire et génère donc des tensions proportionnelles à l'inconfort qu'elles produisent, l'appareil psychique n'aura donc de cesse de tenter de retrouver un état d'équilibre (de repos) découlant de l'apaisement des pulsions.

1.2.5. Évolution de l'appareil psychique freudien : seconde topique

En 1923, Freud opère une réorganisation de sa conception théorique de l'appareil psychique au travers de la seconde topique où il va définir trois instances : le *ça*, le *moi* et le *sur-moi*. Le *ça* va être l'instance de l'inconscient. Dans ce dernier, nous retrouverons l'organisation qu'il avait précédemment définie dans sa première topique au sujet de l'inconscient. Pour ce qui est du *moi*, il empiètera en partie sur le *ça* et se verra attribuer le rôle d'intermédiaire entre le *sur-moi* et le *ça*. Le *moi* sera le lieu où viennent s'exprimer les défenses de l'appareil psychique. Quant au *sur-moi*, il devient l'instance qui se nourrit des règles et interdits provenant de l'extérieur et l'expression de l'organisation sociale dans lequel le sujet grandit.

De façon quasi contemporaine, Freud va faire l'hypothèse, dans sa tentative, de modéliser le fonctionnement psychique de l'existence d'une pulsion de mort.

La pulsion de mort va rencontrer une grande résistance de la part des psychanalystes. Dans les dix-sept ans qui vont suivre l'énoncé de la pulsion de mort, Freud n'aura de cesse de défendre cette notion et de tenter d'illustrer la part opérante de cet outil dans la théorie psychanalytique. Cela va bientôt faire cent ans que Freud nous a proposé cet outil et les définitions de la pulsion de mort diffèrent aujourd'hui, en fonction des auteurs qui se sont appropriés la pulsion de mort pour tenter d'articuler leur clinique.

Même si nous allons tenter de présenter au plus juste la pulsion de mort telle qu'il nous semble que Freud nous la livre, nous devons faire l'aveu que du point de vue de notre clinique, nous parvenons à trouver nos marques dans l'approche que Françoise Dolto et Lucien Israël ont de la pulsion de mort.

Ces deux auteurs ont souligné que cette façon de nommer cette pulsion était maladroite. Le signifiant « mort » induisant, selon eux, un quiproquo quant à l'action et la fonction de la pulsion de mort. On retrouve, sous la plume de Françoise Dolto (1994, p. 30) une re-qualification en « pulsion de non-vie ».

« Nous sommes tout le temps pris entre, d'un côté, des pulsions de non-vie, des pulsions de répétition - ce que nous appelons en psychanalyse des pulsions de mort - qui sont tout à la fois pulsions de mort de l'individu et pulsions de mort du sujet du désir, qui voudrait n'être pas né parce que ce serait plus facile. »

Chez Lucien Israël (1998, p. 163-164), on la trouve sous le nom de « pulsion de repos ».

« [Freud] il le dit en toutes lettres, ce n'est jamais de la mort qu'il s'agit, c'est du repos. On tromperait moins les gens si on parlait de pulsion de sommeil ou de pulsion de repos. »

1.2.6. Elaboration de la pulsion

Pour rédiger ce paragraphe, nous sommes partis du texte freudien. Nous avons pris le parti de nous appuyer sur le travail de J.-D. Nasio, publié en 1999 dans « Le plaisir de lire Freud ».

L'ensemble des outils que Freud a élaborés dans la théorie psychanalytique sont essentiels, mais la pulsion est l'un de ceux sur lequel nous voudrions revenir. Il est l'énergie qui meut le système freudien. Pour cela, nous allons tenter de faire un rappel de certains éléments de la théorie freudienne, afin de comprendre les éléments sur lesquels nous nous appuyons pour réfléchir, pour tenter de produire un nouveau savoir. Pour cela, nous partons d'un texte de Freud de 1895, traduit sous le nom de « L'exquise ».

La Logique de Freud, pour tenter de penser la logique psychique humaine, est de partir d'un principe bien connu par les médecins, celui de l'arc réflexe.

Un des principes de l'arc réflexe est qu'à son origine, il y a une sensation et qu'à son extrémité, il y a une réponse motrice ; par exemple, une personne posant la main sur un objet brûlant, se brûle et retire sa main aussitôt.

Entre la perception et la réaction motrice, un influx nerveux a transmis l'information et a généré l'action. Partant de cette image, Freud va imaginer qu'il puisse en être de même dans le psychisme humain.

Il part du principe qu'à l'origine, il y a ce qu'il nomme une trace d'où va partir une force qu'il appellera pulsion et que cette dernière aura pour objectif le non-déplaisir, tout comme dans notre exemple qui précède, l'action de l'arc réflexe a été de soustraire la main à une stimulation douloureuse.

Pour cela, Freud va poser deux principes : imaginons qu'une stimulation générerait spontanément une action de retrait (parce que la stimulation est douloureuse) : si le retrait ne peut avoir lieu, la tension va être accrue. De cette logique, Freud va postuler que l'augmentation de la tension, sans que cette dernière puisse se décharger, génère un déplaisir.

Dans le cas où la tension peut se décharger, cette décharge va générer un non-déplaisir, qu'il appellera plaisir. Dans ce que nous venons d'exposer, Freud pose les deux premiers principes du fonctionnement psychique, il y a des tensions qui, lorsqu'elles se déchargent, participent à un principe de plaisir alors que lorsqu'elles sont entravées ou dans l'impossibilité de se décharger, va générer le principe de déplaisir.

Nous reviendrons un peu plus tard sur l'origine de cette pulsion (l'énergie de la tension). Freud notera que la pulsion tend à se décharger immédiatement pour répondre au principe de plaisir. Si la décharge n'est pas immédiate, elle engendre un déplaisir ; ces deux notions du principe de plaisir et de déplaisir sont présentes dans toute l'œuvre de Freud.

Mais la transposition du modèle de l'arc réflexe au fonctionnement psychique a demandé quelques aménagements. Dans un certain idéal, on pourrait considérer que, dès qu'il y a une stimulation, la réponse immédiate de la pulsion permet de réduire la tension dans le psychisme et d'amener ainsi l'apaisement de ce dernier.

L'exemple que nous pourrions donner, pour illustrer notre propos, est celui du jeune nourrisson en train de pleurer, tenaillé par la faim. La résolution de la tension que provoque la faim ne pouvant être apaisée que par le lait du sein maternel ou le biberon.

Cette tension provoquée par la faim, nous pouvons supposer qu'elle n'est pas des plus agréable et par ses pleurs, il signifie le déplaisir engendré par celle-ci. Son principe de plaisir trouvant sa résolution, une fois que la sensation de satiété est venue calmer la pulsion déclenchée par la faim.

Nous parlons là d'un point de vue idéal. Nous pouvons envisager un autre exemple, plus proche de notre expérience quotidienne : un sujet est en train de penser à une boisson qu'il aime, il se met à la désirer et s'il ne parvient pas à se la procurer pour satisfaire l'envie générée par sa pensée, on peut considérer que cela génère un déplaisir. S'il parvient à s'abreuver de la boisson qu'il désire, la tension est donc annulée et l'on peut considérer que cela a généré chez lui du plaisir.

Mais les situations de la vie courante ne sont pas toujours aussi simples. Des contraintes environnementales, éventuellement morales ou organisationnelles de la vie peuvent amener le sujet à différer la réalisation de son envie et donc de générer un certain déplaisir.

Freud va s'intéresser à ce qui pourrait faire obstacle à notre plaisir ou au plaisir du sujet. Nous en avons déjà dit quelques mots en parlant de contraintes organisationnelles, morales, culturelles, *et cetera*. Ces contraintes étant une entrave à la résolution de ce plaisir du sujet (principe de plaisir, 1900).

Freud va considérer qu'un élément dans le psychisme va constituer une entrave à ce plaisir absolu de la résolution de la tension de la pulsion. Cet élément venant faire obstacle, mais de façon imparfaite, de telle sorte que les pulsions, dans la majeure partie des cas, vont parvenir à s'exprimer, mais de façon partielle (Freud, 1905).

La pulsion étant mutilée en traversant cet obstacle, ce filtre vient ainsi la modifier. Ce filtre, dont nous avons déjà dit qu'il peut être de nature morale, ou conjecturel par l'absence pure et simple de l'objet qui aurait permis de satisfaire l'envie tenaillante.

Cette absence de l'objet et l'incapacité de l'atteindre de façon immédiate et/ou définitive est appelée par Freud « principe de réalité ». Afin de résumer notre propos sur la tentative de résolution de la pulsion, dont le moteur est le principe de plaisir, son expression qui va être modifiée par un filtre et le principe de réalité qui va obliger le sujet à prendre en compte les données contingentes et ainsi, la plupart du temps, s'opposer à la pleine résolution du principe de plaisir…

À ce niveau de la modélisation freudienne, on peut considérer un lieu où les pulsions prennent naissance, où elles commencent à s'exprimer jusqu'au moment où elles viennent buter sur cette frontière et s'exprimer partiellement au-delà de cette frontière (que nous avons aussi appelé filtre).

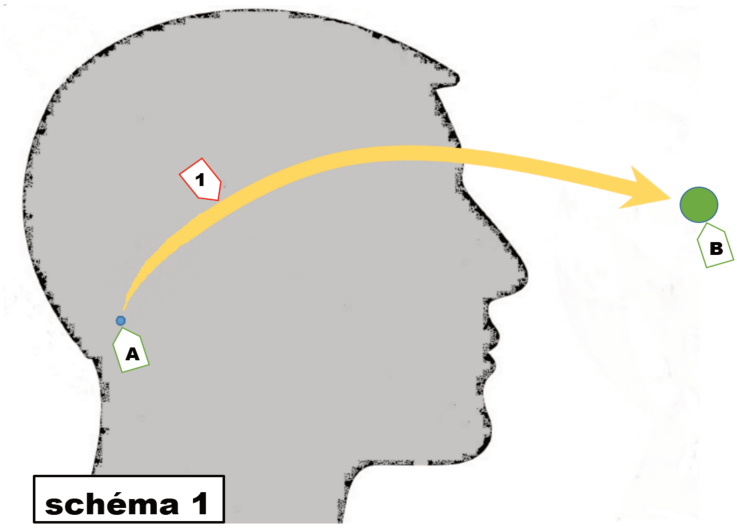
Ce lieu, qui est le siège des pulsions, est un lieu de tension et potentiellement de plaisir, si les tensions qui s'y expriment parviennent à se décharger de façon optimale.

De l'autre côté de cette frontière apparaît donc la tension modifiée, atténuée par le passage de la frontière. Les tensions sont moins extrêmes, on pourrait dire qu'elles ont été un peu domestiquées par le passage dans cette deuxième zone. Cette zone que Freud définit au plus près de la réalité consciente et extérieure.

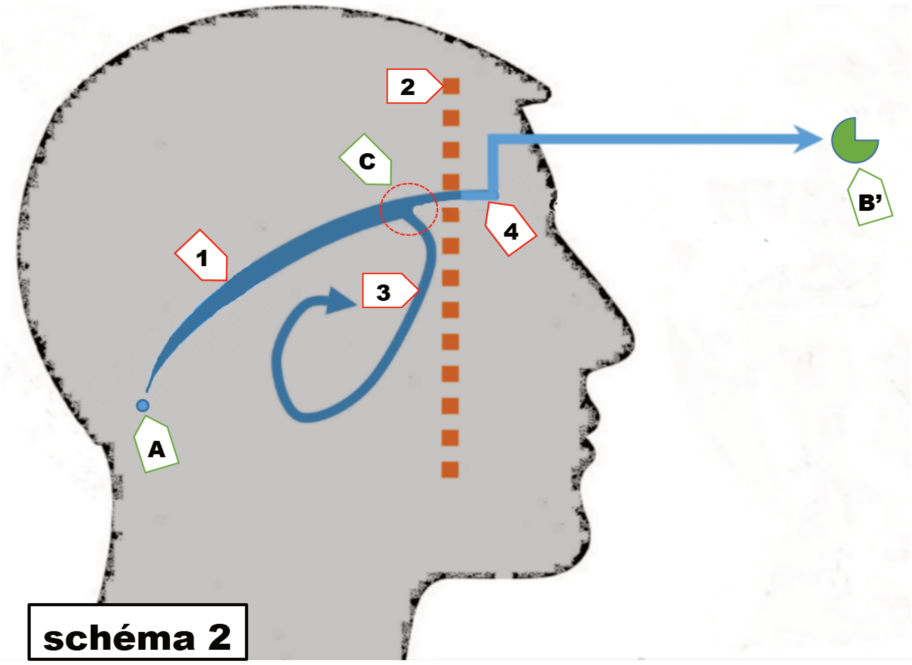
Le psychisme ainsi défini, Freud nommera le lieu de naissance des pulsions qui visent à se décharger « l'inconscient ». La frontière qui est cet obstacle aux pulsions, il la nommera « refoulement ».

On peut le retrouver sous l'appellation de « censure ». Et la zone dans laquelle la pulsion « édulcorée » va passer pour s'exprimer à l'extérieur du sujet, il va la nommer « système préconscient/conscient ».

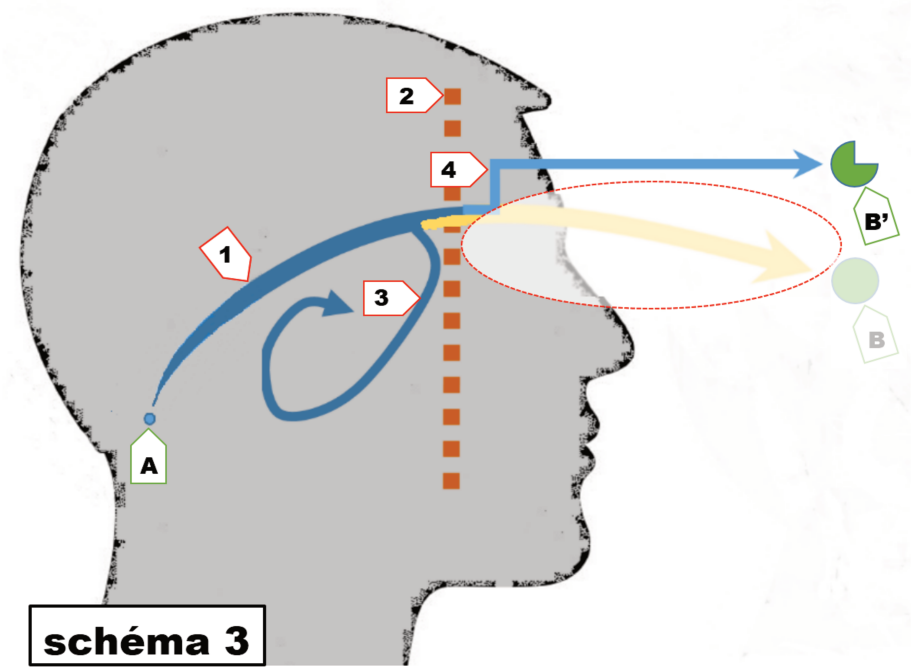
Dans son livre « Le plaisir de lire Freud », Juan-David NASIO est parvenu à construire un schéma qui illustre le fonctionnement de l'appareil psychique de Freud (Nasio, 1999, p. 41). Ce schéma, nous nous proposons de le reprendre et de l'exposer dans les trois illustrations qui suivent.



Dans le schéma 1, il faut voir une modélisation idéale avec en **[A]** l'origine de la pulsion **[1]** qui s'intensifie dans son parcours psychique vers sa résolution en atteignant l'objet dans sa globalité **[B]** sans aucune encombre et permettant ainsi d'atteindre « le plaisir absolu ».



Le schéma 2 essaie de rendre compte au plus juste de ce qui pourrait se passer en réalité. Il y a toujours le point de départ en **[A]** la pulsion née, s'intensifie **[1]**, mais cette fois-ci, elle va buter contre la censure **[2]** (que l'on peut aussi appeler le refoulement). À cette étape **[C]**, une partie seulement **[4]** va parvenir à franchir l'obstacle de la censure et ainsi atteindre l'objet partiel **[B']** alors que la partie de l'énergie qui n'est pas parvenue à passer l'obstacle **[3]** de la censure se trouve recyclée dans le psychisme.



Dans ce **dernier schéma 3**, nous avons superposé le modèle idéal, avec le second schéma qui tente de rendre compte de ce qui est susceptible de se passer.

Freud va tenter de penser le système inconscient en faisant l'hypothèse que dans ce dernier, il y a des éléments que nous avons déjà indiqués par le nom de traces. Ces traces, il va les appeler « représentations de chose ».

L'élément vers lequel la pulsion tend, sous-tendu par la logique du principe de plaisir, cet objet, que Freud nomme *représentation d'objet*, il va tenter d'expliquer comment cette représentation de l'objet est formée, et se construit dans le psychisme.

> *« Ce que nous étions en droit d'appeler la représentation d'objet consciente se décompose maintenant pour nous en représentation de mot et en représentation de chose, laquelle consiste en l'investissement, sinon des images mnésiques de choses directes, du moins de traces mnésiques plus éloignées et dérivées d'elles. »* (Freud, 1915b, p. 241)

Ces représentations ont la particularité d'être fragmentaires. Il va considérer que ce sont des images, ces images étant le point de départ de la pulsion. Après avoir établi le point de départ de la pulsion, il était nécessaire de penser la façon dont la pulsion pouvait acquérir son intensité (à l'image du modèle physiologique de l'arc réflexe qui serait de déterminer l'intensité de la réponse motrice).

Freud va considérer que les représentations de choses dans l'inconscient peuvent s'agencer selon deux mécanismes différents et générer ainsi la pulsion.

Il va penser ces deux mécanismes avec son travail sur le rêve et les énoncer ainsi :

> « *Le travail de rêve est un procès psychologique dont rien d'équivalent n'était jusque-là connu en psychologie. Il sollicite notre intérêt dans deux directions principales. Premièrement, en ce qu'il révèle des processus d'un genre nouveau comme la condensation (de représentations) ou le déplacement (de l'accent psychique d'une représentation sur une autre) que nous n'avons pas rencontrés dans le penser vigile en général, ou seulement en tant qu'ils sont au fondement de ce qu'on nomme des fautes de pensée. Deuxièmement, en ce qu'il nous permet de deviner dans la vie d'âme un jeu de force, dont l'action était cachée à notre perception consciente.* » (Freud, 1913a, p. 105)

Le premier mécanisme est un mécanisme de regroupement de représentations. À l'image du regroupement de micros gouttelettes en suspension qui, une fois atteint une masse critique, va constituer des gouttes de pluie. Ce mécanisme, il va le nommer « condensation ».

Nous rappellerons un point que nous avons énoncé précédemment : les représentations de choses sont des images fragmentaires. Le regroupement de ces dernières constituera un mécanisme de condensation.

Le second mécanisme de naissance de la pulsion est un mécanisme de relais, qui opère une sommation de son énergie propre en la transférant à un élément contigu. Chaque représentation de chose va transmettre à la représentation qui lui est connexe, sa quantité d'énergie. Ce mécanisme sera nommé par Freud « déplacement ».

Ce mécanisme est décrit par Freud dans le chapitre cinq de l'interprétation du rêve.

> *« Mais le processus est tel qu'il semblerait que se produise un déplacement - disons : de l'accent psychique, en suivant la voie de ces maillons intermédiaires, jusqu'à ce que des représentations au début faiblement chargées d'intensité parviennent, en reprenant la charge des représentations d'abord plus intensément investies, à une force qui les rend capables d'accéder par contrainte à la conscience.* » (Freud, 1900, p. 213)

Dernier point, les représentations de choses, dans l'inconscient, sont les éléments qui permettent la captation d'une énergie qui les entoure que l'on nommera « énergie libre ».

Les éléments que nous venons de présenter, pour décrire l'inconscient, nous permettent de préciser que l'inconscient est un lieu où se trouvent de grandes quantités d'énergie libre et donc de fortes tensions, à l'image d'un jour d'été orageux avant l'averse.

Freud nous renseigne sur l'organisation de l'autre partie du psychisme (de l'autre côté de la frontière du refoulement) si la pulsion est suffisamment chargée en énergie, elle va parvenir à franchir cette frontière (la barrière du refoulement) et s'exprimer de manière amoindrie, moins intense dans le système préconscient/conscient.

On peut considérer qu'il y a deux cas de figure : soit la pulsion traverse le système préconscient/conscient, sans être véritablement modifiée par ce dernier et l'on pourra observer chez le sujet l'expression d'une action incontrôlée (lapsus, acte manqué, etc.). Soit la pulsion est modifiée par le système préconscient/conscient ; pour Freud, cette zone du psychisme est constituée de représentations de mots et donne lieu à des manifestations conscientes plus élaborées (productions intellectuelles, pensées, etc.) ; dans ce cas, les représentations de choses issues de la zone inconsciente venant interagir avec les représentations de mots de la zone préconscient/conscient permettent le produit observable de l'action humaine intellectualisée.

L'expression de la pulsion à l'extérieur de l'appareil psychique ne peut pas s'exprimer de façon absolue, de façon idéale tel que l'illustre le fonctionnement de l'arc réflexe ; il y a toujours une perte de l'énergie dans le passage de la frontière entre le système inconscient et le système préconscient/conscient. L'énergie perdue lors du passage de cette frontière se trouve retenue et donc réutilisée, recyclée dans l'inconscient.

Due au filtre de la frontière entre les deux systèmes, l'expression de la pulsion n'est jamais totale, mais toujours partielle, soit incontrôlée, soit contrôlée. En venant s'exprimer à l'extérieur de l'appareil psychique, leur décharge a pour effet de produire un apaisement et d'avoir pour fonction l'expression du principe de plaisir.

Selon la logique psychanalytique, les actions contrôlées ou incontrôlées sont une expression de l'inconscient par le biais de la pulsion qui y est née. On peut observer deux types d'expressions de la pulsion issue de l'inconscient. L'une pouvant être considérée comme productive, la seconde potentiellement non élaborée ou incomplètement élaborée par son passage dans le système préconscient/conscient, donnant lieu à des effets paradoxaux.

Si ces effets qui sont le fruit de la décharge de la pulsion contribuent au principe de plaisir de l'inconscient, ils peuvent, d'un point de vue uniquement conscient, générer un déplaisir. On les appelle « symptômes ».

La clinique permettra à Freud de préciser que les représentations de choses qui constituent l'inconscient sont complètement indépendantes par rapport à une organisation temporelle. Pour le dire plus simplement, il n'y a pas de temps dans l'inconscient.

1.2.6.1. Théorie des pulsions (libidinale/narcissique - de vie/de mort)

Dès le début de sa théorisation des mécanismes psychiques, l'hypothèse faite par Freud sur l'existence des pulsions vient rendre compte du fonctionnement dynamique du psychisme. Elles sont le vecteur de l'activité psychique. Pour tenter de penser les pulsions, il s'inspirera de la notion de « force » en physique. C'est tout naturellement qu'il tentera de penser l'origine, le but et l'intensité des pulsions.

Dans la première période de la théorie freudienne (première topique, 1900), Freud distingue deux types de pulsions. Il les caractérise en fonction de leur destination :

— L'une, ayant pour objet des éléments à l'extérieur du sujet, elle permet l'investissement de ces objets par le sujet. Il définit ainsi la pulsion libidinale.

— L'autre, *a contrario* de la première, n'a pas pour cible un objectif extérieur au sujet, mais intérieur. Il la définit comme pulsion du moi ou pulsions narcissiques.

La pulsion libidinale ou sexuelle est celle qui permet au sujet d'agir sur son environnement, elle permet de générer des effets sur le monde extérieur qui, par voie de conséquence, va agir en retour sur le sujet. On obtient un système d'action/réaction entre un sujet et son environnement.

La pulsion narcissique est plus délicate à appréhender pour un observateur. Le système d'action/réaction s'opérant à l'intérieur du sujet, il n'est pas exclu que le monde extérieur ait une incidence sur ce système. Mais les effets des actions extérieures sont difficilement appréhendables par un tiers externe.

Afin d'illustrer schématiquement la pulsion libidinale, c'est de cette dernière qu'il s'agit quand un sujet interagit avec un autre, quand une demande est formulée et que l'on attend une réponse. Pour ce qui est de la pulsion narcissique, on pourrait l'illustrer par une

situation où un sujet ne désire pas être dérangé, refuse toute interaction, s'isole tout en restant actif dans son fonctionnement psychique.

Freud résume les conséquences de ces deux pulsions en ces termes :

« Le résultat auquel nous sommes parvenus jusqu'à présent, qui établit une opposition tranchée entre les «pulsions du moi» et les pulsions sexuelles, voulant que les premières poussent à la mort et les secondes à la continuation de la vie, ne sera assurément pas satisfaisant pour nous-mêmes, sous bien des aspects. » (Freud, 1920, p. 315)

« Quant aux pulsions sexuelles, au contraire, il est évident qu'elles reproduisent des états primitifs de l'être vivant, mais le but auquel elles tendent par tous les moyens est la fusion de deux cellules germinales, différenciées d'une façon déterminée. Si cette union ne se produit pas, la cellule germinale meurt comme tous les autres éléments de l'organisme pluricellulaire. » (*op. cit.,* p. 316)

Dans la deuxième période de sa théorie (deuxième topique, 1925), tout en s'appuyant sur la logique d'organisation et d'opposition des pulsions sexuelles et les pulsions du moi, Freud fait l'hypothèse sur la même logique de l'existence de pulsions de vie et de pulsions de mort. En considérant que tout ce qui vit doit mourir,

« Revenons donc à une hypothèse introduite par nous, dans l'attente qu'elle puisse être exactement réfutée. Nous avons édifié une suite de conclusions en nous fondant sur la présupposition que tout ce qui est vivant doit nécessairement mourir pour des causes internes. » (*op. cit.*, p. 316)

De ce postulat, Freud va injecter dans sa théorie des pulsions, cette nouvelle notion :

« Les deux espèces de pulsions, aussi bien l'Éros que la pulsion de mort, seraient à l'œuvre dès la première apparition de la vie et travailleraient l'une contre l'autre. » (Freud, 1923a, p. 208)

« Sur la base de réflexions théoriques appuyées par la biologie, nous fîmes la supposition d'une pulsion de mort à qui est assignée la tâche de ramener le vivant organique à l'état sans vie, tandis que l'Éros poursuit le but de compliquer la vie en rassemblant de façon toujours plus extensive la substance vivante éclatée en particules, et par là naturellement de la conserver. » (Freud, 1923b, p. 283)

En introduisant dans la théorie psychanalytique les notions de pulsions de vie et de pulsions de mort, Freud est tout à fait conscient qu'il va devoir réfléchir à la façon dont

s'organise le système psychique à la lumière de ces nouveaux éléments, tâche dont il témoigne dans ces propos :

> *« À chacune de ces deux espèces de pulsions serait imparti un procès physiologique particulier (édification et dissociation), dans chaque morceau de substance vivante seraient actives les deux sortes de pulsions, mais ceci en une mixtion aux proportions inégales […] De quelle manière se lient, se mélangent, se combinent les unes avec les autres, les pulsions des deux espèces, cela serait encore totalement irreprésentable ; mais que cela advienne régulièrement et dans une grande mesure est une hypothèse impossible à écarter dans le contexte qui est le nôtre. »* (*op. cit.*, p. 284)

Avec ce nouvel élément théorique qui est la pulsion de mort, envisagé non sur des éléments cliniques, mais spéculatifs, Freud garde à l'esprit qu'il va devoir tenter de penser le jeu des pulsions avec ce nouvel apport.

L'appareil psychique freudien enrichi d'un point de vue dynamique parce que de nouvelles impulsions doivent être pensées avec elles d'un point de vue économique.

Dans un premier temps, Freud se montre très prudent dans sa façon de penser la pulsion de mort et la pulsion de vie. Il les envisage sous l'angle d'une interaction avec une intensité variable de l'une ou de l'autre…

> *« Il nous manque toute compréhension physiologique pour savoir sur quelles voies et avec quels moyens peut s'effectuer ce domptage de la pulsion de mort par la libido. Dans la sphère de pensée psychanalytique, nous pouvons seulement faire l'hypothèse qu'il se produit une mixtion et un amalgame, très extensifs et variables dans leurs proportions, des deux espèces de pulsions ; si bien que nous ne devrions nullement compter avec des pulsions de mort et de vie pures, mais seulement avec des mélanges de celles-ci, comportant des valeurs diverses. »* (Freud, 1924, p. 16)

Il va peu à peu s'éloigner de cette conception non dialectique et complémentaire de la pulsion de vie et de la pulsion de mort, en rapatriant la logique qui fut la sienne pour penser les pulsions du moi et les pulsions sexuelles.

> *« Cette opposition avait d'abord pour nom : pulsions sexuelles et pulsions du moi ; dans un tournant ultérieur de la théorie, elle s'énonce : Éros et pulsion de mort ou de destruction. »* (Freud, 1925b, p. 131)

Nota bene : certains cliniciens resteront fidèles à une lecture freudienne qui organise la

pulsion de vie et la pulsion de mort en non-opposition, mais en complémentarité (Françoise Dolto, Lucien Israël, Jacques Lacan). D'autres cliniciens auront, quant à eux, une lecture qui les amène à opposer ces deux pulsions.

Cette nuance sur l'organisation économique de la pulsion de vie/pulsion de mort a des implications importantes sur la lecture que nous pouvons avoir de notre clinique.

À la lumière de ce nouvel élément théorique, Freud va envisager différentes hypothèses sur le fonctionnement sadomasochiste…

> *« […] on peut dire que la pulsion de mort agissant dans l'organisme — le sadisme originaire — est identique au masochisme. Après que sa part principale a été reportée vers l'extérieur sur les objets, demeure, comme son résidu dans l'intérieur, le masochisme proprement dit, érogène, qui d'un côté, est devenu une composante de la libido, de l'autre, a encore toujours pour objet l'être propre. Ainsi ce masochisme serait un témoin et un vestige de cette phase de formation dans laquelle se produisit cet alliage, si important pour la vie, de la pulsion de mort et de l'Eros. »* (Freud, 1924, p. 16)

Il va émettre l'hypothèse que le sadisme est une dérivation vers l'extérieur de la pulsion de mort du sujet (le choix d'objets de la pulsion n'étant plus intrapsychique, elle peut alors s'exprimer sur un objet externe, tel un exutoire, permettant ainsi de protéger l'équilibre psychique interne).

Si nous gardons à l'esprit la logique des pulsions sexuelles qui ont pour but d'agir sur l'extérieur de l'appareil psychique, on comprend le raisonnement utilisé par Freud de considérer que la pulsion de mort peut suivre le même chemin et prendre pour cible un objet extra psychique, cette organisation permettant d'expliquer les comportements sadiques.

De la même façon, la pulsion de mort peut suivre le chemin des pulsions du moi et ainsi donner lieu à un comportement masochiste.

Le comportement masochiste découlerait de l'incapacité du sujet à évacuer sur l'extérieur la pulsion de mort (en suivant le chemin de la pulsion libidinale), piégeant ainsi la pulsion de mort dans son psychisme (en suivant le chemin des pulsions du moi).

> *« Ainsi le masochisme moral devient le témoin classique de l'existence de la mixtion pulsionnelle. Sa dangerosité provient de ce qu'il descend de la pulsion de mort, qui correspond à la part de celle-ci qui a échappé au retournement vers l'extérieur, a comme pulsion de destruction. »* (*op. cit.*, p. 23)

Dans la même logique, l'agressivité peut suivre le même chemin, ce qui donnera lieu à ce que Freud nomme la pulsion d'agression.

> *« Cette pulsion d'agression est le rejeton et le représentant principal de la pulsion de mort que nous avons trouvée à côté de l'Éros, se partageant avec lui la domination du monde. Et voilà que, selon moi, le sens du développement de la culture n'a plus pour nous d'obscurité. Ce développement ne peut que nous montrer le combat entre Éros et mort, pulsion de vie et pulsion de destruction, tel qu'il se déroule au niveau de l'espèce humaine. »* (Freud, 1930, p. 308)

Face à l'expression de la pulsion de mort, Freud forge le concept de l'Éros comme un rempart à l'ultime expression de la pulsion de mort. Ce système étend pour lui ce qui constitue les soubassements à l'origine de l'expression *« des phénomènes de la vie »*.

> *« J'ai regroupé autoconservation et conservation de l'espèce sous le concept de l'Éros et je lui ai opposé la pulsion de mort ou de destruction travaillant sans bruit. La pulsion est conçue d'une manière tout à fait générale comme une sorte d'élasticité du vivant, comme une poussée à la réinstauration d'une situation qui avait jadis existé et avait été supprimée par une perturbation extérieure. Cette nature, par essence conservatrice des pulsions, est illustrée par les manifestations de la contrainte de répétition. L'action conjointe et antagoniste d'Éros et de la pulsion de mort donne pour nous l'image de la vie. »* (Freud, 1925a, p. 105)

> *« Qu'il y eût donc en dehors de l'Éros une pulsion de mort ; l'action conjuguée et antagoniste des deux permettait d'expliquer les phénomènes de la vie. »* (Freud, 1930, p. 304)

Nous rappellerons que dans le texte « Au-delà du principe de plaisir » (1920) où la pulsion de mort apparaît, Freud nous présente le principe de Nirvana. Ce principe étant l'un des effets de la pulsion de mort, est utilisé lui aussi dans sa modélisation sur le masochisme.

> *« En tout cas, il faut nous rendre compte que le principe de Nirvana, ressortissant à la pulsion de mort, a connu dans l'être vivant une modification par laquelle il devint principe de plaisir, et nous éviterons désormais de tenir les deux principes pour un seul. De quelle puissance procéda cette modification, il n'est pas difficile, pour peu qu'on veuille suivre cette réflexion, de le deviner. Ce ne peut être que la pulsion de vie, la libido, qui, de cette façon, s'est acquis par contrainte sa part dans la régulation des processus de vie à côté de la pulsion de mort. Nous obtenons ainsi une petite, mais*

> *intéressante série relationnelle : le principe de Nirvana exprime la tendance de la pulsion de mort, le principe de plaisir représente la revendication de la libido, et la modification de celui-ci, le principe de réalité, l'influence du monde extérieur. »* (Freud, 1924, p. 12-13)

La pulsion de mort est introduite par Freud au début des années vingt. En enrichissant la théorie psychanalytique, elle offre dans un premier temps, l'avantage d'apporter un éclairage dans la clinique sur les comportements masochistes et sadiques.

Il nous semble important de faire ici un rappel au sujet de l'accueil qui fut fait à l'énoncé du concept de la pulsion de mort par Freud par les milieux analytiques de l'époque. Freud y fera allusion dans son texte de 1930 « Le malaise dans la culture » en ces termes : *« L'hypothèse de la pulsion de mort ou de destruction a rencontré de la résistance, même dans les milieux analytiques »* (Freud, 1930, p. 305).

Dans un second temps, Freud va utiliser l'outil conceptuel de la pulsion de mort pour formuler des hypothèses sur le comportement humain des hommes, d'une façon plus sociologique, il y fait allusion dans une correspondance avec Albert Einstein en 1932.

> *« Au prix de quelque spéculation, nous sommes en effet parvenus à concevoir que cette pulsion travaille à l'intérieur de tout être vivant, et a donc pour tendance de provoquer sa désagrégation, de ramener la vie à l'état de la matière non vivante. Elle mériterait en toute rigueur le nom de pulsion de mort, tandis que les pulsions érotiques représentent les aspirations à la vie. La pulsion de mort devient pulsion de destruction en étant retournée, avec l'aide d'organes particuliers, vers l'extérieur, sur les objets. L'être vivant préserve pour ainsi dire sa propre vie en détruisant une vie étrangère. »* (Freud, 1933b, p. 77)

La même année, Freud rédige une suite aux « Leçons d'introduction à la psychanalyse » qui avait pour but de présenter la théorie psychanalytique entre 1915 et 1917.

Lors de cette leçon, la 32ème, Freud va présenter la pulsion de mort en faisant un parallèle avec la pensée d'un auteur du siècle précédent qu'il affectionne, Arthur Schopenhauer (1788-1860).

> *« Et voilà que pour nous, les pulsions auxquelles nous croyons se séparent en deux groupes, celui des pulsions érotiques, qui veulent conglomérer toujours plus de*

substance vivante en des unités plus grandes, et celui des pulsions de mort, qui s'opposent à cette tendance et ramènent le vivant à l'état inorganique. De l'action conjointe et antagoniste des deux procèdent les phénomènes de la vie auxquels la mort met un terme. Vous direz peut-être, en haussant les épaules : ce n'est pas là de la science de la nature, c'est de la philosophie schopenhauerienne. Mais pourquoi, Mesdames et Messieurs, un hardi penseur n'aurait-il pas deviné ce que confirme ensuite une recherche détaillée, faite à froid et avec peine ? » (Freud, 1933a, p. 190)

« Comment les deux se mélangent dans le procès de vie, comment la pulsion de mort est mise au service des visées de l'Éros, surtout dans son retournement vers l'extérieur en tant qu'agression, ce sont là des tâches qui sont réservées à la recherche de l'avenir. » (*op. cit.*, p. 191)

Pour conclure notre présentation de la pulsion de mort de Freud, nous citerons un extrait de l'un des derniers textes qu'il a écrit approximativement un an avant sa mort, qui avait pour but de faire une synthèse de la théorie psychanalytique.

Au sujet de la pulsion de mort, Freud écrit : *« Aussi longtemps que cette pulsion agit à l'intérieur en tant que pulsion de mort, elle demeure muette, elle ne se montre à nous que lorsqu'elle est tournée vers l'extérieur en tant que pulsion de destruction. Que cela se passe ainsi, cela semble être une nécessité pour la conservation de l'individu. »* (Freud, 1940, p. 239)

Chapitre 2 : le traumatisme psychique

En 1905, dans son exposé du cas d'une jeune patiente de 18 ans, qu'il reçut cinq années auparavant (et connu sous le nom du cas Dora) Freud écrira *« Si nous ne voulons pas abandonner la théorie traumatique… »* (Freud, 1905a, p. 207). Il existe donc bien, pour Freud, une théorie dans l'approche analytique, du traumatisme.

C'est en 1895 dans « Etude sur l'hystérie », que Freud va introduire la notion de névrose traumatique. Il va s'appliquer à y distinguer la différence entre le traumatisme psychique et le traumatisme somatique. La première étant liée directement aux affects tels que l'effroi, l'angoisse, la honte ou la douleur psychique.

Il rappellera un point important qui est que l'impact des affects sur le psychisme d'un sujet est tributaire de la sensibilité personnelle de ce dernier. Les affects à l'origine d'un traumatisme psychique chez une personne, leurs apparitions et leurs effets étant intimement liés à l'état psychique du sujet et par conséquent, il en va de même sur leurs effets.

Il fera l'hypothèse que les effets traumatiques sur le sujet ne sont pas forcément dus à un événement unique et massif, mais qu'il peut s'agir d'un effet cumulatif découlant de plusieurs événements d'intensité moindre et variable qui s'agglomèrent et génèrent ainsi un traumatisme psychique.

Il introduira une seconde nuance tout aussi importante, le traumatisme psychique n'équivaut pas au souvenir que le sujet a de l'événement traumatique. Dernier point, le traumatisme psychique agit sur le psychisme du patient comme un corps étranger à l'intérieur de celui-ci, y demeurant toujours, après que l'événement ait eu lieu, et exerçant sur ce dernier des effets dans le présent (ce dernier point ayant été développé et illustré en France par François Lebigot[5] et Claude Barrois[6]).

> *« Dans la névrose traumatique, ce n'est pas, bien sûr, la blessure corporelle légère qui est la cause efficiente de la maladie, mais l'affect d'effroi, le trauma psychique. Peut agir comme telle toute expérience vécue qui provoque les affects pénibles de l'effroi, de l'angoisse, de la honte, de la douleur psychique et, bien entendu, il dépendra de la sensibilité de la personne concernée (ainsi que d'une condition qu'il faudra mentionner plus tard) que l'expérience vécue prenne valeur de trauma.*
>
> *Il n'est pas rare de trouver dans l'hystérie ordinaire, à la place d'un unique grand trauma, plusieurs traumas partiels, des facteurs occasionnant groupés qui n'ont pu exercer un effet traumatique que dans leur sommation et qui sont corrélés entre eux dans la mesure où ils forment en partie les éléments d'une histoire de souffrance. « […] Nous devons plutôt affirmer que le trauma psychique, ou plus précisément, le souvenir qu'on en a — agit à la manière d'un corps étranger, lequel doit avoir valeur, bien*

[5] *« Le traumatisme est donc l'incrustation à l'intérieur de l'appareil psychique d'une image qui ne devrait pas s'y trouver.[…] Le traumatisme psychique est une rencontre avec le réel de la mort (le néant) »* [Lebigot, F. (2011) Traiter les traumatismes psychiques. (2e éd, p.13). Paris : Dunod.]

« pour l'image de la mort qui, quand elle pénètre à l'intérieur de l'appareil psychique, n'a pas de représentation pour l'accueillir. » Ibid. p.14.

[6] *« Le professeur Barrois, lui, observe que si nous savons tous ce qu'est un cadavre, nous ne savons pas ce qu'est la mort. Sans lien avec les représentations, elle va donner lieu à un pur phénomène de mémoire, bien différent d'un souvenir, où l'événement restera gravé tel quel, tel qu'il a été perçu au détail près. » Ibid*. p.15

longtemps après son intrusion, d'un agent exerçant son action dans le présent » (Freud, 1895, p. 26)

D'un point de vue clinique, Freud considèrera que l'absence de réaction que peuvent avoir certains patients face à des événements leur causant des traumatismes psychiques s'expliquera par l'entrée en action du mécanisme de refoulement, leur permettant ainsi de maintenir en apparence un équilibre, au prix de la contention volontaire de leurs affects ayant pour effet d'éloigner de leur représentation consciente ces éléments déplaisants, et de surcroit traumatisants (pour eux).

« ... ces cas où les malades n'ont pas réagi à des traumas psychiques parce que la nature du trauma excluait toute réaction, comme lors de la perte paraissant irremplaçable d'une personne aimée, ou parce que les conditions sociales rendaient impossible toute réaction, ou parce qu'il s'agissait de choses que le malade voulait oublier et que pour cette raison, il refoulait, inhibait et réprimait intentionnellement hors de sa pensée consciente. » (*op. cit.*, p. 30-31)

En 1896, quand Freud écrira dans l'étiologie des névroses, au sujet des traumatismes et du souvenir : « *le souvenir agira comme s'il était un événement actuel. Il y a pour ainsi dire action posthume d'un traumatisme sexuel.* » (Freud, 1896a, p. 118).

On peut y voir une caractéristique spécifique de l'inconscient qu'il énoncera dans son texte du même nom (Métapsychologie, 1915) qu'il n'y a pas de temps dans l'inconscient.

Il nous apparaît important de préciser une évidence, selon nous, quand Freud évoque la dimension sexuelle dans ses propos, nous considérons qu'il fait référence à l'organisation pulsionnelle libidinale. Afin de dissiper tout malentendu, nous nous autorisons à rappeler que les stimulations de l'appareil psychique peuvent être de deux natures, l'une endogène, l'autre exogène. Le canal par lequel les stimulations de l'appareil psychique peuvent se produire peut provenir d'un objet extérieur au psychisme, il s'agit là de ce que nous nommerons le lien libidinal. Dans le second cas, les stimulations provenant du Moi (donc interne au psychisme) sont appelées les pulsions du Moi.

Freud fait l'hypothèse que l'étiologie des traumatismes a des causes exogènes. Pour les traumatismes sexuels, il considèrera qu'ils relèvent de la période de la prime enfance du sujet, période où ce dernier était l'objet de stimulations, sans qu'il puisse construire du « sens » pour assimiler les événements et surtout l'effet de ces derniers sur son psychisme.

> *« II faut bien plutôt que ces traumas sexuels appartiennent à l'enfance précoce (l'époque de la vie avant la puberté) »* (Freud, 1896b, p. 124)

Il précisera un élément souvent illustré par notre clinique sur le fait que ce n'est pas tant un fait spécifique et objectif de l'histoire du sujet qui est traumatisant, mais l'effet de la survenue de l'événement passé, à la lumière des représentations et des valeurs actuelles de celui qui se souvient.

> *« ... par la remarque que ce ne sont pas les expériences vécues elles-mêmes qui agissent traumatiquement, mais leur revivification comme souvenir, après que l'individu ait entré dans la maturité sexuelle. »* (*op. cit.*, p. 125)

Freud va utiliser « La théorie traumatique » pour tenter d'expliquer les symptômes hystériques qu'il rencontre dans sa clinique. C'est ainsi qu'il va faire l'hypothèse que l'un des effets du traumatisme qui est l'incapacité du sujet à assimiler le trop d'excitation (de l'appareil psychique) amène le psychisme à bloquer, si ce n'est la source, l'expression des effets que cela produit pour lui. La logique du psychisme de la personne, ainsi amputée d'une partie de ses ressources, l'amène à produire des réponses en partie inadéquates qui s'exprimeront par l'intermédiaire du symptôme.

> *« Nous étions parvenus à la conception que les symptômes hystériques sont des effets durables de traumas psychiques dont la grandeur d'affect correspondante a été mise à l'écart de l'élaboration consciente par des conditions particulières et, pour cette raison, s'est frayé une voie anormale dans l'innervation corporelle. Les termes techniques «affect coincé», «conversion», «abréaction» résument ce qui caractérise cette manière de voir. »* (Freud, 1906, p. 310-311*)*

Dans sa théorie sur le traumatisme, Freud insistera à plusieurs reprises sur les sources sexuelles (libidinales, exogènes) qui sont à l'origine du vécu traumatique et de leur effet pathogène sur le sujet.

> *« Là où une émotion banale doit être comptée parmi les causes de l'affection, l'analyste met régulièrement en évidence que c'est la composante sexuelle ne faisant jamais défaut dans l'expérience vécue traumatique qui a exercé l'action pathogène. »* (*op. cit.*, p. 317)

La logique de cette théorie du traumatisme vient illustrer selon nous l'une des dimensions fondamentales de la psychanalyse qui est son aspect économique. Quand le psychisme d'un sujet est soumis à une intensité de stimulation supérieure à ce que son système peut assimiler, on se trouve dans une situation qui va générer un traumatisme.

Avec le temps, un sujet va emmagasiner des ressources qui, potentiellement, vont lui permettre d'augmenter son seuil de tolérance. Il apparaît donc logique que les moments de la vie où un sujet est susceptible d'être confronté à un trop-plein de stimulations correspondent à la période du début de la vie.

On peut rencontrer des périodes qui ne correspondent pas à celle de l'enfance, il s'agira alors d'épisodes dans la vie d'un sujet où ce dernier se trouvera en situation de vulnérabilité.

Il n'est pas à exclure que ces périodes n'appartenant pas à l'enfance trouvent néanmoins un écho dans une période de l'enfance qui viendrait expliquer une fragilité singulière, spécifique, à cette personne.

En 1923, Freud fera un rajout à son texte écrit en 1908, traitant du petit Hans, en y incorporant les hypothèses de Rank sur un traumatisme qui pourrait être le tout premier, pour un sujet qui serait celui de la naissance.

Cette hypothèse permettra aussi d'envisager une spécificité du fonctionnement infantile préœdipien (notion d'angoisse chez l'enfant).

En 1909, Freud viendra faire une remarque sur le mode de fonctionnement du refoulement. Il observera que dans le cas du traumatisme, il est à l'origine de l'oubli d'événements de la vie du sujet, mais il observe un second mode d'action de ce mécanisme de défense, qui est non pas d'en passer par l'oubli, mais par un désinvestissement de l'événement par les affects.

Le patient gardant alors un souvenir très net de l'événement traumatogène.

> *« Le refoulement s'est ici servi d'un autre mécanisme, à vrai dire plus simple ; au lieu d'oublier le trauma, il lui a retiré l'investissement d'affect, si bien qu'il reste dans la conscience un contenu de représentation indifférent considéré comme non essentiel. »* (Freud, 1909b, p. 169)

Dans son article traitant de la psychanalyse, Freud va articuler les symptômes et les traumatismes psychiques. Les premiers étant une conséquence des seconds. Mais la spécificité et la complexité du symptôme sont qu'elles sont une partie « mutée » de la réponse inadaptée de l'appareil psychique.

La clef de compréhension, de décryptage du symptôme se trouvant au cœur d'expériences vécues et traumatiques pour le sujet.

> *« Il en fut effectivement ainsi ; presque tous les symptômes étaient ainsi apparus comme des restes, comme des précipités si vous voulez, d'expériences vécues chargées d'affect, que nous avons pour cela nommé ultérieurement « traumas psychiques », et leur particularité s'élucida par la relation à la scène traumatique qui les avait causés. »* (Freud, 1910, p. 10)

De préciser dans ce même article, que la théorie traumatique est l'un des éléments les plus fondamentaux dans l'approche et la compréhension des névroses.

« Cette fixation de la vie d'âme aux traumas pathogènes est un des caractères de la névrose les plus importants et les plus significatifs dans la pratique. » (*op. cit.*, p. 13)

Quatre ans plus tard, Freud fera un constat surprenant qui permettra d'enrichir l'approche thérapeutique des névroses en constatant que ce n'est pas en contrant les effets amnésiants du refoulement que l'on obtient la dissolution du symptôme.

> *« Comment pouvait-il donc se faire que le malade qui savait maintenant ce qu'il en était de son expérience vécue traumatique se soit pourtant conduit comme s'il n'en savait pas plus qu'autrefois ? À la suite de la communication et de la description du trauma refoulé, pas même le souvenir de celui-ci ne voulait émerger »* (Freud, 1913b, p. 182)

Encore une fois, Freud va intégrer *a posteriori* dans une note de bas de page, des éléments théoriques provenant d'autres psychanalystes. C'est ainsi qu'il intégrera une notion d'Abraham sur l'hypothèse que les enfants seraient enclins à être acteurs d'expériences mettant en jeu le lien à un objet exogène.

Pour le dire d'une façon plus psychanalytique, ils seraient acteurs de l'expression de la pulsion libidinale (pulsion en lien avec l'objet externe). Au vu de la faible organisation de leur appareil psychique (qui va « maturer » avec les expériences du vécu), ces expériences ont de grandes chances de favoriser des expériences traumatiques.

On notera que Freud fait un rajout onze ans plus tard d'une note à son texte « De la psychanalyse » de 1913 *« Le dernier mot sur la question de l'étiologie traumatique, c'est Abraham (1907) qui le prononça plus tard, lorsqu'il fit remarquer que la spécificité de la constitution sexuelle de l'enfant s'entend précisément à provoquer des expériences vécues sexuelles d'une espèce particulière, donc des traumas »* (Freud, 1914b, p. 260-261)

Dans sa clinique avec le patient, qui sera communément nommé « L'homme aux loups », Freud va trouver des éléments lui permettant d'affirmer qu'un événement traumatique n'est pas forcément externe, mais qu'il peut découler de stimulations internes, par exemple le rêve.

> *« Pourtant l'incident qui autorise cette démarcation ne fut pas un trauma extérieur, mais un rêve dont il s'éveilla avec angoisse. »* (Freud, 1918, p. 26)

Il fera néanmoins l'hypothèse que le terreau dans lequel l'inconscient a puisé, pour fournir de telles stimulations, s'est constitué sur la base d'éléments infantiles de l'histoire du patient.

> *« Mais la significativité des traumas de l'enfance précoce résiderait en ce qu'ils fournissent à cet inconscient un matériau qui le protège d'être consumé par le développement qui va suivre. »* (*op. cit.*, p. 118)

Dans « Deuil et mélancolie », Freud évoquera une subtilité du refoulement. Il considérera que l'action dynamique mettant en jeu, a priori dans une action spécifique la pulsion, le refoulement avec les enjeux qui en découlent, peuvent avoir des effets annexes sur des éléments connexes, qui profiteraient ainsi de l'énergie du premier mécanisme. Nous pourrions nommer cette spécificité sous le terme trivial d'un « effet domino ».

> *« L'ambivalence constitutive appartient, en soi et pour soi, au refoulé, les expériences vécues traumatiques en rapport avec l'objet peuvent avoir activé du refoulé autre. »* (Freud, 1917, p. 278)

La situation politique de l'Europe va permettre tristement à Freud de découvrir de nouveaux éléments cliniques dans les névroses traumatiques que la Première Guerre mondiale va produire sur les hommes.

Dans un premier temps, il va considérer que les névroses traumatiques viennent conforter l'hypothèse que l'un des moments décisifs dans la théorie des traumatismes est celui de l'événement où l'appareil psychique est dépassé par le trop de stimulations.

> *« Fondamentalement, les névroses traumatiques ne sont pas la même chose que les névroses spontanées que nous avons coutume de soumettre à l'investigation et au traitement analytiques […] Les névroses traumatiques fournissent de nets indices de ce qu'une fixation au moment de l'accident traumatique se trouve à leur fondement. »* (Freud, 1916, p. 284)

Dans un second temps, cela va lui permettre de considérer que l'incapacité de l'appareil

psychique à gérer ce « trop » de stimulations induirait un dysfonctionnement, rendant inopérant la capacité de l'appareil psychique à organiser, agencer et assimiler les événements, qui deviennent alors une source traumatique.

> *« La névrose devrait être assimilée à une affection traumatique et naîtrait de l'incapacité à liquider une expérience vécue trop fortement marquée d'affect. »* (*op. cit.*, p. 285)

Ces nouveaux éléments vont l'amener à reconsidérer la logique de fonctionnement de l'inconscient qu'il avait considéré comme s'appuyant fondamentalement sur le principe de plaisir, le rêve lui ayant permis d'avancer et de soutenir ce postulat.

C'est ainsi qu'il va tenter de comprendre la logique du fonctionnement psychique qui semble en apparence être démenti par les rêves récurrents de ses patients, ne cessant pas de reproduire systématiquement la scène déplaisante à l'origine du traumatisme.

Ces névroses traumatiques semblaient avoir en commun le fait d'être déclenchées par des situations d'effroi dont les situations de conflits sont fertiles. Freud fera l'hypothèse qu'un mécanisme sous-jacent au principe de plaisir advienne, ce dernier aurait pour but la protection du Moi.

Ce dernier n'étant pas la cause, mais la raison de ce dysfonctionnement. De la même façon, le Moi étant à l'origine du blocage du cheminement psychique qui aurait permis de régler la situation.

La raison de ce blocage opéré par le Moi étant une raison économique, ce dernier préférant une situation de statu quo plus économe d'un point de vue psychique (mais générateur de symptôme) plutôt qu'une dépense énergétique plus coûteuse, mais qui aurait permis une résolution plus adéquate du conflit psychique.

C'est ainsi que la logique du principe de plaisir est maintenue (principe de plaisir du Moi qui fonctionne à l'économie) à ne pas confondre avec un principe de plaisir qui serait celui d'un sujet, et qui ne peut en aucune façon se retrouver dans les choix du Moi à cause des symptômes découlant de la stratégie de ce dernier.

> *« C'est ainsi que s'impose indubitablement à nous dans les névroses traumatiques, particulièrement dans celles qui naissent des effrois de la guerre, un motif du moi, égoïste, recherchant protection et profit, qui ne peut en quoi que ce soit créer à lui seul la maladie, mais qui lui donne son assentiment et qui la maintient une fois qu'elle est apparue. Ce motif vise à préserver le moi des dangers dont la menace a été*

l'occasion de l'entrée en maladie, et il n'admettra pas la guérison avant que la répétition de ces dangers ne paraisse exclue, ou il l'admettra seulement une fois obtenu un dédommagement pour le danger enduré. […] En outre, la liquidation du conflit par la formation du symptôme est le recours le plus commode et le plus conforme au principe de plaisir ; elle épargne indubitablement au moi un travail interne considérable et ressenti comme pénible. » (*op. cit.*, p. 395)

En 1919, Freud reviendra sur un élément qui est pour nous fondamental, nous voulons parler de la singularité du sujet. Il fera ce rappel à travers les effets que peuvent avoir les événements sur les personnes.

Pour le résumer de façon simpliste, une situation est toujours singulière et s'inscrit dans une chaine d'événements elle aussi tout autant singulière.

Il n'est donc pas possible de considérer qu'une action semblable aura des effets semblables sur les personnes amenées à la vivre. Un sujet, en fonction de son état, de son parcours, du contexte, ne sera pas sensible de la même façon à des stimuli qui, la veille, auraient pu générer un traumatisme ou à un tout autre moment, mais qui, dans le moment présent, seront totalement gérables par le psychisme de la personne.

« … car les impressions fixatrices manquaient de toute force traumatique, elles étaient la plupart du temps banales, ne mobilisant rien chez d'autres individus ; on ne pouvait pas dire pourquoi les tendances sexuelles s'étaient fixées précisément sur elles. […] La constitution congénitale semblait précisément correspondre à tout ce qu'on peut exiger d'un tel point d'arrêt. » (Freud, 1919b, p. 122-123)

Dans la théorie traumatique éclairée par les névroses de guerre, Freud va tirer un enseignement qui est que, dans ces dernières, le dysfonctionnement psychique découle directement du fonctionnement inadéquat du Moi.

« Les névroses de guerre, pour autant qu'elles se différencient des névroses banales du temps de paix par des caractéristiques particulières, sont à concevoir comme des névroses traumatiques qui ont été rendues possibles ou favorisées par un conflit du moi. » (Freud, 1919a, p. 221)

Le second enseignement des névroses de guerre est qu'elles ont permis à Freud de réfléchir sur la phase initiale de leur déclenchement. C'est ainsi qu'il va réfléchir sur les liens entre l'effroi, l'angoisse et la libido.

« La névrose traumatique (de paix) s'insérera elle aussi dans ce contexte une fois que

les investigations sur les relations, existant sans aucun doute, entre effroi, angoisse et libido narcissique seront parvenues à un résultat. » (*op. cit.*, p. 222)

Ayant fait le lien entre les névroses traumatiques survenant lors de conflits ou en période de paix, Freud va entreprendre un travail de réflexions pour trouver la logique psychique des mécanismes en action.

Nous sommes en 1919, et à cette date, il n'a pas encore formulé explicitement sa deuxième topique.

La lecture, a posteriori des textes qui précèdent l'énoncé de l'organisation psychique, s'appuyant sur le Ça, le Moi et le Surmoi, nous permet de voir cette dernière s'esquisser. En utilisant l'éclairage clinique que lui procure l'étude des névroses traumatiques (de guerre), il va faire l'hypothèse d'un mode de fonctionnement des névroses de transfert qu'il n'avait pas soupçonné.

Son hypothèse est de considérer qu'une menace externe (un ennemi) vient modifier, agresser et mutiler le Moi du sujet.

Il va garder cette hypothèse dans sa tentative de comprendre les dysfonctionnements analogues observés dans les névroses de transfert où il ne peut être repéré objectivement une situation ou un danger imminent externe (comme un ennemi en temps de guerre). Ne pouvant trouver une cause externe à la mutilation du Moi, il va envisager que le Moi va considérer sa libido comme un agent agresseur.

« Dans les névroses traumatiques et les névroses de guerre, le moi de l'être humain se défend contre un danger qui le menace de l'extérieur, ou qui, pour lui, est même incarné par une configuration du moi ; dans les névroses de transfert du temps de paix, le moi donne à sa libido la valeur de l'ennemi, dont les revendications lui semblent menaçantes. Dans les deux cas, peur du moi d'être endommagé : ici par la libido, là par les violences externes. » (*op. cit.,* p. 223)

Sa réflexion va se poursuivre sur les potentiels éléments déclencheurs et la logique de ces derniers, en rappelant que l'effroi, la peur et l'angoisse ne sont en rien équivalents.

En analysant les nuances entre ces trois états et leurs effets sur le psychisme, il va être amené à formuler que seul l'effroi est un signe pathognomonique du traumatisme psychisme.

La raison principale de l'effet dévastateur de l'effroi étant dû à son effet de surprise qui ne permet pas à l'appareil psychique de se préparer aux stimulations extrêmes auxquels il va être soumis.

En restant dans cette logique, il considérera que la peur et l'angoisse servent de signal d'alerte, d'éléments mobilisateurs de l'appareil psychique, et ainsi à potentiellement le protéger de l'effraction du traumatisme.

> *« ... dans la névrose traumatique commune ressortent deux traits auxquels put se rattacher notre réflexion : premièrement, que le poids principal de la causation semblait incomber au facteur de surprise, à l'effroi, et deuxièmement qu'une lésion ou blessure subie simultanément agissait le plus souvent à l'encontre de l'apparition de la névrose. Effroi, peur, angoisse sont utilisés à tort comme des expressions synonymes ; ils se laissent bien discriminer dans leur relation au danger. Angoisse désigne un certain état tel que l'attente du danger et préparation à celui-ci, fût-il inconnu ; peur réclame un objet déterminé dont on a peur ; effroi, pour sa part, dénomme l'état dans lequel on tombe quand on encourt un danger sans y être préparé, mettant l'accent sur le facteur de surprise. Je ne crois pas que l'angoisse puisse engendrer une névrose traumatique ; l'angoisse comporte quelque chose qui protège contre l'effroi et donc aussi contre la névrose d'effroi »* (Freud, 1920, p. 282-283)

Dans ce même texte, Freud va introduire différentes notions fondamentales dans sa théorisation. L'une d'elles, *Reizschutz* (traduit par le pare-excitatif ou le pare-stimuli) va lui permettre de donner une définition claire du traumatisme.

> *« Celles des excitations venant de l'extérieur, assez fortes pour faire effraction dans le pare-stimuli, nous les appelons traumatiques. »* (*op. cit.*, p. 300)

C'est ainsi que Freud s'autorise à redéfinir la névrose traumatique directement de sa nouvelle définition du traumatisme.

> *« On peut, je crois, risquer la tentative de concevoir la névrose traumatique commune comme la conséquence d'une effraction large du pare-stimuli. »* (*op. cit.*, p. 302)

Chapitre 3 : La mort

« Nous attribuons généralement à nos idées sur l'inconnu la couleur de nos conceptions sur le connu : si nous appelons la mort un sommeil, c'est qu'elle ressemble, du dehors, à un sommeil ; si nous appelons la mort une vie nouvelle, c'est qu'elle paraît être une chose différente de la vie. C'est grâce à ces petits malentendus avec le réel que nous construisons nos croyances, nos espoirs… »

(Pessoa, 1999, p. 101).

3.1. Tentative de définition

« Peut-être les sociétés humaines seront-elles conduites tous les 50 ans, tous les 100 ans, à proposer de nouvelles définitions de la mort. » (Bernard, 1990, p. 53)

« La mort a longtemps été un événement simple. Elle signalait la fin de la vie et s'imposait par l'arrêt définitif des fonctions cardiaques et respiratoires. L'arrêt de l'une entrainant, à court terme, l'arrêt de l'autre. Le concept de mort cérébrale s'est imposé, on l'a vu progressivement pendant la 6ème décennie du 20ème siècle à partir de la reconsidération, au sein des comas, d'instinct appelé « coma dépassé » correspondant au silence du cerveau dont le caractère déclaré définitif valait un diagnostic de non retour. Un arrêt de toute manifestation d'activité cérébrale. Ainsi est né le concept de mort cérébrale, validée aux USA le 5 août 1968, un peu plus tôt qu'en France, par une circulaire qui porte quand même le nom de Monsieur Jeannemey. […] Cette réalité d'une mort biologique progressive est restée occultée aujourd'hui de la conscience des vivants. Et il est frappant, à la lecture de la presse, que le 12 juin dernier, des chercheurs de l'Institut Pasteur et de Garches ont publié leur recherche, montrant que les cellules souches restent après la mort et quel que soit l'âge en dormance. Ils ont pu recréer et réanimer des cellules souches, 17 jours après la mort d'un

nonagénaire. Ils ont obtenu quelques milligrammes de fibres musculaires. Ceci mérite d'être médité. » (Gil, 2012)

Dans le corpus freudien, la mort en tant que telle n'est pas définie d'un point de vue de la théorie psychanalytique. Mais de quoi parle-t-on lorsqu'on tente de parler de la mort ? Le seul moment où Freud y fait allusion, c'est dans son texte *« Actuelles sur la guerre et la mort »* (Freud, 1915), que nous rappellerons dans quelques lignes. Nous pouvons néanmoins trouver des éléments connexes où Freud nous rappelle l'une des caractéristiques du fonctionnement de l'inconscient vis-à-vis de la temporalité. Il nous rappelle à deux reprises cette caractéristique spécifique du fonctionnement de l'inconscient qui a la particularité d'être *« atemporelle »* (Freud, 1915 et 1920) et de préciser que notre conception de la temporalité se rattache au mode de fonctionnement du système conscient. Nous voyons là une piste que Freud nous donne pour tenter de venir interroger cette notion qu'est « la mort » sur lequel Samuel Jankélévich a consacré un ouvrage entier en 1966 et dont il disait à son sujet : *« la mort, elle, est indicible parce qu'il n'y a, dès l'abord, absolument rien à en dire. »* (Jankélévitch, 1966, p. 83)

Penser « la mort » non pas comme un phénomène extérieur observable, mais comme un concept où une notion semble avoir mis en difficulté les penseurs de tout temps. C'est donc en tentant de suivre la piste de la temporalité, désignée par Freud, que nous avons trouvé des éléments de réflexion pour questionner cet élément de notre problématique. C'est donc comme le rappelle très justement Freud en venant interroger le présupposé posé par Emmanuel Kant sur lequel s'adosse notre pensée qu'il faut tenter de réfléchir - *La thèse kantienne selon laquelle le temps et l'espace sont des formes nécessaires de notre pensée peut aujourd'hui être soumise à discussion, sur la base de certaines connaissances acquises par la psychanalyse* (Freud, 1920, p. 299) - Même s'il n'est pas question d'une réflexion sur la mort, à proprement parler, c'est dans le livre XI des Confessions de Saint Augustin que nous avons trouvé des éléments de réflexions. Saint Augustin vient interroger la temporalité dans son ouvrage. Ses questions viennent faire écho à des propos recueillis dans notre clinique sur cette volonté exprimée par des patients sur le fait qu'ils auraient souhaité que le temps s'arrête, qu'ils craignent de ne pas avoir assez de temps, ou d'avoir passé trop de temps à perdre du temps avant les événements qui les mettent en difficulté - leur mort ou celle d'un proche -

Cette piste sur la temporalité, nous avons pu l'exploiter chez d'autres penseurs du XXème siècle, qui ont en commun leur appartenance au courant de la phénoménologie husserlienne, mais nous développerons ce point dans la troisième partie de notre travail.

Quoi qu'il en soit, la mort n'est pas quelque chose de si simple à définir. Les médecins y sont confrontés depuis la nuit des temps dans leur activité de soignant. Chacun d'entre eux a tenté de trouver ses stratégies pour faire face aux attitudes, aux demandes, aux interrogations, aux attentes des patients confrontés à l'évolution de leur pathologie, à moins que ce ne soit les questions de l'entourage du patient.

« La mort est du domaine de la foi. Vous avez bien raison de croire que vous allez mourir bien sûr ; ça vous soutient. Si vous n'y croyez pas, est-ce que vous pourriez supporter la vie que vous avez ? Si on n'était pas solidement appuyé sur cette certitude que ça finira, est-ce que vous pourriez supporter cette histoire ; néanmoins ce n'est qu'un acte de foi ; le comble du comble, c'est que vous n'en êtes pas sûr. Pourquoi est-ce qu'il en aura pas un ou une qui vivrait jusqu'à 150 ans […] » (Lacan, 1972,15min 05)

3.2. La Mort à l'hôpital : rapport de l'IGAS

« C'est par son cerveau que l'homme se distingue de l'animal.
C'est par son cerveau que l'homme vivant se distingue de l'homme mort.
Le cœur peut battre. Le poumon peut respirer. Si le cerveau est mort,
cet homme est mort. La mort de l'homme en cette fin du XXe siècle
est la mort du cerveau. » (Bernard, 1990, p. 139)

Ce rapport de l'IGAS sur la mort à l'hôpital, fut publié en novembre 2009, il donne des éléments statistiques pragmatiques :

- 70 % des décès en France surviennent dans un établissement de soins, a contrario, 27 % décèdent à domicile. Parallèlement à ce fait établi, comment les médecins sont préparés, formés à cette réalité ?

	Domicile	Hôpital	Clinique	Maison de retraite	Voie publique	Autres lieux	Total
2006	138 035	255 205	43 514	53 500	8 548	17 150	515 952
	26,8 %	49,5 %	8,4 %	10,4 %	1,7 %	3,3 %	100,0 %
1,38 % en HAD		**68,3 %**					
2012	142 947	278 633	45 899	70 262	7 806	24 307	569 868
	25,1 %	48,9 %	8,1 %	12,3 %	1,4 %	4,3 %	100,0 %
Manque 14 décès non déclarés		**69,3 %**					
Champ : France, territoire au 31 décembre 2010 Source : Insee, statistiques de l'état civil							

Dans la pratique quotidienne, force nous est donnée de constater que la mort est un sujet délicat pour le corps médical. Bien souvent, elle semble s'inscrire dans ce qui est vécu comme un échec des thérapeutiques ou, plus encore, de la prise en charge du médecin. En 1915, Freud écrivait dans le texte « Actuelles sur la guerre et la mort » : *« ... la mort est naturelle, indéniable et inévitable. En réalité, nous avions coutume de nous comporter comme s'il en était autrement. Nous avons manifesté la tendance évidente à mettre la mort de côté, à l'éliminer de la vie. Nous avons tenté de la tuer par notre silence… […] C'est que la mort — propre, est irreprésentable et aussi souvent que nous en faisons la tentative, nous pouvons remarquer qu'à vrai dire, nous continuons à être là en tant que spectateur. »* (p. 144-145)

Nous y voyons là un élément de compréhension sur la difficulté humaine d'évoquer le sujet de la « mort » et de façon plus spécifique, celle du corps médical.

3.3. L'accompagnement de la fin de vie

3.3.1. Avènement des soins palliatifs en France

Nous pourrions penser que la législation en France débute en 1986. Or, suite à une affaire médiatique de 1970, une proposition de loi est faite par le sénateur Caillavet, relative

au droit de vivre sa mort en 1976. Cette loi va donner lieu à un rapport dix-sept mois plus tard, suivi d'un avis sept mois après, qui conclut au fait qu'il ne semble pas pertinent de légiférer, mais que cela n'exclut pas la nécessité de réfléchir aux questions soulevées par les propositions déposées par le sénateur Caillavet. La proposition de loi sera finalement soumise au vote en séance publique vingt-quatre mois après son dépôt. Celle-ci rejetée par le Sénat le 7 mai 1980. Le législateur de l'époque considérant que la question du droit de vivre sa mort est une question qui relève plus d'une dimension éthique que législative.

Devant les avancées exponentielles de la médecine, la question de la mort évacuée par le législateur se pose de nouveau, mais sous un axe différent : celui de la fin de vie.

Certains considèrent que depuis la Seconde Guerre mondiale, la médecine est rentrée dans une aire nouvelle avec la découverte et l'utilisation des antibiotiques.

De nouvelles stratégies thérapeutiques s'offrent alors aux médecins dans la prise en charge de pathologies qui, par le passé, s'avéraient être mortelles.

L'énergie mise dans les stratégies curatives a certainement amené les prescripteurs à moins se focaliser sur le versant de la prise en charge des patients lorsque les potentialités curatives étaient prises en défaut.

Inévitablement, des tensions se sont faites jour. Nous considérons que le sujet de proposition de loi du Sénateur Caillavet avait tenté d'apporter une réponse à cette question fondamentale (que l'on peut retrouver chez les philosophes de l'antiquité à nos jours). Effectivement, nous pensons que ce n'est ni au législateur ni aux médecins de se prononcer sur ce que doit être la mort d'une personne.

La réponse du législateur contenait, en germe, les éléments nécessaires, fondamentaux qui vont permettre d'appréhender la question non pas de la mort, mais celle de la fin de vie.

En affirmant que la question qui lui était posée relevait plus de l'éthique que du droit, il désignait ainsi des pistes de travail pour pouvoir penser les tensions qui se cristallisaient dans la société autour, non pas de la mort, mais de la fin de vie.

En janvier 1984, le père Patrick Verspieren prend la parole dans la revue Études et prend ouvertement position sur le fait que des pratiques officieuses d'euthanasie ont lieu au

sein des établissements de soins français et que si rien n'est fait ou réfléchi, il y a d'énormes risques que le corps médical continue à se déshumaniser.

Nous pensons qu'en écho avec cette prise de parole, certains membres du corps médical viennent exprimer leur gêne avec ces pratiques soutenues par l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité lors de leur 5ème congrès, qui s'est déroulé à Nice.

Un an plus tard, les propos de Patrick Verspieren trouvent tristement une illustration dans le livre de Léon Schwartzenberg (1985), cancérologue médiatique à l'époque, en venant dénoncer des situations dramatiques dans lesquelles se trouvent des patients atteints de cancer. La médecine ne parvenant pas à donner des réponses claires et humainement acceptables.

On notera que la République française s'est dotée d'un nouvel outil pour réfléchir aux questions délicates qui émergent des avancées de la recherche et de l'évolution des mœurs au sein de la société. Le 23 février 1983, le plus haut responsable de l'exécutif de la République française, instaure le premier Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé, par décret.

Le 28 février 1985, dans une déclaration, l'ancien ministre de la Santé du gouvernement de Pierre Mauroy, alors secrétaire d'État auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, chargé de la santé (gouvernement de Laurent Fabius), M. Edmond Hervé est à l'initiative de la création d'un groupe de travail sur l'aide aux mourants.

Très certainement en écho avec la logique du comité national d'éthique, ce groupe de réflexion est constitué de plusieurs professions impliquées et sensibilisées à la problématique. Geneviève Laroque est nommée pour présider ce groupe constitué en partie par des professionnels de santé (médecins, paramédicaux), philosophes et divers représentants religieux.

De ce groupe de travail, un rapport d'« experts » est présenté au ministre de la Santé en 1986. Ce dernier va être présenté le 24 octobre 1986 par la ministre de la Santé d'alors (Michèle Barzach), suite à la production d'un texte de mise en application, avec la circulaire DGS/275/3D communément appelée « circulaire Laroque » le 26 août 1986.

Ce texte de référence pose les prémices de l'avènement des soins palliatifs en France. Il va permettre de penser la logique organisationnelle nécessaire à la prise en charge des patients incurables et en phases terminales. De cela va découler la mise en place, par le Docteur Abiven, de la première unité de soins palliatifs à l'hôpital international de la Cité universitaire qui fusionnera en 1999 avec le Centre Médico-Chirurgical de la Porte de Choisy, pour devenir l'Institut Mutualiste Montsouris.

C'est donc dans la logique de l'impulsion donnée par la circulaire Laroque que, le 28 février 1990, paraissent au Journal Officiel les statuts de l'association « Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) » sous la présidence du Dr Abiven.

La logique de cette société s'appuie dès sa création sur quatre collèges :

- Médical
- Associatif et bénévole
- Sanitaire et social
- Interdisciplinaire

C'est ainsi qu'est choisie la bannière « Accompagner et soigner ensemble », afin d'insister sur le fait qu'il n'y a pas à séparer le soin et l'accompagnement.

De par ses statuts, ses membres et ses travaux, la SFAP devient une société délégataire pour ce qui va être de l'évolution de la politique des soins palliatifs en France, et un allié précieux pour les pouvoirs publics.

Dans la même logique de 1986 (groupe de travail donnant lieu à un texte législatif), en 1991, le ministre des Affaires Sociales, à l'initiative d'une mission d'étude sur l'avancée des soins palliatifs en France, nomme le Dr Delbecque, responsable de ce travail de recherche, qui sera rendu en janvier 1993.

Ce rapport est le premier écrit officiel qui vient faire le point sur la « petite » révolution qu'a engendré la circulaire Laroque, 88 propositions sont suggérées. Il nous rappelle que le développement des soins palliatifs en France en est encore à ses prémices. Nous retiendrons 3 points :

- Il fait le point sur l'absence de réelle organisation des établissements de santé sur la prise en charge de patients relevant des soins palliatifs, mais il souligne l'apparition pour la première fois du terme de soins palliatifs dans le code de la santé publique, dans la loi 91-748 du 31 juillet 1991. À ce jour, il ne semble pas

exister une politique en ce qui concerne les soins palliatifs.

- Il note qu'en l'état actuel des choses, la prise en compte de la douleur semble s'avérer être inexistante. Pour ce qui est des soins palliatifs, la situation apparaît similaire. Suite à ces constats, il précise que le cadre juridique est peu contraignant.

- Il souligne néanmoins qu'à l'initiative de certaines personnes et de façon disparate, les soins palliatifs évoluent positivement en France. Cette remarque, mise en perspective avec d'autres pays, nous laisse penser que nous n'en sommes qu'au début.

De ces trois points découlent plusieurs propositions, dont « *La nécessité de donner une impulsion au développement de la formation permanente en matière de soins palliatifs* ».

Dans la même logique, pour la profession d'infirmier, la même année, le décret 93-345 du 15 mars vient insérer, dans son article premier, la notion de soins palliatifs au même niveau que les autres soins (préventifs et curatifs). Il rappelle que les patients relevant de pathologies palliatives doivent être accompagnés et la nécessité d'inclure l'entourage dans cette prise en charge.

En 1994, à l'échelle de l'Organisation Mondiale de la Santé, son responsable des soins palliatifs, le Dr Stjernswärd insiste sur un fait : « *il faut accorder à ceux qui vont bientôt quitter la vie le même niveau de soin et d'attention qu'à ceux qui commencent leurs existences, les nouveau-nés* »

En France, dès le mois de janvier, la Circulaire DGS/DH n° 94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques, dans le chapitre « Modes d'organisation », décrit l'organisation des équipes mobiles d'interventions pluridisplinaires pour les patients douloureux chroniques et d'étiologies variées, calquée sur le modèle des soins palliatifs.

Dès 1995, dans la Circulaire DGS/DH95-22 du 6 mai relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé, celle-ci rappelle notamment des fondamentaux « *le patient hospitalisé n'est pas seulement un malade. Il est avant tout une personne avec des droits et des devoirs* ».

Il est fait obligation d'informer tout patient par l'intermédiaire d'une Charte écrite de ses droits essentiels.

En écho avec ce qui précède, le décret 95-1000 du 6 septembre 1995 vient préciser certaines notions, en modifiant trois articles :

- L'article 36 rappelle l'obligation du médecin d'obtenir le consentement éclairé de tous les patients et dans tous les cas.
- L'article 37 précise les notions d'obstination déraisonnable, d'obligation de collégialité pour l'arrêt des traitements, de la nécessité de faire appel à un tiers, sans lien d'autorité hiérarchique dans la prise de décision. Toute décision d'arrêt de traitement doit être motivée et tracée. Il est rappelé que la prise en compte de la douleur n'est pas accessoire.
- L'article 38 évoque les notions fondamentales de la pratique médicale qui est :
  - L'accompagnement d'un patient jusqu'à la phase ultime de sa vie.
  - De ne pas négliger les dimensions qui constituent sa dignité, son identité individuelle, familiale et sociale.
  - En aucune façon, un médecin ne peut provoquer de façon intentionnelle la mort.

La même année, par l'intermédiaire de la circulaire DGES-GGS 95-15 du 9 mai du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et du Ministère de la Santé relative aux enseignements de 1er et 2ème cycles des études médicales, dans le troisième point du chapitre III D, il est rajouté dans les enseignements obligatoires du cursus des médecins, l'enseignement des soins palliatifs et de la prise en charge de la douleur. Nous rappellerons que ce point est jugé prioritaire dans la circulaire, au chapitre III C.

En 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé souligne, dans la seconde édition de son rapport sur le traitement de la douleur cancéreuse, que l'un des obstacles à la bonne gestion de cette douleur est due à une absence de cohérence en ce qui concerne la politique des soins palliatifs.

Au cours de la période 1998-1999, le sénateur Neuwirth prend la tête d'un groupe de travail qui aboutira à la production d'un rapport concernant les soins palliatifs. Il fera le point sur le chemin parcouru en France. Il note que l'état des lieux n'est toujours pas satisfaisant.

De ce rapport découleront sept propositions. Nous en retenons quatre points :

- La nécessité d'une reconnaissance officielle des soins palliatifs
- Bien différencier soins palliatifs et fin de vie
- Intégrer les soins palliatifs dans le schéma régional de l'organisation des soins
- Obligation faite aux centres hospitaliers universitaires d'organiser et de développer la recherche et la formation des soignants et des médecins en soins palliatifs.

L'assemblée parlementaire du conseil de l'Europe émet des recommandations le 21 mai 1999, à l'intention des états membres. Nous constatons qu'en deux pages, elle fait la synthèse quasi-exhaustive mise en lumière dans les différents travaux nationaux précités.

À la veille du 21ème siècle, 63 ans après l'ouverture de la première maison médicale orientée sur la prise en charge palliative dans les Hauts-de-Seine, les concepts, la philosophie, les pistes législatives qui concernent les soins palliatifs sont, dans leurs grands ensembles, posés. Il reste néanmoins un chemin colossal pour ce qui est de l'évolution des mentalités médicales, plus globalement sociétales.

En France, l'année 1999 va être riche en ce qui concerne les implications gouvernementales.

Dès le mois de février, le 23, le conseil économique et social émet dans son avis, son soutien pour une prise en charge de la fin de vie par le biais d'une loi sur les soins palliatifs. Il suggère, par la même occasion, la création d'un congé spécifique pour les accompagnants de ces patients. Le même jour, le secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale s'interroge sur l'opportunité d'une loi et soumet la question à un débat national.

Le mois suivant, le Président de la République française, lors d'un déplacement en Haute-Loire, appelle de ses vœux au développement des soins palliatifs dans notre pays.
À la fin de ce même mois, le 30 mars 1999, est remis au secrétaire d'État à la santé, Bernard Kouchner, le livre blanc « Les malades prennent la parole » (produit par la Ligue nationale contre le cancer). Dans ce dernier, même s'il s'agit d'un ouvrage qui recueille beaucoup de témoignages de patients et de leurs familles, il est rappelé que les soins palliatifs sont une exigence, aussi bien des malades et de leurs accompagnants, que des professionnels de santé : *« les soins palliatifs, une exigence des malades, de leurs proches et des professionnels »* (Compagnon, p. 155).

Le 9 juin de la même année, est promulgué la loi n° 99-477, qui s'appuie sur les travaux et propositions produits depuis le début 1999. En y adjoignant la prise en compte des soins palliatifs dans le schéma régional d'organisation de la santé.

De cette loi va découler le tout premier plan triennal de développement des soins palliatifs 1999-2001. Ce plan est l'élément par lequel les différents points de la loi vont pouvoir être mis en application, parallèlement à la création d'un comité de suivi de ce dernier.

Le 23 novembre 1999, le Président de la République s'exprime à nouveau concernant son soutien au développement des soins palliatifs au détriment de l'euthanasie.

Les soins palliatifs entrent de plein pied dans le 21ème siècle, avec un avis du comité consultatif national d'éthique en rapatriant la question de l'euthanasie.

Cet avis est extrêmement prudent, eu égard aux événements dramatiques qu'a traversé l'Europe, à deux reprises au cours du 20ème siècle. Il rappelle un élément fondamental de l'éthique sur le fait : « *l'éthique naît et vit moins de certitudes péremptoires que de tensions et du refus de clore de façon définitive des questions dont le caractère récurrent et lancinant exprime un aspect fondamental de la condition humaine.* »

En 2002, les effets de la loi du 9 juin 1999 sont toujours d'actualité par le renouvellement du premier plan triennal pour trois nouvelles années (2002-2005).

Les principaux axes de ce nouveau plan triennal sont mis en application par la DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002. Cette circulaire reprend trois axes considérés comme essentiels pour le développement des soins palliatifs. Le premier point insiste sur la nécessité de poursuivre la politique de développement des soins palliatifs, en y incluant la prise en charge à domicile. Le second point reprend la même idée dans les institutions de soins. Le dernier point nous semble particulièrement intéressant, notamment par l'intégration de la représentation du corps social.

L'information et la sensibilisation aux soins palliatifs (selon nous, les représentations) de la société deviennent par cet axe, un enjeu national.

Néanmoins, à la lecture de ce texte de loi et de ses annexes, ce troisième axe aurait gagné à être plus développé et accompagné de mesures précises visant à son déploiement concret.

Nous considérons que l'année 2002 est une année importante. Selon nous, c'est à ce moment précis que viennent se cristalliser des idées, des notions et des concepts qui furent mis au travail lors des deux décennies qui précèdent.

Nous avons tenté de mettre en lumière le cheminement de ces vingt dernières années en ce qui concerne la notion de soins palliatifs dans notre pays. Néanmoins, il ne doit pas nous échapper que, parallèlement à ce parcours, la bioéthique a repris à son compte des notions fondamentales en ce qui concerne l'information et le droit des patients. C'est, selon nous, le 4 mars 2002 en France, que ces notions se rencontrent pour donner lieu à une loi (loi n° 2002-303) qui s'inscrit en faux sur l'éventuelle infantilisation des patients. Elle fait obligation de leur donner les moyens nécessaires de devenir acteurs et décisionnaires de leur prise en charge, s'ils le désirent.

Deux mois plus tard le 20 mars, un avis du Comité économique et social vient, selon nous, rappeler une notion largement développée par l'éthique, qui est l'intégration du tiers dans la mise en pratique de toutes actions par le biais des bénévoles. Ce point sera repris explicitement dans la loi dite « Léonetti ».

En octobre 2003, Marie de Hennezel propose au ministre de la Santé, lors de la remise de son rapport « Fin de vie et accompagnement » plusieurs mesures :

> ➤« *Réalisation d'une campagne de communication sur les soins palliatifs et l'accompagnement.*
>
> ➤ *Évolution du centre François-Xavier Bagnoud vers un centre national de ressources et de documentation sur les soins palliatifs et l'accompagnement.*
>
> ➤ *Organisation d'États Généraux sur les soins palliatifs et l'accompagnement dans quelques régions de France.*
>
> ➤ *Soutien, promotion et développement du bénévolat d'accompagnement.*
>
> ➤ *Congé d'accompagnement* ».

Elle fait le constat qu'il existe une différence significative selon les régions. Cette différence de dotation sera mise en exergue par les différents rapports sur les soins palliatifs en France qui suivront.

Le mois suivant, le 12 novembre 2003, lors de la 860ème réunion des délégués des ministres, le conseil de l'Europe émet plusieurs recommandations à l'attention des États membres en ce qui concerne le développement et la promotion des soins palliatifs.

Il rappelle des notions fondamentales telles que : *« Convaincu que le respect et la protection de la dignité d'un malade incurable ou d'une personne mourante impliquent avant tout de lui apporter les soins appropriés dans un environnement approprié, pour lui permettre de mourir dans la dignité » […]*

« Conscient du fait que les soins palliatifs sont la prise en charge active, totale des patients ayant une maladie avancée et évolutive, qu'ils visent à maîtriser la douleur et d'autres symptômes, et qu'ils offrent du soutien pour des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels »

Dans ses recommandations, le conseil de l'Europe rappelle que les soins palliatifs ne sont pas associés spécifiquement à une pathologie. Que ces derniers concernent le moment du diagnostic (de la maladie avancée) jusqu'à la fin du deuil, pour les accompagnants. Il précise que la prise en charge des soins palliatifs ne peut en aucune façon se réduire à une prise en charge de fin de vie. Elle précise que la durée d'une prise en charge palliative peut fluctuer de quelques jours à quelques semaines, voire même en années.

Quatre recommandations aux États membres sont faites de façon explicite :

- Ils sont enjoints à légiférer de telle sorte à favoriser le développement des soins palliatifs
- La logique des textes législatifs doit s'inscrire dans la philosophie des soins palliatifs
- D'encourager des groupes de travail et la communication entre ces derniers afin de développer la recherche
- De ne pas négliger la communication concernant cette recommandation.

Les 14 et 15 janvier 2004, une conférence de consensus a eu lieu à Paris à la faculté Xavier-Bichat sur « L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. ». Cet événement a eu lieu à l'initiative du ministre de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, Jean-François Mattéi.

La logique de cette conférence de consensus s'organise autour de cinq questions posées à un jury de dix-neuf membres, constitués de 42 % de médecins, de 16 % de cadres paramédicaux et 42 % de représentants intervenant dans la prise en charge palliative (psychologues, bénévoles, anthropologues, etc.), présidé par Emmanuel HIRSCH, philosophe.

Les cinq questions vont servir de fil rouge à la réflexion du jury.

1) Accompagner jusqu'au bout ?
2) Comment reconnaître et respecter les attentes, les demandes et les droits des personnes en fin de vie ?
3) Quelles sont la place et les fonctions de la famille et de l'entourage dans la démarche d'accompagnement en institution et à domicile ?
4) Quelles sont les dimensions et la spécificité de la place des bénévoles d'accompagnement ?
5) Comment organiser en pratique la démarche d'accompagnement ?

Celles-ci ont donné lieu à une série de recommandations.

Nous considérons que le point clef de la conclusion est cette volonté à continuer à défendre et à développer toutes prises en charge palliative, et que ces dernières ont besoin d'être intégrées officiellement dans la politique de santé publique de l'État français : *« Il convient toutefois de s'engager davantage encore dans un projet concerté, cohérent et volontariste, relayé par des mesures concrètes et intégrées aux priorités de santé publique. »* (p. 53).

À la lecture attentive de cette conférence de consensus, on ne peut que se féliciter de l'énergie déployée par les acteurs de santé soutenus par les pouvoirs publics, en ce qui concerne l'évolution et la mise en œuvre d'une philosophie des soins palliatifs. Nous trouvons, néanmoins, dommage que les soignants (infirmières et aides-soignants) dont la nature de leurs missions les amènent à être confrontés au quotidien et, de façon significative, aux patients relevant de ces prises en charge, et a priori particulièrement à même de témoigner d'un savoir singulier et précieux, ne se soient pas plus manifestés pour enrichir les débats et les réflexions de leurs expériences pragmatiques du terrain.

Dans la logique de cette conférence de consensus, l'arrêté du 27 avril 2004, en application des articles L.6121-1 (article 1), vient entériner l'implication des pouvoirs publics en contraignant les directeurs d'agences régionales d'hospitalisation (article 3) en intégrant les

soins palliatifs dans les schémas régionaux d'orientation sanitaire (SROS).

Dans une parution au journal officiel de la République française, le 25 mai 2004, texte 22, un guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissement a été élaboré en avril 2004 par le comité de suivi « soins palliatifs et accompagnement » dans le cadre du plan triennal 2002-2005. Celui-ci donne les éléments concrets à l'organisation d'une démarche palliative en institution. Il précise le caractère volontaire des protagonistes et la nécessité du travail en équipe (multi-professionnels). Il est fait obligation, dans cette démarche, d'être intégré dans les projets institutionnels et devra faire l'objet d'une évaluation régulière.

La circulaire DHOS/02 n° 035601 du 5 mai 2004 vient entériner la diffusion du guide et l'utilisation de ce dernier de façon officielle, dans tous les établissements de santé.

Le 25 juin, la circulaire DHOD/02/2004/290 vient décrire les modalités nécessaires à la mise en place de lits identifiés en soins palliatifs dans les établissements de santé.

Le 30 juin 2004, sous la présidence du Député Jean Léonetti, « le rapport au nom de la mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie », est enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale sous la référence 1708. Ce rapport est constitué de deux tomes. Le premier comporte trois questions fondamentales sur la mort et notre société. Le deuxième reprend le compte rendu des nombreuses auditions qui ont permis de répondre, le plus exhaustivement possible, à ces trois questions :

- Quel est le regard de notre société sur la mort ?
- Quelles sont les attentes de notre société ?
- Quelles sont les réponses possibles aux attentes de notre société ?

De ce rapport, plusieurs dimensions de recommandations vont être faites, notamment des recommandations de politique pénale et des recommandations de santé publique.

Des propositions législatives vont être préconisées.

Celles-ci vont être adoptées, à l'unanimité par 548 voix, à l'assemblée nationale, le 1er décembre 2004. Promulguée le 22 avril 2004, la loi n° 2005-370 relative aux droits des malades en fin de vie paraît au journal officiel, le lendemain.

Nous constatons que les propositions législatives faites lors du rapport au nom de la mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie sont reprises dans leur intégralité.

Cette loi marque un tournant dans la prise en charge palliative et elle nous paraît essentielle dans l'évolution des représentations médicales du prendre soin.

Cette loi contextualise les travaux et législations déjà précités. Elle renforce la notion d'obstination déraisonnable et met l'accent sur la prise en charge de la souffrance, même si les traitements mis en place peuvent abréger la vie. Dans les articles 4 et 5, nous noterons une différence essentielle, dans le premier, lorsque le patient peut exprimer sa volonté, le médecin n'a pas d'obligation de collégialité, mais que ce dernier a l'opportunité, s'il le désire, de solliciter un tiers (exclusivement du corps médical), concernant la limitation ou l'arrêt des traitements jugés déraisonnables, alors que dans le second, l'accent est mis sur cette obligation de collégialité et de consultation de la famille (ou des directives anticipées, si celles-ci sont rédigées) lorsque le malade est dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté.

Nous remarquerons que les prises de décisions découlent exclusivement du médecin, ce qui peut nous laisser à penser qu'il est le seul en capacité de savoir et donc de décider.

Il nous rappelle dans son article 6, l'aspect fondamental du respect de la volonté du patient, sans que pour cela, il soit dédouané de la nécessité d'informer sur les implications des choix exprimés.

Dans ses articles 7, 8 et 9, il est traité de façon explicite la situation où un patient n'est plus en état d'exprimer sa volonté. Il est fait rappel des directives anticipées et l'obligation faite au médecin de les prendre en compte pour toutes les décisions concernant le patient.

En complément ou à défaut, le médecin se doit de consulter la personne de confiance ou à défaut la famille, voire un proche.

Les articles, de 10 à 15, détaillent l'articulation des soins palliatifs dans les établissements de santé.

Cette loi vient synthétiser les priorités, les obligations faites aux médecins pour s'inscrire dans le respect des droits et volontés du patient, pour peu que ces dernières soient en adéquation avec les valeurs défendues par le droit.

Notre phrase de conclusion soulève, néanmoins, un point particulier : « les obligations faites aux médecins », tout comme cette formulation de la loi « *Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie, en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.* ». Il est certes fait référence dans l'article 5 à une collégialité, mais à aucun moment, il n'est mis à profit les connaissances acquises par leur prise en charge singulière des autres professionnels, en charge du soin quotidien (découlant de leurs fonctions et missions). Il peut paraître regrettable de se priver de telles informations, quand l'objectif premier est de tenter de respecter au mieux la dignité du patient.

10 mois plus tard, le 7 février 2006, trois décrets d'application de la loi du 22 avril 2005 viennent apporter des précisions sur la façon d'appliquer la loi.

Le décret n° 2006-119 détaille en quatre articles « l'expression de la volonté relative à la fin de vie ». Y est définie, de façon explicite, ce que la loi nomme « directive anticipée ».

Le décret n° 2006-120 vient clarifier un point que nous nous sommes permis de critiquer précédemment, sur la prise en compte du regard et du savoir acquis par les soignants au chevet du patient. Ce décret décrit les attentes de la loi relative à la procédure collégiale : *« La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins, si elle existe, et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins, si l'un d'eux l'estime utile. »*

Décret n° 2006-122 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs. Il précise l'ensemble des mesures à assurer les soins palliatifs, grâce à la mise en place de formation et à la création ou le développement de réseaux.

Le comité national pour les soins palliatifs est institué par l'Arrêté du 9 février 2006 relatif à la création et à la composition du Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie. Il est décrit la composition de ses membres.

En 2006, la nomination de ceux-ci est promulguée par l'Arrêté du 6 juin 2006, relatif à la désignation des membres du Comité national de suivi du développement des soins palliatifs

et de l'accompagnement de la fin de vie. Ce premier comité est présidé par M. Régis Aubry, lui-même nommé par le ministre de la Santé.

L'année 2007 revient sur la notion d'un droit à un congé de soutien familial. Ce congé pour les aidants est exposé dans le décret n° 2007-573 du 18 avril 2007.

Le 31 juillet 2007, le Président de la République, Nicolas Sarkozy, évoque la création d'une franchise sur toutes les dépenses de santé. Cette dernière aurait pour but de financer la recherche, notamment sur les soins palliatifs. Le ministre de la Santé (Roselyne Bachelot) précise que les bénéficiaires de la CMU, les femmes enceintes et les enfants ne seront pas concernés par cette mesure. C'est le 1er janvier 2008, que la loi de financement va entrer en vigueur.

Concernant la recherche en soins palliatifs, la circulaire n° DHOS/MOPRC/2007/335 du 14 septembre 2007 précise au point 1.8, les modalités de « *Recherche sur la prise en charge de la fin de vie et le développement des soins palliatifs* ».

En octobre 2007, le comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement rend son rapport annuel.

Son auteur, Régis Aubry, fait un constat sur la politique de développement des soins palliatifs. De ses constats, il fait une analyse des besoins en soins palliatifs en France, fait le point sur les textes législatifs dans notre pays, tout en engageant une réflexion sur ce qui est fait au niveau international (première partie du rapport).

Dans la seconde partie du rapport, il propose une action ciblant tout particulièrement les acteurs de santé. Cette action visant à intégrer la philosophie des soins palliatifs et les pratiques qui en découlent dans la démarche de soin. Pour y parvenir, il lui semble nécessaire de développer la recherche et la formation. Afin de légitimer les soins palliatifs dans le milieu médical et par là même, développer la recherche, il insiste sur la nécessité d'une reconnaissance universitaire.

Dans le dernier point de ce rapport, il rappelle que la représentation des soins palliatifs doit aussi évoluer auprès du grand public. Pour que les soins palliatifs se développent, les efforts institutionnels ne doivent pas se focaliser uniquement sur les professionnels de santé, mais aussi sur la population, car c'est aussi en faisant évoluer les mentalités et les représentations de tout à chacun sur la mort, la fin de vie et les droits du patient, que les pratiques des professionnels se modifieront positivement.

La circulaire N° DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 organise sans ambiguïté et de façon pragmatique la place des soins palliatifs en France.

Cette circulaire donne, de façon explicite, les référentiels d'organisation des unités de soins palliatifs, des équipes mobiles de soins palliatifs, de la prise en charge palliative en hospitalisation à domicile (HAD), des lits identifiés (LISP), de la place des bénévoles. Elle inscrit les soins palliatifs dans le SROS III.

2008 est aussi l'année de la présentation du programme de développement des soins palliatifs pour les quatre prochaines années.

Ce programme décrit 3 axes :

- Continuer à renforcer l'offre hospitalière, tout en soutenant les dispositifs extrahospitaliers.
- Soutenir toutes les stratégies permettant le développement de la formation et de la recherche.
- Continuer à penser le soutien aux aidants.

Il comprend aussi trois mesures phares :

- Donner la possibilité aux patients et leurs familles de choisir leur lieu de fin de vie (hôpital, domicile, institution médico-sociale…)
- D'accroitre la qualité de l'accompagnement, tout en réfléchissant plus spécifiquement sur les questions pédiatriques relevant du soin palliatif.
- Favoriser la compréhension, pour les professionnels et surtout la population française, de la philosophie des soins palliatifs.

Le 28 novembre 2008, un rapport d'information relative aux droits des malades et à la fin de vie est enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale. Il est le fruit de la mission d'évaluation de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005.

Son rapporteur, Jean Léonetti, fait 4 grandes propositions :

- « *Mieux faire connaître la loi*
- *Renforcer les droits des malades dans la continuité des lois de 2002 et de 2005*

- *Aider les médecins à mieux répondre aux enjeux éthiques du soin*
- *Adapter l'organisation du système de soins aux problèmes de la fin de vie »*

Le 7 octobre 2009, une proposition de loi relative au droit de finir sa vie dans la dignité est proposée devant l'assemblée nationale, par M. Jean-Marc Ayrault et plusieurs de ses collègues. Le principal motif qui motive cette proposition de loi est d'encadrer une aide active à certains patients pour mettre fin à leur vie. Elle est constituée de neuf articles.

Elle a fait l'objet de trois séances publiques de discussion (19 et 24 novembre 2009) et de 26 amendements non soutenus.

Au final, la proposition de loi n'a pas été adoptée lors de la séance publique le 24 novembre 2009.

Cette proposition de loi n'est pas sans rappeler la proposition du sénateur Caillavet en 1980 sur le droit de vivre sa mort, ou, plus près de nous, celle de la proposition 21 du programme à la présidence de François Hollande en 2012.

Le 19 février 2010, est adopté le décret n° 2010-158 sur la création de l'observatoire national de la fin de vie. Il est constitué de douze membres, nommés par arrêté du ministre chargé de la santé, qui ont pour mission d'améliorer les connaissances, d'identifier les besoins d'information des professionnels et du public, à partir de l'analyse des pratiques. La présidence est assurée par le Pr Régis Aubry.

La même année, le 3 mars, paraît au Journal Officiel, la décision de l'Assemblée nationale d'adopter la loi n° 2010-209 du 2 mars 2010, visant à créer une allocation journalière d'accompagnement de personne en fin de vie.

En 2010, la loi Léonetti a 5 ans, un tournant est pris : les nombres de lits en soins palliatifs ont plus que doublé en France, passant de 2733 lits en 2005 à 6002 en 2010. L'observatoire national de la fin de vie va produire de façon annuelle, un rapport dont le premier, en 2011, s'intitulera « Fin de vie : un premier état des lieux ».

Dans la même dynamique, la question de la fin de vie s'est invitée dans les débats de la campagne présidentielle de 2012. C'est ainsi que le 17 juillet 2012, le Président de la République, fraichement élu, mandate le professeur Didier Sicard pour présider *la*

commission de réflexion sur la fin de vie, afin de faire le point sur les soins palliatifs en France et que des propositions lui soient faites avant la fin de l'année civile (2012).

Le 18 décembre 2012, le professeur Sicard remet son rapport au Président de la République, François Hollande. Il y fait le constat que la loi du 22 avril 2010, dite loi Léonetti, n'est pas suffisamment connue et appliquée par le corps médical et que cette dernière donne les moyens nécessaires aux médecins pour prendre en charge de façon pertinente les situations de fin de vie. Il écarte la piste suivie par d'autres pays de la légalisation de l'euthanasie. Le point d'orgue des recommandations du Rapport est de mieux faire connaitre la loi en vigueur, tout particulièrement celle sur les droits du patient (loi du 4 mars 2002) et celle des droits des malades en fin de vie (loi du 22 avril 2005).

Un nouveau rapport sur la fin de vie en décembre 2014, dont les rapporteurs sont les députés Claeys et Léonetti, découlera sur l'adoption d'une loi par l'assemblée nationale sur la fin de vie par « sédation profonde et continue » le 17 mars 2015.

-ooo-

Dans cette première partie, nous sommes partis des écrits freudiens afin de faire le rappel des éléments conceptuels fondamentaux de notre approche. Notre relecture a été guidée par notre problématique, à savoir, comment articuler le traumatisme psychique, la mort et le deuil ? Ces éléments sont mis en lumière par notre clinique, mais force nous a été de constater que Freud a très peu abordé la question du deuil dans son œuvre, exception explicite faite dans Deuil et mélancolie (1917). Après une lecture attentive de ce texte d'une vingtaine de pages, il nous est apparu que, malgré le titre : *Deuil et mélancolie,* Freud traite plus de la mélancolie que du deuil en soit, comme le souligne Paul-Laurent Assoun (2009). Le deuil étant utilisé comme un contrepoint à la mélancolie et servant à Freud d'élément de comparaison. Pour tenter de penser le *deuil*, il nous a fallu renoncer à trouver cette notion explicitement exposée dans un chapitre de l'œuvre freudienne. Nous avons dû renoncer à

rédiger une sous-partie sur le deuil dans la première partie de notre travail (mais nous l'aborderons dans la troisième partie). Ce renoncement nous a poussés à retourner à notre clinique et repenser le cadre dans lequel nous rencontrons les patients et leur entourage. Ce retour à notre clinique et son cadre est l'objet de la seconde partie de ce travail.

Partie 2 : Méthodologie de recherche

Chapitre 1 : Le lieu de recherche : l'Hospitalisation A Domicile

1.1. Institution

Quelques chiffres clés :

Le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille est l'un des plus importants du nord de la France. Il est le centre de référence pour toute la région Nord-Pas-de-Calais et est constitué de dix hôpitaux et 3 084 lits.

En 2013, les prises en charge en hospitalisation (médecine, chirurgie, obstétrique) s'élevèrent au nombre de 199 956.

Son effectif est constitué de 15 303 professionnels de santé. Les soignants représentant 50 % de cet effectif, complété par 3 576 personnes constituant les effectifs médicaux.

Les différentes activités médicales des services sont organisées et regroupées au sein de 15 pôles hospitalo-universitaires.

Le service d'hospitalisation à domicile est rattaché au pôle « spécialités médicales et gérontologie ». Ce pôle regroupe sept services. Il a effectué en 2013 une totalité de 19 588 hospitalisations. Le nombre de lits s'élève à 657, les personnels médicaux sont au nombre de 72, épaulés par 868 personnels non médicaux.

1.2. Le service d'hospitalisation à domicile (HAD)

La principale spécificité de notre service est qu'il ne possède aucun lit au sein de l'institution. Pour ces prises en charge, elles ont toutes lieu au domicile des patients. Sa capacité d'accueil est au nombre de 63 lits. En 2013, le nombre de séjours était de 1 278. Le service d'HAD est organisé autour de trois types de prises en charge :

- Les prises en charge adultes, qui représentent 35 lits, auxquelles sont affectés 15 infirmières et 8 aides-soignants.

- Les prises en charge de périnatalité, dont la capacité d'accueil est de 20 lits, 7 sages-femmes y sont en poste.

- Les prises en charge pédiatriques (5 lits) et de néo natalité (3 lits) sont assurées par six puéricultrices.

En complément des 36 soignants, deux médecins (le chef de service et un pédiatre), une cadre de santé, une infirmière coordinatrice, deux secrétaires, un pharmacien hospitalier et une préparatrice en pharmacie œuvrent pour le bon fonctionnement et l'organisation du service.

Afin d'assurer une prise en charge globale des patients hospitalisés, deux assistantes sociales, une ergothérapeute et un psychologue complètent l'équipe des soignants auprès des personnes hospitalisées. Chaque semestre, l'équipe est rejointe par trois internes en médecine et un interne en pharmacie.

Le service HAD a un rayon d'action de trente kilomètres autour de Lille, ce qui représente, hors aléas de la route, une quarantaine de minutes de trajet, à partir du point central. Les patients relevant d'une prise en charge en HAD relèvent de toutes les pathologies que l'on peut rencontrer dans les services hospitaliers, néanmoins, le côté aigu de leurs symptômes somatiques étant stabilisé.

1.3. Le psychologue clinicien en H.A.D.

Un retour à domicile avec des soins qui relèvent de la spécificité hospitalière est une condition de l'entrée en HAD. Lors de celle-ci, il leur est proposé le passage du psychologue, proposition qu'ils peuvent décliner ou accepter.

Afin de faciliter l'intervention du psychologue, eu égard des représentations que les patients peuvent avoir et leurs croyances sur le fait qu'un psychologue est utile uniquement pour la prise en charge « des fous », il a été convenu de les informer que le psychologue, en tant que membre de l'équipe soignante, passe systématiquement lors de toute entrée en HAD. À charge au psychologue d'établir, lors de cette rencontre, une confiance suffisante et d'entendre une potentielle demande qui n'aurait pas été formulée d'une façon explicite.

Nous insistons sur le fait que la rencontre ne se produit pas en institution, mais au

domicile du patient. La rencontre a lieu chez eux, sur leur « territoire ».

Les réactions spontanées des patients peuvent les amener à un rejet pur et simple à cette offre d'écoute.

Au moment de leur admission par l'équipe de coordination, composée d'une infirmière coordinatrice et d'un médecin, le patient est informé explicitement du passage du psychologue.

Lorsque cela est possible, le premier contact avec le patient à son domicile a lieu de façon simultanée avec le passage de l'équipe soignante.

D'expérience, les patients attendent le personnel soignant pour les soins (motif de leur hospitalisation). Ils sont donc dans une attente à laquelle les soignants viennent répondre. Simultanément, la présence du psychologue est souvent justifiée par le fait de ne pas multiplier les venues au domicile et permet à celui-ci de proposer son aide et d'interroger les représentations du patient sur la profession de psychologue. Par ce biais, il est aisé de percevoir les potentielles réticences et de démystifier des croyances qui auraient été des entraves (ou qui le resteront) pour permettre la rencontre, le cheminement du patient, si une prise en charge doit avoir lieu.

Dernier point non négligeable de l'organisation, une fois que la rencontre a eu lieu et que les patients n'ont pas posé une fin de non-recevoir à l'aide psychologique qui leur est proposée, le psychologue établira, en accord avec le patient, lors de cette seconde rencontre, la fréquence des passages et le moment où ils auront potentiellement lieu.

Aucun cadre sur la durée des rencontres n'est posé.

Certaines rencontres peuvent durer une vingtaine de minutes, d'autres plus d'une heure trente. Chacun aura compris que si c'est la situation qui dicte le temps passé, il est quasiment impossible de planifier avec exactitude le temps de la rencontre. Ajoutez à cela les impondérables découlant des déplacements, et donc de la circulation routière.

À la fin de chaque visite, il est établi, en concertation avec le patient, le jour et la demi-journée de la prochaine rencontre. Il est aussi spécifié que pour quelques raisons que ce soit, cette rencontre peut être annulée à tout moment à sa demande, sans justification, ou a contrario, s'il le désire, la rapprocher ou tout simplement la déplacer.

Les propositions faites aux patients dépendent évidemment de leur état psychologique et somatique ; de ce fait, rien ne peut être standardisé.

Il est aussi précisé au patient qu'il lui est possible de proposer à son entourage, s'il le juge nécessaire ou utile, la possibilité d'avoir ou non un soutien psychologique.

Sa décision est révocable à tout moment, sans qu'il ait à s'en justifier de façon administrative.

Lors du premier entretien, il est notifié au patient que tous les propos échangés ne seront pas divulgués aux autres partenaires de santé. Les échanges restent confidentiels et ne seront pas retranscrits. Cette précision permet, là aussi, d'instaurer un climat de confiance et de permettre une prise en charge, sans peur du jugement des autres.

Afin que l'équipe sache qu'une prise en charge psychologique est en cours, chaque passage est tracé dans le classeur de transmissions, sans relater les propos échangés.

Lors des synthèses hebdomadaires (ces dernières sont pluridisciplinaires), la situation de chaque patient pris en charge par le service est réactualisée, ce qui permet une optimisation de la prise en charge. Au cours de ce bilan, l'intervention du psychologue se fait, là aussi, sans divulguer les informations confidentielles acquises lors des rencontres. Néanmoins, si la situation le nécessite — bien souvent à la demande des soignants —, des conseils dans les conduites à tenir dans la rencontre avec le patient peuvent être émis par le psychologue. De plus, les synthèses permettent d'identifier les difficultés spécifiques des soignants face à certaines situations, la mise en commun de l'expérience de chacun permet bien souvent d'apporter un éclairage et un soutien dans la prise en charge. Elles permettent aussi d'identifier la souffrance de certains patients qui, jusque là, ne l'avaient pas émise et par conséquent, de provoquer une nouvelle rencontre avec les mêmes règles que la première, c'est-à-dire le choix du patient de refuser un suivi ou un accompagnement du psychologue.

1.4. La rencontre en H.A.D.

Nous avons décrit, précédemment, le contexte de notre clinique. Il nous a fallu nous adapter à cette situation particulière qu'est le domicile des patients. Lors de nos rencontres, nous venons chez eux. Il nous faut donc, dans un premier temps, nous faire accepter dans l'intimité de leur lieu de vie.

La première difficulté réside dans le fait que nous arrivons dans un lieu inconnu. Ce lieu est bien souvent chargé d'histoires, de particularités, de spécificités dont nous n'avons aucune idée. La famille du patient et le patient nous accueillent dans le contexte de l'hospitalisation à domicile. La première tâche dont nous devons nous acquitter est de ne pas être vécu comme un intrus ou une menace potentielle. Pour cela, nous devons respecter au mieux les valeurs et représentations de nos hôtes. Nous gardons à l'esprit que la place que nous avons dans le discours des soignants influe grandement sur la qualité de la rencontre des patients avec leur famille.

Rencontre après rencontre, nous apprenons à connaître les patients. Rencontre après rencontre, nous découvrons leur histoire. Jour après jour, nous tissons avec eux un lien qui va nous permettre de tenter de les accompagner et de, potentiellement, les aider à cheminer dans leur parcours de vie.

Monsieur M.

Monsieur M. est un patient d'une quarantaine d'années. Le jour où nous nous présentons à son domicile, c'est son cousin, un peu plus jeune que lui, qui nous ouvre la porte. Les premiers mots du cousin de Monsieur M. sont de me chuchoter *« il ne sait pas que nous savons »*. Une fois rentré, il nous accompagne au chevet du patient, nous propose un café, et s'éclipse rapidement. Après nous être présentés, les premiers mots du patient sont *« ma famille ne sait pas ce que j'ai, et je ne veux pas leur dire pour ne pas les inquiéter »*.

Notre première question à Monsieur M. est simple : *« qu'est-ce que votre famille ignore ? »* En baissant la voix et en vérifiant que nous sommes bien seuls, le patient nous explique *« J'ai un cancer et c'est très grave. Mais je suis inquiet pour ma femme et ma fille. Ma fille n'a que 4 ans. Ces derniers temps, je la trouve infernale… »*.

Les rencontres se succèdent chez Monsieur M. Nous y sommes toujours très bien accueillis, enchaînant les entretiens avec le patient, puis sa fille, en présence de la mère. Une des façons que Monsieur M. a trouvé de prendre soin de ses proches est de taire sa maladie. La façon que les proches de Monsieur M. ont trouvé de prendre soin de lui, est d'accepter ce « secret de polichinelle ». La seule personne qui détonne est cette petite fille de quatre ans qui, par son comportement, inquiète ses parents.

Durant les quelques semaines que dure le suivi de Monsieur M., ce dernier ne change pas beaucoup son discours *« moi ça va, ce qui m'inquiète c'est ma famille, ma fille »* ; pour ce qui est de nos rencontres avec sa femme et sa fille, nous nous appliquons à parler des inquiétudes de sa femme : *« Ma fille est infernale ces derniers temps, elle a toujours besoin que l'on s'occupe d'elle »* pendant que la petite fille joue à côté de nous. De temps à autre, elle vient nous solliciter pour nous montrer un jouet avant de repartir dans un coin de la pièce et s'activer avec ce dernier. Au fil des jours, l'épouse de Monsieur M. prend conscience des ressources dont elle dispose, par le biais de son entourage très présent. Nous ne savons pas si le fait que cette petite fille de quatre ans s'apaise petit à petit provient de l'apaisement de sa mère ou des reformulations que nous lui adressons lors de nos rencontres. Il n'est pas exclu que le discours que nous avons adressé à cette petite fille ait eu pour effet d'apaiser sa maman. Nous pensons que cette dernière et sa petite fille, très attentives l'une de l'autre sont parvenues à s'inscrire dans l'instant. Nous avons la conviction que l'inquiétude de la maman a été soulagée par notre discours qui lui renvoyait le comportement adapté de sa fille en présence d'un tiers. Le fait que cette mère observe sa fille jouer et montrer ses jouets, lui a permis se retrouver en position d'observateur de sa fille. L'effet a été immédiat, l'enfant sembla renoncer à capter l'attention de sa mère tout en lui adressant un regard de temps à autre.

Pour ce qui est des inquiétudes de cette épouse *« Comment on va faire quand il ne sera plus là ? »*, nous lui avons fait identifier dans les réponses qu'elle nous a données les ressources familiales qui l'entouraient, face au drame qui s'annonçait du décès de son époux. Elle a pris conscience qu'elle n'était pas seule pour affronter les événements (sa belle famille étant particulièrement présente et impliquée dans la prise en charge de la maladie de son mari).

Monsieur V.

Il y a aussi cette rencontre avec Monsieur V. Lors de notre passage à son domicile, son épouse nous ouvre la porte et nous accueille chaleureusement. Après nous être présenté, la réponse de Monsieur V. est simple et abrupte : *« moi je veux pas vous parler, je n'ai pas besoin de vous »*. Devant cette fin de non-recevoir, son épouse prend la parole et dit *« ben si tu veux pas parler à Monsieur, moi j'ai besoin de parler ! »* Nous nous sommes installés dans la cuisine, pendant que Monsieur V. regardait la télévision. Au bout de quelques instants, Madame V. demande si nous ne pouvons pas sortir pour échanger, ce que nous faisons. Durant trois quarts d'heure, nous marchons dans le quartier pendant qu'elle exprime ses difficultés face à la situation qu'elle est en train de vivre. L'une de ses phrases résume l'idée principale de son propos : *« s'il n'était pas tombé malade, je l'aurais quitté, maintenant je ne peux plus ».*

Lors de notre seconde entrevue, nous n'avons pas le temps de saluer Monsieur V. qu'il nous dit : *« moi aussi je veux vous parler ! Mais pas ici ! »* C'est ainsi que l'on se retrouve avec Monsieur, mais assis dans sa voiture, garée devant le garage de sa maison. Au cours de l'entretien, il ne cesse de faire allusion à ce qu'il suppose que sa femme a pu me dire, et d'argumenter en conséquence. *« Il faut que vous sachiez que l'on ne peut pas compter sur elle. Même mes enfants le disent. Elle est en dessous de tout, elle n'est jamais là quand j'ai besoin d'elle. »* Les fois suivantes, Monsieur V. refuse de nouveau de nous parler et ne cache pas son agacement sur le fait que son épouse, elle, ne se prive pas de l'occasion qui lui est donnée de s'exprimer.

Nous pourrions donner des centaines d'exemples pour illustrer les rencontres avec les patients du service. Elles ont en commun qu'elles sont toutes différentes et singulières. Il faut parfois plusieurs rencontres pour que les patients et leurs familles parviennent à trouver comment utiliser ce moment mis à leur disposition. Nous nous sommes bien entendu interrogés sur les effets de ces rencontres, sur l'objectif de ces dernières. La psychanalyse nous met à disposition le concept de transfert et de contre-transfert pour éclairer l'élaboration du lien et les effets produits par ce dernier sur les acteurs de la rencontre. Mais c'est dans le propos de Nasio, lors de sa conférence du 16 avril 2016, que nous avons trouvé la formulation la plus fertile, selon nous, à expliquer notre travail de clinicien : *« ... Notre travail avec nos patients est de dédramatiser cet imaginaire morbide, démesuré, exagéré… c'est cet imaginaire morbide que le thérapeute doit travailler… par imaginaire morbide, j'entends fantasme inconscient »*.

En s'appuyant sur leur histoire et leur représentation, les patients tentent de trouver des solutions pour retrouver un équilibre que la maladie a rendu précaire. Dans notre clinique quotidienne, nous les trouvons souvent dans un grand désarroi, quand ils se posent pour tenter de mettre des mots sur ce qui leur arrive. Bien souvent, les soignants deviennent un référentiel. Leurs propos, leurs attitudes, leurs réactions sont bien souvent passés au crible et constituent en grande partie le matériau avec lequel les patients tentent de fonctionner. Il nous est souvent arrivé d'entendre, chez les soignants, des questionnements sur la maladie ou situation de certains patients. Dans nos rencontres avec les patients, force nous a été de constater que ces questionnements chez les soignants avaient une similitude avec leurs préoccupations. Cette observation illustre, selon nous, les effets du transfert et du contre-transfert. Le côté positif est que l'on a la preuve qu'il y a bien une « rencontre », l'aspect négatif serait, selon nous, que sans le vouloir, le corps médical dépossède le patient de ses questions au profit des leurs.

1.5. Fin de prise en charge

Lorsque le patient a terminé sa prise en charge en HAD, le soutien psychologique se termine, exception faite des post-deuils. Il est alors proposé au patient, s'il le désire, de s'orienter vers un confrère pour continuer son cheminement.

Cette prise en charge du post-deuil est une prise en charge particulière, puisqu'elle est réglementée[7] et peut, par conséquent, continuer bien au-delà de la prise en charge en HAD.

D'un point de vue administratif, toutes rencontres du psychologue avec un patient ou un membre de son entourage, pris en charge au sein de la structure de l'HAD, doivent être tracées dans le dossier patient du domicile de celui-ci (un équivalent à ce dossier existe au sein de la structure, les deux dossiers seront fusionnés lors de la sortie administrative du patient).

[7] Circulaire DHOS/O2 n° 2008-99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

La traçabilité se fait donc uniquement au domicile du patient, exception faite des échanges téléphoniques qui seront alors tracés dans le dossier présent au sein de la structure.

Cette traçabilité concerne uniquement la venue du psychologue et non le temps de la rencontre, ainsi que la teneur de celle-ci.

Le temps de la rencontre est un point important, même si celui-ci n'est pas tracé. Nous noterons une différence de terminologie entre entretien et échange. L'échange concerne un moment privilégié, cordial, n'induisant pas forcément un travail d'élaboration psychique, contrairement à un entretien psychologique.

Le temps d'un échange peut être très court, alors que la durée d'un entretien va fluctuer en fonction de la disponibilité et de la demande du patient. Néanmoins, avec l'expérience, nous remarquons, lors d'un suivi régulier, que la durée tend à se stabiliser. Chaque patient trouvant à son insu, le temps qui lui est nécessaire. Au regard de la dispersion géographique, du temps nécessaire à la rencontre, le nombre de patients vu chaque jour ne peut excéder quatre.

Chapitre 2 : La démarche clinique

En 1925, Freud nous rappelle que la psychanalyse se pense et s'organise autour de trois concepts clés : topique, économique et dynamique. La tentative qui est la nôtre, de tenter de penser, de mettre en mots et de figer dans un discours, un travail relevant du psychisme, s'inscrit en contrepoint avec la définition de la nature dynamique de ce que nous tentons désespérément de saisir.

Jean Gagnepain, Professeur de linguistique et d'épistémologie des Sciences humaines à l'Université de Haute Bretagne, le formulait à sa façon, dans son propos sur le langage : *« En l'écrivant, nous mettons le langage en conserve… »* (Gagnepain, 1982, p. 138). D'autant que nous rajouterons que les conserves ont des dates de péremptions. Il nous semble nécessaire de rappeler ces écueils, afin de relativiser le fruit de notre travail de recherche.

2.1. L'écoute

Le paradigme, selon Freud, des outils pour engager une réflexion, est l'écoute.

D'un point de vue phénoménologique, c'est une interaction.

- Comment cette interaction peut-elle être mise en place ? (afin qu'elle soit fertile)
- Comment réfléchir son métier ?

Nous partons du postulat que toute demande provient d'une personne en souffrance.

Il est nécessaire de prendre le temps de se poser et de tenter de se rendre disponible avant toute rencontre. Ce temps nous apparaît comme primordial, pour pouvoir accueillir la parole de l'autre. Nous gardons à l'esprit que notre attitude, disponibilité face au patient, va induire en partie ses réactions, son discours.

Sans questionnement au préalable, il nous semble que l'écoutant ne peut pas entendre quoi que ce soit du tiers. En effet, il ne peut pas séparer le « bon grain de l'ivraie ».

Dans la représentation générale, le psychanalyste est fantasmé comme un joueur d'échecs. C'est-à-dire qu'il « prédit » à l'avance ce que le patient peut « penser » ou ce qu'il a vécu. Même si cela est évident, il convient de rappeler que la réalité est toute autre.

2.2. Le transfert, outil primordial

> *« Le transfert s'instaure spontanément dans toutes les relations humaines, tout aussi bien que dans le rapport du malade au médecin, il est partout le véritable porteur de l'influence exercée par la thérapie et il agit d'autant plus fortement que l'on soupçonne moins sa présence.* ***La psychanalyse ne le crée donc pas****, elle le découvre seulement à la conscience et s'empare de lui pour orienter les processus psychiques vers le but souhaité. »* (Freud, 1910, p. 51)

Comme nous l'avons déjà formulé, nous tentons de penser notre travail avec les outils de la théorie freudienne. Il nous semble important de rappeler que, dans notre clinique, la logique de nos suivis s'inscrit par les effets de ce que Freud nomme *le transfert.*

« Si l'on s'engage dans la théorie de la technique analytique, on en arrive à l'idée que

le transfert est quelque chose de nécessairement requis. […] Mais il [le transfert] ***ne peut être contourné****, puisqu'il est utilisé pour créer tous les obstacles qui rendent inaccessible le matériel de la cure, et que le sentiment de conviction quant à l'exactitude des corrélations construites par nous, n'est suscité chez le malade, qu'une fois le transfert résolu. »* (Freud, 1905a, p. 295-296)

Mais Freud nous rappelle que si le transfert est ce par quoi nous pouvons avancer avec le patient, il convient de garder à l'esprit qu'il est aussi ce par quoi nous pouvons être tout aussi puissamment empêchés : *« Le transfert, qui est destiné à être* ***le plus grand obstacle à la psychanalyse****, devient son* ***plus puissant auxiliaire*** *si l'on réussit à le deviner chaque fois et à le traduire au malade »* (*op. cit.*, p. 297)

Dans la relation que nous tissons dans notre clinique, de par l'offre d'écoute que nous proposons et nos réactions (que nous pourrions fantasmer comme étant neutre), nous contribuons à l'émergence de ce phénomène qu'est le transfert. C'est par ce dernier que le patient va pouvoir mettre à l'épreuve certains des éléments prégnants de son histoire, qu'il n'a pas pu gérer au mieux au moment de leur survenu et que, dans les situations extrêmes, il a écarté. La distance avec ces événements est directement corrélée à l'intensité des mécanismes de défense, qui sont entrés en jeu pour maintenir l'équilibre de l'appareil psychique du Sujet. Le souvenir de ces événements peut demeurer inaccessible, mais les effets de ces derniers s'expriment dans la situation de transfert et permettent de circonscrire la zone ou, au mieux, la direction à prendre pour réagencer une partie des éléments à mettre au travail. Freud l'exprime ainsi : *« Chaque fois que nous traitons psychanalytiquement un nerveux,* ***survient chez lui le phénomène*** *déconcertant qu'on appelle transfert, c'est-à-dire qu'il adresse au médecin une somme de motions tendres, bien des fois mêlées à de l'hostilité, qui n'est fondée sur* ***aucune relation réelle*** *et qui, d'après tous les détails de sa survenue, est chez le malade, forcément dérivé de ses souhaits de fantaisie anciens et devenus inconscients. Cette part de sa vie de sentiment qu'il ne peut plus rappeler à son souvenir, le malade la revit donc dans son rapport au médecin et* ***ce n'est que par le fait de la revivre ainsi dans*** *le « transfert » qu'il se convainc de l'existence, comme de la puissance »* (Freud, 1910, p. 50-51)

C'est donc par l'entremise du transfert que nous parvenons à obtenir des effets sur le fonctionnement du patient ; fonctionnement faisant, bien souvent de la part du patient, l'objet d'une souffrance. Une souffrance dont il ne parvient pas à mettre ses mots, mais à plaquer un discours où il ne parvient pas à se retrouver, ou pour le dire autrement, des mots qu'il ne

parvient pas à entendre et qui ne font que dévoiler la fracture du morcellement de ce qu'il revendique comme son histoire, mais qui demeure non métabolisable par son appareil psychique. C'est ainsi qu'il échoue à intégrer cette part lui appartenant de plein droit, mais dont il ne peut jouir. Le symptôme étant cette tentative désespérée d'y parvenir, tout en échouant systématiquement. Le symptôme prenant ainsi cette place tel un pis-aller et générant, de ce fait, une jouissance tronquée due à l'absence de cette part manquante.

Un tel fonctionnement permet de profiter d'une partie de ce qui est la cause du symptôme, à défaut du tout et de le renouveler indéfiniment dans la répétition du symptôme.

Le danger à laisser s'installer ce mécanisme est qu'il finisse par perdre son statut de tentative d'aboutissement au profit d'un attribut du sujet dans lequel il finit par se reconnaître et s'identifier.

Le transfert est donc un élément primordial pour travailler sur le symptôme. Freud nous rappelle que tous deux partagent un point commun qui n'est autre que la répétition : *« Nous remarquons bientôt que le transfert n'est lui-même qu'un fragment de répétition et* ***que la répétition est le transfert du passé oublié****, non seulement sur le médecin, mais également sur tous les autres domaines de la situation présente. » (Freud, 1914a,* p. *190)*

Freud nous rappelle un point important quant au statut du transfert. Ce dernier peut évoluer (et il évolue bien souvent) en quelque chose d'hostile : *« Si la cure commence sous les auspices d'un* ***transfert positif*** *tempéré et non exprimé, elle permet tout d'abord, comme dans l'hypnose, une plongée dans le souvenir pendant laquelle même les symptômes de maladie se taisent ; mais si par la suite, ce* ***transfert devient hostile*** *ou excessivement fort et nécessite de ce fait le refoulement, alors la remémoration cède aussitôt la place à l'agir. À partir de là, les résistances détermineront l'ordre de succession de ce qui est à répéter. Le malade va chercher dans l'arsenal du passé les armes avec lesquelles il se défend de la poursuite de la cure et que nous devons lui arracher pièce par pièce. »* (*op. cit.*, p. 191)

Mais ne perdons pas de vue notre objectif dans les possibilités que nous offre le transfert, qui est d'aider le patient à aller mieux avec les éléments qu'il a hérités de son histoire personnelle et la perception qu'il a de son histoire contextuelle.

Pour y parvenir, le patient doit se réapproprier ces parts manquantes qui le mettent en souffrance, et cela en étant soutenues par le lien transférentiel qu'il a forgé avec le thérapeute.

Ce n'est que quand il se sentira suffisamment en sécurité avec le thérapeute qu'il s'autorisera à prendre le risque de s'aventurer en ces lieux vécus comme si dangereux qu'il ne pouvait que les mettre à distance, les éviter par le biais du symptôme.

« Lorsque la liaison instaurée par le transfert est devenue telle qu'on puisse de quelque façon s'en servir, le traitement parvient à ***empêcher le malade d'effectuer toutes les actions de répétition,*** *tant soit peu significatives et à utiliser comme matériel pour le travail thérapeutique le projet qu'il en avait conçu in statu nascendi (À l'état naissant) »* (*op. cit.*, p. 193)

« Or le moyen principal de dompter la contrainte de répétition du patient et de la transformer en un motif de remémoration, se trouve dans le maniement du transfert. […] Le transfert crée ainsi un royaume intermédiaire entre la maladie et la vie, à travers lequel s'effectue le passage de la première à la seconde. » (*op. cit.*, p. 194)

Du point de vue de l'approche analytique, nous devons faire un travail sur nos refoulements, sur nos inhibitions afin de les circonscrire. Le but de ce travail est, dans la mesure du possible, d'éviter d'être sur un mode défensif ou d'être inaccessible à l'autre, quelles qu'en soient les raisons.

Ce travail permet de comprendre notre propre vulnérabilité pour accueillir l'autre, lui préparer une place et le laisser s'en saisir. Il peut prendre cette place parce que « c'est lui et c'est moi ».

Par conséquent, nous comprenons bien qu'un soignant n'est pas interchangeable. L'autre nous a choisis.

La lecture que nous pouvons en faire se fait à la lumière du concept du transfert et du contre-transfert. Rappelons que le contre-transfert témoigne d'une réaction du thérapeute. Il est donc nécessaire de prendre conscience, non pas de l'image que l'on peut renvoyer à l'autre, mais de la façon dont le patient perçoit cette image. Ainsi décrite, la situation pourrait être simple, si nous avions cette connaissance de la façon dont l'autre nous perçoit. Pour rester pragmatique, nous n'avons que des signes des effets qui se produisent chez lui, qui peuvent nous guider dans la rencontre avec l'autre. Un second point à ne surtout pas négliger, dans cette rencontre, certes l'autre interagit, tout comme nous interagissons avec lui, et à ce titre, il convient de tenter de percevoir ce qui nous échappe de nous-mêmes dans cette rencontre.

D'un point de vue psychique, rien n'est équivalent, car il existe une singularité dans l'histoire et dans le sujet. On ne décide pas de l'endroit où l'autre nous met. C'est le patient qui choisit son thérapeute, ou du moins de la place qu'il lui accorde.

La place de l'écoutant, son travail n'est pas de choisir, mais de faire en sorte d'autoriser, de faciliter la possibilité d'être choisi, d'où l'importance du travail personnel sur ses propres mécanismes de défense.

2.2.1. Travers d'un transfert qui peut ne plus en être…

Le transfert est un prérequis au potentiel travail, tel que nous tentons de le décrire. C'est un mécanisme puissant qui doit, selon nous être, pensé et réfléchi par le professionnel. Il nous est difficile de prévoir l'intensité de son surgissement et les implications directes et indirectes qu'il peut avoir dans la relation thérapeutique avec le patient. La responsabilité du professionnel est de penser la rencontre thérapeutique dans le cadre qu'il tente de poser pour permettre l'émergence d'un lien thérapeutique. Freud parle de *liaison instaurée par le transfert* au sujet de cette notion, nous préférons utiliser le terme de « liens ». Dans l'apparition de liens, il y a la prise de risque d'une interdépendance inhérente au fonctionnement humain. Nous l'avons rappelé en citant Freud en début de cette partie (*Le transfert s'instaure spontanément dans toutes les relations humaines….).* Ce propos freudien vient en écho avec les propos d'Albert Memmi : « *En tout cas, j'ai tendance à penser que la* ***dépendance*** *est à* *la racine de notre condition d'humain*. *Elle n'est pas un vice, comme l'affirment certains moralistes, ni une maladie, comme veulent le croire certains médecins ; elle nous constitue depuis notre naissance et nous accompagne le long de notre existence. »* (Memmi, 2009, p. 67). Ce point commun, énoncé entre ces deux auteurs, nous a permis de cheminer dans notre volonté de penser le transfert, dans un premier temps, de façon spécifique en lien avec notre clinique en soins palliatifs et dans un second temps, de façon plus générale.

Les patients que nous rencontrons sont, la plupart du temps, atteints d'une maladie grave, et bien souvent incurable. Les ressources thérapeutiques de la médecine sont la plupart du temps, dépassées. Malgré eux, la maladie fait partie de leur vie de patient, malgré eux, l'histoire de la maladie n'est plus dissociée de leur propre histoire. Leur vie de patient a été

ponctuée par les traitements plus ou moins agressifs, ponctuée par les effets secondaires de ces mêmes traitements, quand ce n'était pas par les symptômes envahissants de la maladie elle-même. Albert Memmi vient mettre en mots des propos tenus par des familles après le décès de leur proche, à moins qu'ils ne l'expriment avec le patient, lorsque la maladie se rappelle à eux par ses symptômes. Au sujet de la maladie, cet auteur nous dit *« La **maladie** peut être l'antichambre de la mort, mais, si l'on y stagne un moment, on n'y demeure pas toujours, on pourrait en sortir pour une nouvelle incursion. Partie remise. On peut aussi y mesurer ses limites, les risques à vivre ; la maladie peut être une expérience, une épreuve. » (op. cit.,* p. 244). Ce préambule au sujet de cet auteur nous semble important pour aborder une dimension du transfert qui est celui de la dépendance. Effectivement, avec le transfert, se fait jour une dépendance qui, selon nous, si elle n'est pas pensée, pourrait devenir délétère pour le patient (et ne l'oublions pas pour le thérapeute aussi, en dehors de tous intérêts mercantiles) – il nous faut rappeler par la même occasion, notre objectif premier dans la prise en charge d'un patient en souffrance, pour cela, nous empruntons à la médecine un terme qui appartient à son registre sémantique, « guérir ». Nous ne prétendons pas guérir un patient d'une maladie somatique et de ses douleurs somatiques ; nous prétendons tenter de le soulager et pourquoi pas guérir tout ou partie de ses symptômes issus de conflits psychiques – penser la dépendance inévitable dans laquelle un patient qui, par essence, se trouve dans une situation de vulnérabilité, nous apparait primordiale. Nous ne pouvons pas accepter le modèle ancien du médecin s'inscrivant avec le patient dans une relation paternaliste et infantilisante. Penser la dépendance, l'inter-dépendance, telle fut l'ambition d'Albert Memmi. Son constat de départ était qu'il fallait dissocier deux types de situations impliquant la dépendance, il fallait tenter de penser la relation (potentiellement de dépendance, mais une relation respectueuse éthique) pour cela, il propose : *« il me parut bientôt nécessaire de distinguer quatre conduites au lieu de deux : la **sujétion** et la **domination**, d'une part, la **dépendance** et la **pourvoyance** d'autre part. »* (Memmi, 1979, p. 18). Nous nous inscrivons totalement dans cette vision des choses où il est nécessaire de respecter la dépendance d'un sujet et que l'objectif de notre pourvoyance s'inscrit dans une volonté de l'accompagner vers une autonomie – à l'image de parents vis-à-vis de leur nouveau-né, ou comme le rappelait, au sujet des enfants, Khalil Gibran *« ils ne nous appartiennent pas, ils nous sont confiés »* (p. 17) – la dépendance pensée ainsi s'inscrit dans un objectif transitoire, à l'opposé d'une dialectique du maitre et de l'esclave s'inscrivant dans un rapport de domination et de relation potentielle d'emprise (Dorey, 1981).

Chapitre 3 : Les rencontres cliniques de notre travail de recherche

En tant que psychologue clinicien de services hospitaliers conventionnels, il est facile de se représenter les conditions dans lesquelles nos rencontres ont lieu. Les patients accueillis dans les services sont affectés dans des chambres où leurs soins vont leur être prodigués. En dehors des moments programmés (repas, tour médical, toilette, administration de traitement, etc.) ils ont la possibilité de solliciter l'équipe soignante par l'intermédiaire d'une sonnette qui déclenchera la venue d'un soignant. Dans les interstices de cette organisation, le psychologue peut tenter une rencontre avec les personnes hospitalisées.

Ce qui motive ces rencontres est en premier lieu son appartenance à l'équipe soignante du service. Les soignants, lors de leur mission, ont pu repérer des éléments qui les ont amenés à considérer que le psychologue pouvait apporter une plus-value dans la prise en charge de leurs patients.

En second lieu, la rencontre avec un psychologue peut découler d'une demande spontanée de la part d'un patient. En dernier lieu, il y a aussi ces moments, non prémédités ou par sa présence dans le service, le psychologue peut spontanément se présenter aux personnes présentes et leur offrir la possibilité d'un échange.

Dans une structure hospitalière, le regroupement des patients au sein d'un service permet une organisation de travail où le temps mis à se rendre au chevet d'un patient, peut être considéré comme négligeable. Il en est tout autrement dans un service d'hospitalisation à domicile.

3.1. Étendue géographique

La zone d'intervention du service s'étend dans un rayon d'une trentaine de kilomètres autour du centre hospitalier. Il est constitué de zones à forte densité urbaine et de zones rurales, le tout composé par 124 communes. Notre service, même s'il fait partie d'un centre hospitalier, son étendue géographique est disproportionnée par rapport à un service conventionnel, ce qui nous a contraint à repenser notre organisation.

Comme nous l'avons déjà précisé, la capacité d'accueil maximal de notre service étant de 63 lits, il ne nous est pas possible de rencontrer tous les patients hospitalisés. Dans les situations extrêmes, il peut y avoir jusqu'à 40 minutes de déplacement entre le domicile de deux patients, si la circulation routière est fluide et sans encombre (ce qui est exceptionnellement le cas).

3.2. Spécificité du domicile

Très rapidement, nous avons dû prendre en compte un autre élément fondamental, que nous n'avions pas soupçonné, dans le cadre de notre pratique. Dans les services hospitaliers conventionnels, les patients que nous sommes amenés à rencontrer sont regroupés dans des lieux de soins qui ne sont pas leur lieu de vie. Leurs vêtements sont bien souvent troqués par des blouses fournies par l'institution, afin de faciliter les soins. L'environnement de soins et son organisation obéissent à des règles strictes afin de maîtriser au mieux leur environnement et réduire au maximum les facteurs de contamination, d'aggravations exogènes et non maîtrisés de leurs pathologies. Les patients ainsi déracinés de leur lieu de vie où ils ont leurs habitudes, leurs repères, acceptent bien souvent cet état de fait, en échange des soins qui leurs sont prodigués.

Du point de vue des soignants, cette situation a aussi des effets. Ils ne prodiguent plus leurs soins aux patients dans un lieu qui est le leur, un lieu dont ils connaissent l'organisation, l'agencement et où ils peuvent trouver le secours d'autres professionnels, en cas de difficultés dans l'exercice de leur activité.

Le fait de se rendre au domicile du patient les contraint, en tout premier lieu, à devoir prendre en compte, transiger (et parfois négocier) avec les règles et l'organisation du lieu de vie du patient pris en charge, avant même de pouvoir prodiguer les soins pour lesquels ils sont mandatés.

Là où habituellement, c'est le patient qui doit s'adapter aux règles de l'institution de soins, s'il désire bénéficier de la prise en charge de sa pathologie, dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, il nous semble plus juste de dire que les rôles s'inversent en grande partie ; c'est aux soignants de s'adapter au mieux aux règles, aux exigences, aux contraintes qui découlent de l'espace privé du patient et de son entourage pour remplir sa

mission de soins. La spécificité du domicile nous a amené à prendre en compte une dimension bien souvent sous-évaluée — quand elle n'est pas niée en établissement hospitalier — Certes l'Hospitalisation à Domicile reste et demeure une hospitalisation au sens administratif du terme, mais dans la réalité du terrain, elle se déroule sur « les terres » du patient et de son entourage. Cet état de fait est un révélateur puissant de la rencontre entre l'organisation du soin dont les acteurs sont les soignants et le mode de fonctionnement « patient-famille » qui lui s'organise avec le patient lui-même et son entourage. Ces deux systèmes ont pour nécessité absolue de ne pas se contrarier, ni même s'annihiler (Reynaert et al., 2006). Même si officiellement la place de chacun est théoriquement définie, tous les acteurs de ces situations de soin ne sont que rarement, voire exceptionnellement, présents en même temps (au domicile avec le patient). Le médecin, les infirmiers, les aides-soignants, le psychologue, une partie de la famille, toutes ces personnes défilent au chevet du patient en fonction de contraintes multiples. Les occasions pour qu'apparaissent des dysfonctionnements, des quiproquos, des loupés sont légion. Il est donc primordial que chacun trouve sa place, non celle qui lui est affectée, mais celle qui lui revient de droit — prenons le risque de l'espérer — celle dans laquelle il se reconnaît au même titre qu'on l'y reconnait.

L'un des enseignements du contexte atypique de la prise en charge au domicile du patient, est de tenter de (re)penser la prise en charge du patient en établissement de soins et ainsi de s'autoriser à concevoir que ce lieu qu'est l'hôpital soit non comme un fief où s'exerce le pouvoir d'experts dans le soin auquel il faudrait faire allégeance dans l'espoir d'être « bien soigné », mais un lieu avant tout pensé par le "système-soignant", comme celui où on tente de potentialiser le maximum de ressources pour des patients rendus vulnérables du fait de la survenue de leur pathologie. Nous pensons que cette dynamique pour pouvoir émerger est de la responsabilité des deux systèmes (système-soignant / système-patient) qui ont à se penser en complémentarité et non dans une logique de clivage.

Penser et réfléchir le lieu de rencontre (ou d'exercice) au même titre que la nature d'un traitement ou la compétence d'experts prodiguant leurs expertises et la façon dont ils la prodiguent relève, selon nous, d'enjeux qui ne sauraient être dissociés (Libert & Reynaert, 2009).

3.3. La place du psychologue

La prise en compte des spécificités du domicile nous a contraints à devoir penser la rencontre avec le patient. Nous avons dû réfléchir à la façon de nous coordonner, de nous intégrer au fonctionnement des soignants de l'équipe.

Les patients hospitalisés dans le service d'HAD sont tous informés de la présence d'un psychologue au sein de l'équipe soignante au moment de leur admission. Nous avons fait le choix de ne pas prendre rendez-vous avec ces derniers, mais bien souvent, d'accompagner l'équipe soignante à l'occasion d'un soin et ainsi d'être identifié comme membre à part entière des professionnels les prenant en charge. Nous pensons que cette façon de procéder a permis, de façon privilégiée, la rencontre, sans que cette dernière ne soit trop biaisée par l'anticipation des patients à rencontrer un psychologue et toutes les représentations se rattachant à cette profession. Extrêmement rares furent les refus de la part des patients.

Le contact établi, nous nous sommes systématiquement appliqués à expliquer notre fonctionnement. Nous étions à leur disposition pour échanger, s'ils le désiraient, sur leur situation actuelle et les événements qu'ils jugeraient opportun de partager avec nous. Nous restions à leur disposition ainsi qu'à celle de leur entourage. Nous prenions la précaution de préciser que le temps de la rencontre dépendrait des éléments qu'ils voudraient aborder et du temps qu'il leur serait nécessaire pour l'aborder. Il leur était également précisé qu'en aucune façon, les propos qu'ils tiendraient lors des entretiens, ne seraient relatés ni à leur entourage ni à l'équipe soignante, mais qu'ils restaient libres de répéter leurs propos à leurs proches ou aux soignants, s'ils le jugeaient nécessaire et pertinent.

C'est ainsi que certains patients exprimaient le fait que pour leur part, ils n'éprouvaient pas le besoin (dans un premier temps) de s'entretenir avec nous, mais qu'ils seraient rassurés par le fait que leurs proches aient, eux, la possibilité de le faire.

Pour les patients, les entretiens étaient effectués à leur chevet ; pour les proches, cela pouvait avoir lieu dans une autre pièce, soit dans certains cas, à l'extérieur du domicile lors d'une promenade dans leur quartier. Il n'était pas rare que des questions surviennent au sujet d'enfants faisant partie de l'entourage direct du patient.

Dans d'autres cas, nous avons été amenés à coordonner nos rencontres avec l'entourage du patient, au moment des soins de l'équipe soignante. Nous présumons que le fait de savoir

le patient pris en charge par les soignants, permettait à son entourage de s'autoriser « à décompresser », et finalement, de les amener à parler de la façon dont ils vivaient la situation du retour au domicile de leur proche.

3.4. Le tissage d'un lien - une rencontre

> *« La parole survient quand on habite le langage en y risquant sa peau, c'est-à-dire quand on se risque à s'interroger sur qui on est et à tenter de le dire. Il y a dans la parole une véritable attestation de l'être qui se donne dans le langage. »* (Malherbe, 2007, p. 29)

Le retour au domicile d'un patient, dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, vient perturber l'organisation habituelle des patients et de leur entourage. Dans le cas de pathologies lourdes handicapantes et parfois morbides, le retour dans un cadre familier est, certes, un avantage, mais l'absence de cadre médical, hospitalier de tous les instants, peut générer des états d'anxiété qui ont rarement été anticipés par le patient et son entourage (qui, dans ce contexte précis, se voit qualifié « d'aidant » dans l'organisation de l'hospitalisation à domicile ; sans eux, le retour au domicile est bien souvent impossible).

C'est principalement face à ces situations que nous tentons d'apporter une aide. Dans ce contexte, les réactions oscillent entre deux extrêmes. Soit, lors de nos entretiens, le patient a besoin de témoigner, de parler de la situation qu'il vit, tout en ayant pris conscience que la logique qu'il utilisait pour penser sa vie antérieurement, est inadaptée et le met en difficulté, soit ce qu'il vit le met tellement en difficulté qu'il se trouve dans l'incapacité de penser, de prendre du recul, ne parvenant bien souvent qu'à être submergé par ses affects. Ses questions, quand il parvient à en formuler, n'appellent aucune réponse, si ce n'est un sentiment d'impuissance et de désarroi, illustré avec justesse par le propos de J.-F. Malherbe :

> *« Un jour, vous êtes là, présent, sans que vous sachiez du tout ni pourquoi ni pour quoi. Quelqu'un vous appelle, quelqu'un vous parle et sollicite une réponse de votre part. Vous l'écoutez, vous saisissez intuitivement qu'il attend quelque chose de vous, que vous comptez à ses yeux, mais vous n'entendez rien à ce qu'il vous dit. Et, surtout, vous ne savez encore ni quoi ni comment lui répondre. Il ne se décourage pas, il insiste, il persévère. À la longue, vous commencez à entendre*

quelques mots. Petit à petit, il vous a suscité à la conscience. Vous comprenez qu'il vous parle de vous et de lui, et même de quelques autres qui, eux aussi, vous parlent. Vous vous risquez à répondre, mais il n'entend pas grand-chose à vos balbutiements. Ceux-ci, cependant, l'encouragent à poursuivre une conversation qui n'est plus tout à fait à sens unique. Finalement, sa parole et votre commun exercice vous livrent la clé du rébus. » (Malherbe, 2007, p. 27)

Il nous apparaît important de rappeler que toutes ces situations sont uniques, singulières et nous contraignent à découvrir avec le patient l'attitude la plus juste chez nous qui pourra potentiellement l'aider. Allant d'une écoute où nous nous contentons de tenter de ponctuer son discours en espérant que cela lui permette de se le réapproprier d'une façon nouvelle. Et ainsi induire des représentations qui l'aideront à faire face à ce qu'il vit d'une manière moins anxiogène.

Soit dans les situations où les mots manquent, il faudra que nous sortions de notre réserve pour lui proposer les mots inspirés par la situation dont il nous témoigne et que nous partageons dans l'instant. Ces mots, même si c'est nous qui les prononçons, ils ont pour visée de tenter de donner une accroche aux pensées du patient et non de se substituer à ces dernières. L'aider à trouver des mots avec lesquels il va pouvoir travailler en les reprenant, en les réajustant, en les modifiant pour qu'ils deviennent ces planches dont parle P. Valéry :

« Chaque mot, chacun des mots qui nous permettent de franchir si rapidement l'espace d'une pensée, et de suivre l'impulsion de l'idée qui se construit elle-même, son expression me semble une de ces planches légères que l'on jette sur un fossé, ou sur une crevasse de montagne, et qui supportent le passage de l'homme en vif mouvement. » (Valéry, 1957, p. 1317)

Le temps que durent nos rencontres avec nos patients demande toute notre attention, toute notre énergie afin de trouver l'attitude la plus juste pour permettre au Sujet de trouver son chemin. Mais il nous faut tenter de penser les éléments en jeu dans la rencontre avec le patient.

3.5. Éléments de la rencontre

L'exemple

Dans nos rencontres, nous nous sommes questionnés sur l'attitude la plus adéquate à avoir. Nous savons par le témoignage d'Abram Kardiner, qui fit son analyse avec Freud à Vienne, en 1921-1922 (Kardiner, 1977, p. 18) que lors de séances, Freud pouvait être mutique ou se livrer à des échanges en fonction des analysants qu'il recevait (*op. cit.*, p. 80). Cela nous semble cohérent avec le fait qu'à certain moment, le patient que nous sommes amenés à rencontrer peut être dans un tel état de stupeur qu'il semble important de lui prêter nos mots lorsque les siens lui font défaut. Nous pensons que dans ce cas de figure, nos propos peuvent avoir une fonction contenante, rassurante et apaisante. Il ne s'agit pas de submerger, mais de calmer le patient dans sa difficulté à penser. Il nous semble important de rappeler que nos propos qui découlent directement de notre écoute (par écoute, nous entendons tout signe que nous percevons chez le patient et qui génère chez nous un effet. Cet effet étant à l'origine de notre action dans le cadre de la rencontre). Il apparaît important de préciser que nous souscrivons à la position soutenue par Roland Gori sur le fait que la fonction du psychanalyste n'est en rien celle d'*un lecteur de pensées* (Gori, 1996, p. 2). Nous adhérons aussi à l'idée que nos réactions ne témoignent en rien d'un quelconque savoir de ce qu'est ou peut vivre le patient mais découle d'« *une connaissance consistant des effets de l'acte de parole et de l'écoute de la situation psychanalytique. »* (Gori, 1996, p. 163)

3.6. Propositions à la rencontre

Dans son livre paru en 2012, François Jullien nous fait la proposition de cinq concepts qui ont trouvé un écho dans notre pratique clinique. Par son propos et sa réflexion, cet auteur vient mettre des mots sur cette expérience singulière de l'accueil, la rencontre, l'accompagnement du sujet au travers de sa parole, lorsque cette dernière émerge afin qu'il puisse venir « dire ».

3.6.1. La disponibilité

La première notion qu'il propose renvoie aux conditions de la rencontre. Pour que la rencontre puisse s'opérer, il lui faut des conditions propices – en terme plus psychanalytique, nous dirions que pour que la survenue du transfert s'opère, pour que le lien se tisse, il faut qu'il y ait rencontre – Jullien nous propose de penser l'un des prérequis comme étant la

disponibilité qu'il illustre avec ce propos : *« Je disais que toute nouveauté doit nous trouver toujours tout entier disponible. »* (*op. cit.*, p. 23). Dans cette notion, il nous permet d'exprimer cet état où pour donner à l'autre la possibilité d'investir une place suffisamment rassurante, il ne faut surtout pas qu'elle soit définie par une attitude de maitrise, d'où il lui serait faite une injonction à être. La disponibilité implique en premier un renoncement de la part de celui qui la propose, un renoncement à « être » afin que dans cette attitude, la rencontre puisse s'opérer. La rencontre découlant de la capacité que trouve le sujet à investir cette place mise en lumière, non par une injonction qui lui serait faite, mais par l'évidence qui lui apparaît de son enclin à « être ». Pour pouvoir garantir cette possibilité (de l'apparition d'une place pour l'autre), l'attitude du psychanalyste doit s'inscrire dans une capacité active à accueillir ce qui va potentiellement surgir. Elle opère un basculement où *« La connaissance n'étant plus orientée, y devient une vigilance qui ne se laisse réduire par aucun accaparement ; ou le bien, ne se laissant plus codifier ni assigner, devient capacité d'épouser et d'exploiter sans perte, parce que sans exclusion ni raidissement. »* (*op. cit.,* p. 28). Par cette notion (*la disponibilité*) les conditions d'un travail se mettent en place, mais il faut avancer, tenter d'agir sans commander, sans braquer, sans brusquer. Continuer à accueillir, non plus comme un sujet accueillant un autre sujet, mais comme un système singulier constitué de/dans la rencontre. Dans cette situation, si l'un est perdu dans ses affects (le patient) qu'il ne comprend plus, qu'il ne maitrise plus, qui le submergent, il n'est pas certain que le professionnel soit mieux loti face à l'émergence de ce qui est produit par la rencontre… Mais il y a tout de même une nuance dans cette similitude, du moins le pensons-nous. Pour le patient, tous ces surgissements ont bien souvent pour effet de générer de l'angoisse, dont les conséquences sur le sujet sont d'entraver sa capacité à ordonner, mettre du sens, à trouver des appuis, à s'apaiser. Pour le professionnel présent et non-désirant[8]

3.6.2. Chemin faisant : « l'allusivité »

Dans le cas où la dynamique de la rencontre s'opère, il faut bien trouver une direction et non un sens sur lequel nous serons irrémédiablement amenés à buter (comme nous le rappelle dans son propos Jacques Lacan *« le sens indique la direction vers laquelle il échoue. »* (Lacan,

[8] Il nous faut apporter une précision sur l'emploi que nous faisons du terme « non-désirant », par cette formulation négative, nous voulons nous inscrire en faux par rapport à la notion de désir se rattachant à une volonté de procession de quelque objet que ce soit, nous voudrions que notre propos soit entendu comme un élan ni libidinal ni narcissique, au sens freudien, mais un élan à « être » dans une dimension plus ontologique. Pour être précis, nous voulons témoigner de la notion de désir dans le sens phénoménologique proposé par Renaud Barbaras.

1974, p. 74). Cette direction devant s'amorcer dans les propositions subtiles d'un langage forgé par et dans la rencontre. L'utilisation de cet outil devant se faire de façon à ne point figer du « sens » dans une intellectualisation forcenée [il serait plus juste de dire *a contrario* d'une quelconque rationalisation] qui nous amènerait à faire chuter le langage contre lui-même (Bonnefoy, 1990) l'amenant dans l'impasse d'une potentielle aliénation. Le creuset de ce langage venant non du « dire » mais dans la survenue d'une chaine signifiante produite par le sujet parlant. Là encore, nous illustrerons notre propos par la formule de François Jullien : *« parlez, dit au contraire le psychanalyste à son patient, et même parlez autant que vous voudrez - "racontez" -, mais surtout ne cherchez pas à dire !... »* (Jullien, 2012, p. 55).

Il nous faut témoigner d'un fait observé de façon quasi systématique dans nos rencontres avec les patients. L'attitude de ces derniers oscillant entre deux extrêmes. Le premier étant une attitude que l'on pourrait qualifier de mutique, où aucun mot ne surgit, où ils semblent être dans un état qui ne leur permet pas de penser, d'élaborer un quelconque discours, certains peuvent parler d'un état de sidération ; pour notre part, nous préférons le terme de vacuité. Pour le second, à l'extrême inverse, la personne tente d'adresser un discours qui nous amène à penser qu'il la submerge et vient se déverser dans l'espace de la rencontre.

Dans ces situations, la personne semble absente, sans pour autant témoigner d'une activité intérieure. Ces situations nous ont questionnés sur l'attitude à avoir, afin de ne pas s'inscrire en rupture, de ne pas rajouter de la violence qui, bien souvent, était à l'origine de ces comportements. Nous voulons penser que l'expression, l'attitude du patient découlent du trop de stimulation des événements qui ont précédé. Que ces attitudes sont la conséquence d'un trop de stimuli qui a dépassé les capacités des mécanismes de défense (du pare-excitatif). Il nous a fallu penser notre action pour aider le sujet à reprendre pied dans cette tourmente, qui peut dégénérer par l'apparition d'une angoisse envahissante. C'est dans ces situations que cette notion *« d'allusivité »* de Francois Jullien nous a permis de mettre des mots sur l'extrême précaution de réactions. Si la personne, dans ce qu'elle exprime, garde le contact visuel, c'est potentiellement l'un de nos gestes, l'une de nos mimiques, un changement de position qui va venir modifier ce qu'elle exprime (il pourrait être plus juste de dire ponctuer). Dans le cas où le patient est en manque de mots – situation qui est selon nous, la plus délicate – il va nous falloir lui offrir des mots, nos mots. Des mots qui vont permettre au patient de l'aider à sortir de son isolement, des mots qui pourront être telles des planches, et ainsi de construire un pont (comme l'énoncent les vers de P. Valery). Des mots dont on va tenter de faire qu'ils ne soient

pas et ne demeurent pas la chute du monde. Et dans le cas qui nous occupe, la chute de son monde. Notre idée nous semble illustrée de façon limpide dans les propos de Bonnefoy, quand parlant du langage, il disait *: « Le langage rend fou, les mondes qu'il engendre ayant tous en eux le manque qui voue à la démesure, et à chercher cette mort que précisément on veut dénier. - Et voilà ce qui fait qu'on peut dire que les mots ont été la chute […]*
En fait c'est l'être parlant qui crée cet univers même dont sa parole l'exclut. » (Bonnefoy, 1990, p. 312)

Nous sommes conscients qu'en parlant de l'attitude des patients lors de nos rencontres, nous ne pouvons faire l'économie de parler de nous. Au moment de la rencontre, nous tentons d'inhiber chez nous toute intellectualisation (*a contrario*, de l'exercice auquel nous nous livrons à cet instant). Il nous parait évident que ce dont nous tentons de témoigner ne s'apparente en rien à une méthode (notion chère à une conception scientifique positiviste), mais à une sorte d'euristique s'enracinant et faisant la part belle à la découverte de l'inconscient freudien. Pour cela, il nous a fallu renoncer à la maitrise de « la pensée », de « l'attitude préméditée », de « certitude » et de cette notion héritée de la pensée grecque de « vérité ». Lacan ne disait-il pas au sujet de cette dernière en 1973 dans le documentaire de Benoît Jacquot *« Je dis toujours la vérité… pas toute, parce que toute la dire, on n'y arrive pas. La dire toute, c'est impossible matériellement : ce sont les mots qui y manquent. C'est même par cet impossible que la vérité touche au réel. »* (Lacan, 1974, p. 9)

Nous avons trouvé sous la plume de Nietzsche une mise en mots de ce que nous venons de décrire. C'est dans la tentative de description et présomptueusement d'analyse de ce qui se dévoile dans l'événement de la rencontre avec un patient en souffrance. L'un de nos potentiels médiateurs est en partie le langage – il serait plus juste de dire **un** langage – , qui a de singulier le fait de se forger dans une intersubjectivité et d'échapper ainsi en propre à ce que l'on a, en règle générale, tendance à appeler science.

*« Il y a encore d'innocents adeptes de l'introspection qui croient qu'il existe des « certitudes immédiates », par exemple « je pense » ou, comme ce fut la superstition de Schopenhauer, « je veux », comme si la connaissance parvenait ici à saisir son objet dans sa pureté nue, ainsi qu'une « chose en soi », et comme si, ni de la part du sujet ni de celle de l'objet, n'intervenait aucune falsification. Mais les termes de « certitude immédiate », de « connaissance absolue », de « chose en soi » impliquent une contradictio in adjecto**

*[*contradiction dans les termes], je le répéterai cent fois ! On devrait enfin cesser de se laisser abuser par les mots ! »* (Nietzsche, 1886, p. 572)

3.7. Travail de concert avec les soignants

Avec l'expérience, il nous apparut comme une évidence que l'action de tous les acteurs de soins, si elle parvient à s'opérer en complémentarité, génère une synergie dont le premier bénéficiaire est le patient. Les représentations vis-à-vis des soins palliatifs génèrent bien souvent des attitudes défensives de la part des patients, de leur famille, mais aussi de la part des soignants eux-mêmes.

Lors d'une synthèse au sujet de la situation d'un patient, un soignant de l'équipe s'exprime : *« ... on a plus rien à proposer à ce patient et il est douloureux… on va appeler l'équipe mobile de soins palliatifs. On va lui dire (au patient) que l'équipe douleur va passer le voir, on a de la chance, l'équipe de soins palliatifs fait aussi la douleur… »* ; après la synthèse, nous avons pris le temps d'interpeller en aparté cette personne pour savoir ce qu'il avait voulu dire dans sa formulation, tout en lui demandant si le patient était informé que les objectifs de sa prise en charge s'inscrivait dans une dynamique de soins palliatifs… la réponse a été sans surprise : *« ... ben on peut plus rien pour lui, je l'ai prévenu il y a quelques temps que ça risquait d'arriver et il doit bien se rendre compte… mais ça va aller mieux quand il aura vu l'équipe douleur… »* Nous n'avons pas insisté auprès de ce soignant qui, malgré le fait qu'il se dirigeait vers la salle de pause au moment où nous l'avons accosté (la synthèse venait de s'achever), a fini par changer de direction pour retourner dans le service, ce qui mit fin à notre échange.

A distance, nous avons réabordé cette situation avec ce soignant, lors d'un moment informel. C'est ainsi qu'il nous a expliqué que, bien souvent, les patients ne comprennent pas quand on leur dit *« soins palliatifs, que ça sert à rien de les brusquer… et que l'équipe mobile de soins palliatifs avait aussi la casquette d'équipe douleur, c'était plus simple de leur dire que c'est l'équipe douleur qui va passer les voir… ».* Cet échange est venu en écho avec une autre situation où nous faisions partie de l'équipe mobile de soins palliatifs. Dans cette équipe, nous avions pris le parti de nous présenter avec la dénomination en lien avec la mission pour laquelle nous avions été interpelés. Si c'était pour une prise en charge douleur, nous nous présentions comme équipe mobile douleur, si c'était pour une prise en charge

palliative, on se présentait comme équipe mobile de soins palliatifs. Nous avions donc été sollicités pour une prise en charge palliative. À notre arrivée dans le service, la famille du patient était présente, elle voulait s'entretenir avec nous avant que nous rencontrions le patient. La famille était au clair avec le fait que leur proche ne guérirait pas. À la fin de l'échange, la femme de ce patient nous a fait une demande singulière, celle de ne pas nous présenter comme équipe mobile de soins palliatifs, elle connaissait son mari et elle savait qu'il ne supporterait pas l'idée d'être en soins palliatifs.

Cette situation venant illustrer la complexité de l'interaction des différents acteurs en jeu nous demande de penser notre positionnement et, par voie de conséquence, nos potentielles actions. L'imbroglio des représentations, des croyances amène chacun à dire ce qu'il croit être le mieux pour l'autre, mais il serait peut-être plus juste de dire pour « soi » en adéquation de ce que l'on imagine de l'autre. Même si l'équipe soignante tente d'être apaisante et d'apaiser la situation, la rencontre avec la famille, l'interaction avec cette dernière ne peut les laisser de marbre ; du moment où l'on a pris le risque de la rencontre. Les mots qui surgissent viennent dire de ceux qui les prononcent des choses bien au-delà de leur définition académique. Ils viennent dire cette part *d'inconnu pour celui qui les accueille.* René Char ne disait-il pas dans un texte de son recueil Chants de la Balandrane *« Les mots qui vont surgir savent de nous ce que nous ignorons d'eux. »* (Char, 1977, p. 534)

L'événement que dévoile la situation vient cueillir le sujet là où il se trouve. La difficulté potentielle qui en découle vient témoigner de la pertinence des ressources psychiques qui sont les siennes. Par ressource, nous entendons deux choses différentes qu'il nous faut préciser.

La première étant cette capacité psychique que le sujet humain a de mobiliser son attention dans l'absorption des stimuli auxquels il est confronté et cela avec une absence totale de potentiel danger pour son intégrité. Sans danger, il n'y a pas d'angoisse qui serait mobilisatrice de mécanismes de défense. Dans cette situation quasi idéale, le champ des possibles est ouvert à l'avènement d'une vérité respectueuse de chacun et avec laquelle il est possible de construire l'espace (au sens de lieu) de la rencontre. C'est dans ces rares moments que peut s'opérer cette notion décrite par François Jullien comme étant *Une Transformation Silencieuse*. Il décrit cette notion ainsi : *« J'appelle transformation silencieuse une transformation qui se passe sans bruit, donc dont on ne parle pas. Silencieuse dans ces deux*

sens : elle opère sans crier gare, on ne songe pas à en parler. Son imperceptibilité n'est pas celle de l'invisible, car elle se produit ostensiblement, sous nos yeux, mais ne se repère pas. Cette indiscernabilité est de l'ordre, non du spectacle, mais du déroulement » (Jullien, 2012, p. 147)

La seconde, *a contrario*, et bien plus fréquente, est la rencontre de plusieurs mondes (dans le sens de convictions, représentations) qui vont se heurter, où chacun joue prétendument sa survie. Dans ces situations, l'espace de la rencontre se transforme en champ de bataille. L'énergie psychique n'est alors plus véritablement utilisée pour construire ce qui, potentiellement, aurait pu advenir, mais elle est employée pour se défendre, asséner des coups, ce sont des moments où l'éventuel compromis est acquis après une dure lutte. Dans ces situations, il n'est pas nécessaire que l'équipe soignante soit sur la défensive, le danger provenant bien souvent de l'interprétation erronée d'attitudes, de propos partiellement écoutés et entendus. Il suffit que dans l'histoire personnelle des acteurs en présence, un ou des éléments viennent faire signe et rentrent en résonnance. La conséquence de ces situations est l'exacerbation des mécanismes de défense, la mise en résonnance des effets de l'événement avec des traumatismes anciens, avec des éléments que l'histoire du sujet ne lui ont pas permis d'élaborer… et dans la pire des situations, la survenue d'un nouveau traumatisme.

Attitudes défensives (situation de Mme V.)

Lors de notre départ d'un service de soins, nous croisons le regard de la mère d'un patient dont l'état est grave (aux dires des médecins). Nous modifions notre trajectoire pour la saluer et elle nous accueille avec un sourire. Cela fait plusieurs semaines que nous croisons cette mère dans le service. Avec une voix douce, elle prend de nos nouvelles. Nous lui confions qu'avant de sortir du service, nous sommes passés voir son fils et que de notre regard non-médical, il nous semblait avoir vu un visage détendu… *« Oui vous avez raison, les docteurs n'arrêtent pas de nous dire que c'est grave mais il a l'air paisible depuis quelques jours. »* Sa voix est calme, même si son visage est tiré, elle essaye de sourire, il émane de la douceur de cette femme, inquiète pour son fils. Tout en nous répondant, elle ne lâche pas notre main. À notre question de ce qu'elle a compris du discours médical, elle nous répond : *« vous savez, je ne veux plus les voir, je sais qu'ils font ce qu'ils peuvent, qu'ils prennent soin de mon fils, mais ce qu'ils me disent… c'est trop dur, vraiment trop dur… je préfère qu'ils le*

disent à ma fille et qu'elle me le dise après… et vous savez quoi… moi qui les évite, lorsque j'étais avec mon fils tout a l'heure, ils sont passés le voir et comme j'étais là, ils m'ont expliqué ce qu'ils faisaient… »

Mme V. témoigne de sa difficulté à entendre le discours médical. Consciente de sa difficulté, elle préfère être dans l'évitement. Nous pensons que l'énergie que lui prendrait le fait de se faire violence à rencontrer les médecins, elle la réserve au maintien du lien avec son fils. Nous rencontrons fréquemment sa fille qui, justement, fait l'intermédiaire entre la réalité médicale et sa mère. Il nous est arrivé d'être présent au moment où elle avisait sa mère des dernières informations médicales. De ce qui nous a été donné de constater, les informations qu'elle relatait étaient très proches du discours des médecins ; ce n'était donc pas des mots que cette mère se protégeait, mais selon nous, c'était de ce que représente pour elle, les médecins. Nous nous sommes un jours autorisés à questionner cette mère sur le fait qu'elle évitait les médecins, sa réponse ne nous surprit aucunement : *« … vous savez les médecins ne connaissent pas mon fils, je sais qu'ils font de leur mieux et je leur fais confiance, mais quand ils me parlent, c'est trop dur, c'est pas de mon fils qu'ils parlent parce qu'ils ne le connaissent pas, vous comprenez ? »* Devant l'insistance de sa question, nous avons été surpris de notre réponse *« je ne sais pas si je comprends bien ce que vous m'expliquez, mais je sais qu'il est un fils parce que je connais sa mère et qu'à travers vos paroles, je le découvre un peu plus tous les jours ».* À ces mots, elle a sourit comme apaisée et s'est dirigée vers le service pour être au chevet de son fils.

Nous réalisons à la narration de cette rencontre que juste les mots des paroles transcrites ne permettent pas de se représenter la situation. Que les commentaires qui entourent la retranscription sont hypothétiques. Ils le sont d'autant plus qu'*in situ, nous* ne pensons même pas à les penser, nous nous laissons bien souvent porter et surpris par les propos de notre interlocuteur et parfois même par les nôtres lorsqu'il nous apparaît qu'il faut que nous brisions le silence. Nous pourrions dire que les propos de Jullien nous incitent à la prudence : *« avancer une idée, c'est déjà laisser les autres dans l'ombre ; c'est privilégier un aspect des choses au détriment des autres et sombrer du coup dans la partialité. Car toute idée avancée est en même temps un parti pris sur les choses, qui empêche de les considérer dans leur ensemble, sur un même plan et à égalité. »* (Jullien, 2012, p. 37)

Nous tenterons de le dire avec nos mots en disant que ce que nous essayons de mettre en œuvre lors de nos rencontres avec les patients peut se résumer à deux choses simultanées. Tenter de les faire engendrer quelque chose de ce dont ils témoignent tout en restant à l'écoute de leurs silences.

4. Quelques réflexions sur notre clinique

Nous pensions que la « clinique » - du moins le cheminement qu'elle nous amène à faire - était l'ossature de notre travail. Notre difficulté à en témoigner au plus près et la frustration qu'occasionne la relecture de nos propos, lorsqu'il s'agit de témoigner de nos rencontres, sont venues nous interroger. Les mots nous manquent, bien souvent pour témoigner au plus juste de ce moment singulier. Force nous est de reconnaître que nos propos couchés sur le papier trahissent irrémédiablement les ressentis de nos rencontres.

4.1. La notion d'Aura

> *« Le domaine entier de **l'authenticité** se dérobe à la reproductibilité technique - et, bien sûr, pas uniquement à la seule reproductibilité technique. »* (Benjamin, 1939, p. 46)

Il nous a fallu réfléchir à la façon de rendre compte au plus juste, à trouver le moyen de s'approcher au mieux de l'authenticité de ces moments qui sont la sève de notre réflexion, le moteur de notre cheminement. Un auteur nous a aidé dans cette entreprise, sans pour autant nous apporter des solutions, mais au moins en nous permettant de mettre en mots cette chose qui nous échappe. Walter Benjamin est un philosophe qui s'est intéressé à la reproductibilité technique de l'œuvre d'art, c'est ainsi qu'il a forgé la notion d'*aura* pour ce qui est d'un objet, - dans notre cas, l'objet étant ces instants de la rencontre clinique - c'est dans cette dernière que nous avons identifié cette part manquante de nos écrits. Il la définit ainsi : *« ... on entend par « aura » d'un objet offert à l'intuition l'ensemble des images qui, surgies de la mémoire involontaire, tendent à se grouper autour de lui, l'aura correspond en cette sorte d'objet, à l'expérience qu'accumule l'exercice dans les objets d'usage. »* (*op. cit.*, p. 149)

Nous avons donc continué à réfléchir avec cet auteur sur cet écueil dans nos tentatives de témoignage de notre clinique. Comment contourner cette difficulté ? Comment combler ce manque, cette perte ? Notre questionnement trouvant un écho singulier dans le discours de souffrance que nous adressent les patients. Comment parvenons-nous à les aider, eux, dans cette entreprise, si nous ne sommes pas en mesure de penser ce qui est à l'œuvre lorsqu'émerge le manque ? Walter Benjamin nous a aidé à nommer une part de notre difficulté, mais nous n'avons trouvé aucune piste pour contourner ce manque. Il confirme l'existence imparable de celui-ci dans son propos : *« il manque une chose à la reproduction la plus parfaite : l'ici-et-maintenant de l'œuvre d'art - le caractère absolument unique de son existence, au lieu même où elle se trouve. Mais c'est à cette présence unique, et uniquement à elle, que l'histoire doit de s'accomplir, et cette existence, à son tour, se soumet à elle. »* (*op. cit.*, p. 45)

4.2. Paradoxe de la temporalité

Après avoir exposé l'une de des difficultés de notre démarche universitaire de rendre compte, par notre écrit, de ce qui se joue dans nos rencontres cliniques, et du lien étroit entre cette question stylistique et notre pratique clinique, il nous est apparu pertinent de reformuler nos difficultés avec une dimension inhérente à la rencontre et formulées par Freud comme étant l'une des trois dimensions en jeu dans la psychanalyse. Nous voulons parler de la dimension dynamique dans laquelle nos rencontres s'opèrent (les deux autres énoncées par Freud étant la dimension topique et économique). Par essence, l'écrit est figé, mais tente de rendre compte (dans notre cas) de situations dynamiques. On pourrait penser que le fait que nous intervenons principalement dans des situations qui relèvent des soins palliatifs, que le temps nous est compté. Par expérience, nos interventions et nos suivis ne s'inscrivent pas dans une temporalité au long court. Mais cette apparente difficulté contingente n'en est pas vraiment une. Nous avons été souvent surpris de la rapidité incroyable avec laquelle nos patients cheminaient. Là où dans d'autres suivis, les patients étaient submergés par le surgissement d'éléments dans lesquels ils ne parvenaient pas à se reconnaître.

« Je voudrais revenir sur un sujet dont j'ai déjà parlé, la création continue d'imprévisible nouveauté qui semble se poursuivre dans l'univers. Pour ma part, je crois l'expérimenter à chaque instant. J'ai beau me représenter le détail de ce qui va m'arriver : combien ma représentation est pauvre, abstraite, schématique, en comparaison de l'événement qui se

produit ! La réalisation apporte avec elle un imprévisible rien qui change tout. Je dois, par exemple, assister à une réunion ; je sais quelles personnes j'y trouverai, autour de quelle table, dans quel ordre, pour la discussion de quel problème. Mais qu'elles viennent, s'assoient et causent comme je m'y attendais, qu'elles disent ce que je pensais bien qu'elles diraient : l'ensemble me donne une impression unique et neuve, comme s'il était maintenant dessiné d'un seul trait original par une main d'artiste. Adieu l'image que je m'en étais faite, simple juxtaposition, figurable par avance, de choses déjà connues ! » (Bergson, 1938, p. 99-100)

4.3. Éclairage de notre sous-titre

Dans le développement que nous essayons de faire, en tentant de saisir ce qui se passe dans nos rencontres cliniques, il est une notion qui nous est apparue très fertile, que l'on doit à Paul Ricœur. Lors d'une conférence devant une assemblée de psychiatres en 1992, il donna le titre de « La souffrance n'est pas la douleur » en préambule au développement de son intervention, il fit cette affirmation : *« Ma présupposition est que la clinique et la phénoménologie se recroisent dans la sémiologie, dans l'intelligence des signes du souffrir. La première instruit la seconde par sa compétence, la seconde instruit la première par la compréhension du souffrir qui paraît sous-jacente à la relation thérapeutique elle-même. »* (Ricœur, 1992, p. 13-14). La lecture de ce propos nous a amené à tenter de repenser ce qui, pour nous, était une évidence. A un tel point que notre problématique a tenté de s'articuler autour de la notion énoncée dans le titre de ce travail, sans mettre « au travail » le sous-titre que nous avons choisi et qui est « cheminement clinique ». Dans notre choix, le terme de cheminement fut motivé par le fait de rappeler la notion de mouvement, de « dynamique » chère à Freud. Parallèlement à cette notion, nous avions à l'esprit les textes de Martin Heidegger « chemin de campagne » qui rendaient compte de quelque chose de non figé, de quelque chose qui se construit en perpétuel changement, aux antipodes de protocole figé. Et il y a la seconde notion, celle qui était la plus importante à nos yeux, la « clinique ». La clinique venant témoigner du contexte dans lequel ce travail s'inscrivait, l'élément duquel il tirait sa substance. Par clinique, nous entendions la présence de l'autre, auprès de l'autre, au chevet du patient. Si notre sous-titre a fini par sortir de l'ombre sur le chemin de notre travail, c'est qu'il est venu mettre en exergue un écueil. Comment penser et témoigner de notre clinique et de son cheminement si celui qui la vit, la pense, et l'écrit* est le même sujet ? Comment, dès lors, ne pas tomber dans une sorte de géocentrisme ? - [* ce n'est très certainement pas un

hasard si, à plusieurs reprises, nous avons témoigné de notre grande difficulté à rendre compte de notre clinique, l'idée qui nous taraudait était : comment transcrire, expliquer, mettre en lumière une chose qui ne peut que se vivre dans la singularité de la rencontre ? Comment parvenir à témoigner d'autre chose que de l'ombre des « choses » ?] - Nous n'avons véritablement pas réglé notre problème, mais de l'état de caillou dans notre chaussure dont on ignore qu'il est la cause de notre gène, nous avons pu y réfléchir, à défaut de nous en défaire. C'est donc avec des penseurs de la phénoménologie que nous avons essayé d'apprivoiser l'endolorissement dû à notre gène.

5. Digression : de l'observation à la logique d'une science

5.1. Penser la clinique

Dans notre tentative de penser la clinique dans le modèle psychanalytique, nous avons suivi l'argumentaire et les explications dans le texte freudien pour définir la psychanalyse (voir Partie 1). Nous sommes allés voir les argumentaires des détracteurs de la psychanalyse, afin de comprendre leur logique, leurs oppositions. Nous y avons trouvé des penseurs qui adhéraient à une logique rationaliste, déterministe, s'inscrivant fondamentalement dans un empirisme positiviste. Effectivement, en définissant ainsi la science, une bonne partie de la métaphasique, en tout premier lieu et par extension la métapsychologie, se voit reléguée à un statut de non-science. C'est dans un texte écrit par ce qu'on pourrait appeler des voisins de Freud (voisins parce que les auteurs sont viennois, tout comme Freud) que nous avons trouvé une synthèse des critères qui définissent une vision scientifique. Ce texte s'intitulant *La conception scientifique du monde* (Manifeste du Cercle de Vienne, 1929). Ce recueil de textes, écrit par plusieurs scientifiques, nous a paru être dans un premier temps une réaction à la psychanalyse. Notre première analyse fut motivée par le fait qu'en 1929, la psychanalyse a presque 30 ans d'existence et que les auteurs de ce manifeste sont viennois. En dehors du fait que le manifeste du Cercle de Vienne nous est apparu comme une ode à la conception d'une science positiviste, il est quasiment contemporain d'une avancée majeure en physique, présentée à une conférence à Bruxelles lors de l'automne 1927, il s'agit du principe d'indétermination d'Erner Heisenberg, prix Nobel de physique en 1933 (Heisenberg, 1958, p. 32). Si nous faisons référence à un père de la physique quantique, c'est que nous pensons que le XXe siècle est venu marquer un tournant dans la perception que nous pouvons avoir

des choses. Ce dernier rappelant qu'il ne faut surtout pas oublier un fait majeur : *« nous ne pouvons négliger le fait que les sciences expérimentales sont élaborées par des hommes : elles ne se contentent pas de décrire et d'expliquer la Nature ; elles sont une partie de l'interaction entre la Nature et nous : elles décrivent la Nature telle que notre méthode d'investigation nous la révèle. »* (*op. cit.*, p. 90)

Il nous faut expliquer notre digression, comment un travail qui s'inscrit dans l'approche psychanalytique, peut nous amener à parler de la physique quantique ?

Comme nous l'avons suggéré au début de ce travail, il existe différentes façons de percevoir le monde. Certains auteurs se sont évertués à voir dans l'approche psychanalytique autre chose qu'une approche scientifique. Nous pensons que leur lecture de la science, tout comme de la psychanalyse, était telle que ces deux approches étaient inconciliables. Nous ne reprendrons pas les arguments de Roland Gori dans la partie qu'il présente sous le titre *« La juridiction poppérienne peut-elle à elle seule instituer la rationalité scientifique ? »* de son livre La preuve par la parole (Gori, 1996, p. 194). Dans la situation présente, nous voudrions montrer les similitudes entre le modèle induit par la physique quantique et l'approche psychanalytique.

5.2. Dialogue entre le physicien et le psychanalyste

En 1931, le *Comité permanent des Lettres et des Arts de la Société des Nations* prend l'initiative de publier des correspondances de représentants qualifiés. Il fut demandé à Albert Einstein de participer à ce projet. Il proposa Sigmund Freud comme interlocuteur. Freud accepta cette invitation. (Freud, 1933b, p. 62-63)

L'échange épistolaire entre Freud et Einstein paraitra sous le titre « Pourquoi la guerre ? » en 1933. Le premier titre de cette publication était « Droit et violence » récusé par Freud au profit de celui sous lequel le texte est connu.

À la lecture de ce texte (et de son titre initial), on peut supposer qu'Albert Einstein, très impliqué dans des activités en faveur de la paix et du désarmement, avait une idée de ce qu'il voulait mettre en lumière. Tout d'abord, dans le choix de son interlocuteur, en la personne de Freud. Nous faisons l'hypothèse que conscient de l'enclin à la violence dont fait preuve

l'espèce humaine, il pensait peut-être qu'un psychopathologue tel que Freud pourrait apporter des éléments de réponse à ce « mal ». On connaît l'opinion de Freud sur cet exercice de style, qu'il exprima en ces termes : *« soi-disant discussion avec Einstein, ennuyeuse et stérile »* (*op. cit.*, p. 63). Nous pensons reconnaître dans la position freudienne au sujet de la violence, non pas une pathologie humaine comme le pense Einstein, mais l'expression de la pulsion. La violence ne serait donc pas à éradiquer, mais du fait qu'elle est une part constituante de l'humain, elle serait plus à domestiquer, apprivoiser et idéalement utiliser comme un moyen d'atteindre des potentiels mécanismes de sublimation.

Ce décalage de conceptions, de visions entre l'un des plus brillants physiciens de son temps, père de la théorie de la relativité et les apports de découvertes faites à l'aube du vingtième siècle. C'est en 1900 que fut énoncée par Planck, la loi qui porte son nom (Heisenberg, 1958, p. 14). Elle est le résultat d'un travail commencé en 1895. Les implications en physique de cette découverte vont être multiples et poussent Heisenberg à tenir ce propos : *« le changement apporté au concept de réalité, tel qu'il se manifeste en mécanique quantique, n'est pas seulement une continuation du passé : il semble qu'il y ait rupture réelle dans la structure de la science »* (*op. cit.*, p. 12)

Si nous avons tenu à faire ces rappels au sujet de la découverte et les implications de la physique quantique, ce n'est pas uniquement pour la coïncidence des dates avec la découverte de la psychanalyse - premier texte de Freud et Breuher, en 1895 avec *Étude sur l'hystérie* et énoncé de la première topique freudienne, en 1900, dans l'interprétation du rêve - si nous avons pris le temps de cette digression, c'est que nous trouvons dans les énoncés de ce physicien qu'est Heisenberg, des similitudes avec la psychanalyse. En changeant quelques termes, nous constatons qu'ils pourraient s'appliquer à la psychanalyse. Pour conclure notre développement au sujet de la physique quantique, nous le ferons avec un constat personnel de Heisenberg sur certains de ses contemporains : *« les sciences expérimentales sont élaborées par des hommes : elles ne se contentent pas de décrire et d'expliquer la Nature ; elles sont une partie de l'interaction entre la Nature et nous […] la grave difficulté éprouvée par des savants, même aussi éminents qu'Einstein à comprendre et à accepter l'interprétation de Copenhague* (Heisenberg, 1958, p. 90)

Les constats que pose Heisenberg, sur sa discipline, nous font étrangement penser à notre vécu dans la rencontre clinique. Notre difficulté à témoigner, non de nos rencontres, mais de ce qu'il s'y passe pour le patient et nous-mêmes prend corps dans les explications de Heisenberg. Dans nos vignettes cliniques, nous venons décrire des faits — observés par nous-mêmes, et donc passés par le filtre de notre subjectivité — et pourtant, nous ne cachons pas notre gêne à tenter de mettre du sens, notre embarras à tenter de formuler une conceptualisation. Il nous a fallu nous remettre au travail pour essayer de penser cette gêne. Le système rendu possible par les penseurs de physique quantique est certes venu nous rassurer, mais n'est pas parvenu à répondre à cette sensation non-encore cristallisée en question. Face à la difficulté dont nous venons de témoigner, nous ne résistons pas au plaisir de partager ce propos sur l'observation et de cette tâche aveugle inhérente à cette dernière : *« le terme « se passe » ne s'applique qu'à l'observation et non à l'état de choses entre deux observations ; il s'applique à l'acte physique d'observer et non à l'acte psychologique et nous pouvons dire que la transition du « possible » au « réel» se produit dès que l'interaction de l'objet avec la jauge de mesure (donc avec le reste du monde) est entrée en jeu ; le terme « se passe » n'a aucun lien avec l'acte d'enregistrement du résultat par le cerveau de l'observateur. Mais le changement discontinu de la fonction de probabilité se produit en même temps que l'acte d'enregistrer, car c'est le changement discontinu de notre connaissance au moment de l'enregistrement qui a son reflet dans le changement discontinu de la fonction de probabilité. »* (*op. cit.*, p. 50-51)

6. Retour à la psychanalyse

« Tantôt je pense et tantôt je suis » (Valéry, 1957, p916)

6.1. Quelle logique ?

postulat

Notre digression épistémologique nous apparaît nécessaire pour tenter de mettre du sens sur ce que nous sommes amenés à « agir » - aussi bien en pensée qu'en acte - dans l'exercice de notre activité professionnelle, cette dernière étant en grande partie l'objet de ce travail. Comme nous l'avons rappelé à plusieurs reprises, nous nous inscrivons dans une démarche clinique éclairée par une approche analytique. La chose nous apparaissait évidente et allant de

soi, mais au fur et à mesure de l'avancée de notre travail, les choses ne nous sont pas apparues si évidentes à la relecture de notre témoignage. C'est à l'écoute d'une conférence d'Étienne Klein sur « Qu'est-ce qu'un objet ? » que nous nous sommes appropriés sa question. Quel est notre objet, à nous cliniciens, qui tentons de cheminer à la lumière de la découverte freudienne ? Dans cette conférence, Etienne Klein nous aide en posant la question de la connaissance *« la connaissance des objets est donc définie de façon minimale, la connaissance d'un objet est la mise en relation d'un sujet qui veut connaître et d'un objet à connaître cette mise en relation se fait par le truchement d'une structure opératoire » (Klein, 2015, 27')* Et de préciser son propos en rappelant que le but de toute théorie de la connaissance vise à *« préciser la nature et l'origine surtout des structures opératoires qui créent la médiation entre l'objet sujet ».* Ces bases posées, le conférencier nous donne des exemples sur différents courants, en fonction de cette logique de la structure opératoire et de l'objet afférent.

Pour l'idéaliste, *« l'objet appartient intégralement au sujet et donc c'est nous dans notre cerveau qui avons des structures opératoires qui nous permettent de connaître » (op. cit., 29')*

Pour l'empiriste, *« structures opératoires appartiennent intégralement à l'objet donc l'objet possède ces structures qui me seront renvoyées dans la tête et elles s'imprègnent telles quelles dans mon cerveau qui ne fait qu'en prendre connaissance et en prendre acte »*

Pour le constructivisme, *« les structures en question appartiennent à la fois au sujet et à l'objet »*

Pour le structuraliste, *« les structures n'appartiennent ni à l'objet ni au sujet mais leurs relations »*

Ce mode d'appréhension permet de mettre en lumière ce qui se joue dans l'acte de connaître, en se focalisant sur le lien entre le sujet et l'objet et permet ainsi d'expliquer la raison pour laquelle *« la logique est devenue à la suite d'Aristote la science des structures générales qui s'interposent entre le sujet connaissant et l'objet à connaître »*. Nous voyons dans cette approche l'explication des mécanismes sous jacents et non-pensés des détracteurs de la psychanalyse. Dans son exposé, le conférencier va plus loin en considérant que si la logique ne s'était structurée ainsi sur les bases aristotéliciennes, il aurait pu en être autrement, *« si la logique s'était polarisée sur le sujet, elle se serait confondue avec une sorte de psychologie ; si la logique s'était centrée sur l'objet, elle se serait confondue avec une*

ontologie » mais en se focalisant sur l'espace médiante entre le sujet et l'objet, la logique a acquis le statut actuel de *« l'étude des conditions formelles de la vérité » (op. cit., 32')*.

***

Il nous est apparu fondamental de développer les propos qui précèdent, pour introduire ce qui suit. Nous nous sommes certes éloignés en apparence de ce qui nous est cher dans notre pratique quotidienne, nous voulons parler de la rencontre clinique, de la rencontre avec le Sujet, avec les patients. Même si le fait d'aller à la rencontre du tiers, et tenter de le rencontrer, semble aller de soi pour la plupart d'entre nous, nous considérons qu'il est nécessaire de réfléchir et de tenter de penser cette apparente banalité. La rencontre est le point de départ du travail potentiel qui va s'opérer et en tant que tel, un élément fondamental de ce qui va en découler. Pour parvenir à y mettre du sens, nous l'avons répété à plusieurs reprises, nous nous inscrivons dans le paradigme psychanalytique. Pour être en totale adéquation avec ce qui précède, nous devrions dire avec le *"système"* psychanalytique. Nous avons pris le parti de mettre en lumière les similitudes de ce *"système"* (psychanalytique) avec un autre qui lui est contemporain (la mécanique quantique). Les bases de la physique quantique apparaissent la même année que le premier livre de Freud et c'est presque trente ans plus tard que les physiciens reconnaissent unanimement que la logique de la physique quantique ne doit pas s'affranchir des paradigmes coperniciens et newtoniens, mais s'en affranchit de fait. *A posteriori*, si nous tentons de suivre le chemin des sciences physiques sur près de vingt siècles, il n'en demeure pas moins que le vingtième siècle va opérer un schisme dans les sciences physiques. L'histoire nous enseigne que des avancées majeures dans un domaine ont une influence sur des domaines connexes. Nous pensons que ce même phénomène s'est opéré dans les sciences humaines par les propositions faites par Freud.

Un second point nous semble important. Nous devons reconnaitre que par le passé, nous avons eu tendance à opposer les paradigmes à l'image de ce que l'on peut encore entendre chez des défenseurs de *"chapelle"*. Force nous est de reconnaître aujourd'hui, après un certain chemin parcouru, que cette attitude n'apporte pas grand-chose aux sujets que nous sommes amenés à rencontrer. Cela n'apporte pas grand-chose à notre clinique, si ce n'est peut-être de nous bercer de la conviction que nous sommes dans le vrai, alors que les autres se trompent,

de nous amener à penser — … que les autres n'ont rien compris… — et de nous faire tomber dans l'ornière de certitudes. Ces certitudes pouvant avoir comme effet collatéral de venir voiler le doute et les questions qui peuvent en découler. Ce doute et ces questions perdus sont certes plus confortables pour les cliniciens que nous sommes, mais cela risque de nous barrer la route au Sujet, à l'autre, alors que nous pensons précisément que ce chemin avec et pour l'autre est notre cœur de métier. À ce jour, une certitude demeure, celle qu'il est plus productif d'appréhender les choses en tentant de construire des liens, en prenant en compte des éléments mis en lumière par d'autres que notre vision était en incapacité de voir. Le clivage n'apportant bien souvent que l'exclusion et le repli, alors que la prise en compte n'est en rien synonyme de renoncement, mais plutôt d'enrichissement. Il nous faut donc tenter de penser les choses non en opposition, mais sous la potentialité d'un enrichissement mutuel malgré l'abîme qui peut séparer des visions ou des approches fondamentalement différentes.

6.2. De la preuve à la vérité

Dans son texte sur la question de la preuve (au sujet de la psychanalyse), Paul Ricœur rappelle que la psychologie académique *« ... adopte pour elles-mêmes l'épistémologie des sciences naturelles. Même quand nous n'avons pas affaire à un empirisme étroit qui n'exige pas d'une théorie qu'elle soit directement validée par les observables, nous continuons néanmoins à poser la même question que nous posons à une science d'observation. » (*Ricœur, 2008, p. 21). Il est important de rappeler que la psychanalyse **n'est pas** la psychologie. Il convient donc de préciser ce qui est en jeu dans l'approche psychanalytique. La thèse proposée par Ricœur à laquelle nous souscrivons est *« que la théorie psychanalytique […] est la codification de ce qui prend place dans la situation analytique, ou plus précisément dans la relation analytique. C'est là que quelque chose se produit qui mérite d'être appelé l'expérience analytique. […] l'équivalent de ce que l'épistémologie de l'empirisme logique appelle des «observables» doit être cherché d'abord dans la situation analytique, dans la relation analytique. » (op. cit.*, p. 21)

Dès lors, il est important d'en dire plus sur cette expérience analytique — nous rappelons que le mot expérience est à entendre comme un vécu et surtout pas comme le résultat d'un dispositif expérimental — de la même façon, il est utile de préciser la notion de *"fait"* afin de dissiper un éventuel malentendu comme le souligne Ricœur : *« On aperçoit déjà*

le malentendu qui prévaut dans les discussions étymologiques ordinaires : les faits en psychanalyse ne sont aucunement des faits de comportement observables. » (op. cit., p. 22) Ce qui est pertinent en psychanalyse est l'apparition dans le discours d'éléments signifiants qui peuvent prendre sens pour celui qui les énonce et permettre ainsi à ce dernier un réagencement de la préhension de son histoire. Pour parvenir à cet objectif, *"le cadre"* et la façon dont il est investi par les acteurs en présence, est bien entendu primordial et vient souligner le caractère dynamique du fonctionnement de l'inconscient.

C'est dans ce *"cadre"* que le lien à l'autre advient. Ce lien défini par Freud sous le nom de *transfert*. En ce qui concerne le transfert et sa définition, Ricœur s'autorise à la lecture des écrits freudiens, à apporter une précision sur ce dernier dans ce propos : *« Il révèle* [le transfert] *ce trait constitutif du désir humain : non seulement de pouvoir être énoncé, porté au langage, mais encore adressé à autrui. Plus précisément, il s'adresse à un autre désir susceptible de méconnaître sa demande. Ce qui est ainsi criblé de l'expérience humaine est la dimension immédiatement intersubjective du désir. » (op. cit.*, p. 25). Dans ce propos de Paul Ricœur auquel nous adhérons globalement, nous sommes mis en difficulté avec la notion de "désir". Freud utilise dans ses écrits le mot *wunsch* et ce terme ne correspond pas *stricto sensu* à la valeur qui est donnée en français au mot désir (Laplanche & Pontalis, 1968, p. 120-121) — c'est à Jaques Lacan que l'on doit un travail de fond sur la notion de désir qu'il met au travail dans le livre V de son séminaire traitant les formations de l'inconscient (Lacan, 1998) / Nous nous permettrons de venir interroger à notre tour cette notion en nous appuyant sur les travaux du phénoménologue Renaud Barbaras à la suite de la conclusion que Ricœur propose sur l'éclairage qu'il apporte sur la théorie psychanalytique —

Dans son analyse de la théorie psychanalytique au travers de sa lecture de l'œuvre freudienne, Paul Ricœur nous a permis de mettre en lumière le quiproquo dans lequel se sont inscrits bien des critiques adressées à la psychanalyse. Nous gardons à l'esprit que cela ne valide en rien une quelconque approche — qui si l'on se déprend du dogme scientifique positiviste introduit par Auguste Comte — qui pourrait prétendre atteindre l'appréhension certaine et absolue de la circonscription du ou d'un réel. Un réel qui selon nous résiste à être défini et ne fait que se dérober à toutes les tentatives que nous mettons en place pour le définir. Nous conclurons donc notre propos avec l'énoncé de ce philosophe français au sujet de la psychanalyse :

> *« parler de réalité psychique par contraste avec la réalité matérielle. Ce sont les traits différentiels de cette réalité psychique qui sont psychanalytiquement pertinents. Ce critère est paradoxal dans la mesure où c'est précisément ce que le sens commun oppose à la réalité qui constitue cette réalité psychique. » (*Ricœur, 2008, p. 26)

> *« la psychanalyse n'a à faire qu'à la réalité psychique et non avec la réalité matérielle. Dès lors, le critère de cette réalité n'est plus qu'elle soit observable, mais qu'elle présente une cohérence et une résistance comparables à celles de la réalité matérielle. » (op. cit.*, p. 28)

Ces deux énoncés venant "dire", selon nous au plus juste, une partie du cadre dont ce travail tente de témoigner, tant d'un point de vue théorique que pratique. Pratique qui nous est donnée par nos rencontres dans le contexte de notre activité professionnelle quotidienne.

6.2.1. Question du "désir" sous un éclairage phénoménologique

Le besoin n'est pas le désir, mais il peut être circonscrit et se trouve en attente du manque pour se relancer. Il est étroitement lié à l'objet qui est en mesure de potentiellement le combler. Quant à l'objet, il peut effectivement se trouver à cette place, mais gardons à l'esprit qu'il peut tout autant être ce sur quoi le manque vient rebondir et ainsi échouer à combler cet élan "vers" cet obscur "objet du désir" qui maintient le sujet dans la potentialité d'être atteint. Jacques Lacan nous aide à penser ces situations avec son outil conceptuel de l'objet petit "a". Nous voyons dans les multiples tentatives à le définir par son découvreur, l'illustration de son essence qui le porte par définition à être, si ce n'est insaisissable, du moins difficilement appréhendable. Il nous faut tenter, avec l'aide de Renaud Barbaras, d'enrichir notre outil de pensée. L'envie souvent confondue avec le désir nous désigne dans le réel, ce vers quoi on tend et qui est nommé "le visé". Le visé est ce qui cristallise le conscient, ce qui l'aveugle par la raison (qui se veut souvent rationnelle) et par voie de conséquence, enfouit toute logique héritée de l'inconscient. Le "visé" est ce qui, si le sujet l'effleure, l'atteint, va être dévoré, digéré et potentiellement méprisé, oublié ou haï, s'il a eu le malheur de se matérialiser.

Restons positifs, dans ces cas de figure, les mécanismes du deuil sont là pour relancer la chasse (à l'objet), pour recouvrir de l'oubli cette victime, le deuil est là pour se nourrir de sa substance — s'il n'est pas entravé par le trauma — et relancer la désignation d'un nouveau "visé". Nous voyons dans cette dynamique l'expression de la pulsion de vie/mort. La pulsion de mort portant son action sur le fait de soutenir la pulsion de vie, lorsque cette dernière concentre ses effets sur l'assimilation du "visé". Pour ce qui est du Désir, nous faisons le postulat qu'il ne se joue pas dans la même dimension. Si nous tentons néanmoins de définir le Désir par rapport au "visé", nous serions tentés de dire que le désir se situe plus dans le registre de ce qui fait naitre l'intentionnalité. Cette étincelle originelle étant reprise par la dynamique qui tend à designer "le visé" ainsi que l'action qui va en découler. Notre erreur serait donc d'avoir tenté de penser le désir là où, justement, il n'est plus présent. De là découleraient les tentations, par essence stériles, à penser le désir.

Désiré	≠	"Visé"
Du registre du concept, de ce qui échappe à l'intention		Objet fantasmatique que la confrontation au réel altère fondamentalement à défaut de le détruire.

Le "désiré" étant plus dans l'élan induit par le désir, pour survivre, le "visé" n'a d'autre alternative que d'être couvert du voile du fantasme pour parvenir à survivre. Pour ne point volée en éclat avec une confrontation au réel, nous voyons dans le statut du "visé" une position proche de ce que Jacques Lacan définit comme l'objet petit "a".

Nous pourrions être tenté de faire un amalgame entre le *Désir* d'un point de vue phénoménologique et la *Pulsion* d'un point de vue psychanalytique — en filigrane, tout au long de notre travail, la question du lien demeure, de cette dernière découle un jeu dialectique de l'appartenance et de la séparation, de la fusion et de l'exclusion — la question n'échappe pas à Barbaras, qu'il formule ainsi : *« la question de notre situation singulière dans l'être, autrement dit de la manière dont s'articulent exactement en nous appartenance et séparation se concentre dans la question, que seule la psychanalyse a affrontée, de l'articulation exacte entre désir et pulsion. »* (Barbaras, 2016 b, p. 136)

Tout phénoménologue qu'il est, l'auteur emprunte selon nous, un chemin déjà balisé par Lacan. Dans sa question au sujet du désir, il vient argumenter son propos par rapport à une

spécificité humaine qui est que l'homme s'inscrit dans le monde par le langage, à la différence des animaux. Sans revenir sur la primauté du langage ou de l'inconscient, il n'en demeure pas moins que ces deux concepts sont intimement liés et participent de la spécificité discriminante de l'homme et de l'animal. Ce différentiel étant lui aussi utilisé par Barbaras, pour tenter de dire quelque chose du rapport au monde nécessaire pour avancer sur une modélisation du Désir. Ses propos sont : *« Alors que le mode d'être animal est caractérisé par une forme d'intimité avec le monde, l'homme s'en trouve séparé ; alors que l'animal est encore immergé dans la profondeur du monde sur le mode de l'avancée, l'homme ne la saisit qu'à distance et c'est en ce sens qu'il est situé, contrairement à l'animal, en face du monde plutôt que de son côté… »* (*op. cit.*, p. 136-137)

Cette subtilité rappelée, il s'agit de penser de quelle façon l'homme tente et vient s'inscrire dans son rapport au monde.

En tant que clinicien, il nous est continuellement donné de prendre la mesure du "raté", de cette tentative au travers l'expression de symptômes. Pour être plus précis lorsqu'ils sont dérangeants, quand ils viennent poser problème, ils ne manquent pas de faire naitre la "demande" — malheureusement trop souvent, il s'agit d'une demande d'éradication du symptôme —

6.2.2. Ce désir qui nous échappe

Dans son livre, *le désir et le monde*, l'auteur nous rappelle que le désir n'est pas le besoin, la volonté, le souhait, l'aspiration (Barbaras, 2016a, p. 7) ni même l'envie. Son approche phénoménologique l'amène à dire du Désir que : *« C'est bien en et par lui-même, dans son mode propre de manifestation, que le désir déjoue la compréhension et la connaissance, au point que nous avons la conviction qu'il s'éteindrait dès l'instant où il deviendrait compréhensible… »* (*op. cit.*, p. 12) Sur ce point, on s'accordera avec l'auteur, sur la dimension prépondérante du Désir que nous placerons sur le versant de l'inconscient tel que défini par Freud. Son approche résolument phénoménologique l'amène à retrouver des éléments fondamentaux de l'approche psychanalytique. Dès 2008, Barbaras dans sa recherche, pose déjà la notion de *mouvement* que nous mettons en lien avec la dimension dynamique postulée par Freud sur le fonctionnement du psychisme de l'homme ; les moyens qu'il se donne ne sont bien évidement pas l'approche psychanalytique, mais lui permettent de venir définir des outils conceptuels précieux. Nous voyons dans cette façon de procéder, un moyen de ne pas tomber dans l'ornière exclusive d'un géocentrisme en rapportant une

approche Héliocentrique ; aussi paradoxal que cela puisse paraître - nous parlons là d'un phénoménologue - nous pensons que l'idée de cette approche trouve un écho dans le travail d'Emmanuel Kant (Kant, 1781).

Par son travail, Renaud Barbaras nous livre des éléments sur lesquels nous pouvons nous appuyer pour tenter de cheminer dans notre clinique. C'est ainsi que pour définir *le mouvement,* l'auteur a dû passer par l'élaboration de concepts fondamentaux, certes externes à la psychanalyse, mais dans lesquels nous trouvons un terreau fertile à notre propre réflexion. Afin d'illustrer notre enthousiasme, voici ce qu'il énonce sur le mouvement du désir : *« A la lumière des acquis de notre description de la vie comme Désir, la question se pose dès lors de savoir quelle est la forme effective de cette articulation, dont nous comprenons désormais la possibilité, entre appartenance et différence, intramondanéité et extériorité au monde. Quel est le sens d'être d'un étant (le sujet) qui ne se fait monde que pour s'en distinguer, qui, plus précisément, demeure au cœur du monde, au sens où il n'est pas autre, tout en différant sans cesse des formes finies qu'il se donne au sein de ce monde, tout en se dépassant lui-même ? Il n'y a qu'une seule réponse possible : le mouvement […]. Il faudrait donc avancer que si la vie a le Désir pour essence, elle a le mouvement pour mode d'existence… »* (Barbaras, 2008, p. 361)

Il nous est impossible de résumer ici le travail de Barbaras qu'il initie dans son livre, dès 2003 *Vie et intentionnalité* ; les heures que nous avons passé à travailler ses écrits, à écouter ses conférences, ne nous ont pas donné l'assurance d'une compréhension nette de sa pensée, mais nous pouvons attester de la stimulation que cela a eu sur ce travail universitaire.

6.2.3. Concept pour notre clinique

« … la subjectivité devait au contraire être comprise privativement,
comme la négation d'une vie qui la déborde toujours
et la rapporte à la profondeur du monde. » (Barbaras, 2011, p. 7)

Dans notre activité professionnelle, il nous faut reconnaître que lors de nos rencontres avec les patients, nous ne sommes pas en train de penser, nous sommes pris tout entiers dans la rencontre et les implications qui en découlent. Dans la rencontre, des pensées nous traversent l'esprit, des interprétations et des sensations. Le travail qui est le nôtre est d'essayer

de nous faire confiance, de faire confiance à la situation pour dire, réagir à ce qui est en train de se produire devant nous, avec nous et les sujets en présence. Peu importe l'action ou la non-action que nous induisons, la réaction est immédiate et sanctionnée par un silence, l'affleurement d'un souvenir, une réaction ou un abattement. À de nombreuses reprises, les patients que nous rencontrons nous témoignent d'une fatigue dans l'après coup de nos rencontres. Nous pensons que cette fatigue est induite par le travail psychique qu'ils amorcent ou continuent à l'occasion de ces rencontres. Ils leur arrivent aussi de témoigner à leur façon de cette expérience. Pour parvenir à rencontrer l'autre, nous nous sommes interrogés sur les moyens à mettre en œuvre. Il nous est apparu que trop penser était contreproductif. Penser augmente la potentialité de notre absence dans la rencontre, comme le formule très justement Arendt *« quand je suis en train de penser, je sors du monde des apparences, même si ma pensée traite d'objets ordinaires donnés par les sens et non d'invisibles comme des concepts ou des idées »* (Arendt, 1971, p220). Mais peut-on prendre le risque de ne pas penser ? Encore une fois, les mots nous trahissent en français, comment faire pour nuancer notre propos, comment faire pour évoquer la pensée opératoire, la pensée déductive ? En essayant d'être au plus juste avec ce que nous croyons faire lors de la rencontre, nous avons la conviction que nous passons notre temps à penser en dehors des rencontres pour tenter d'oublier — il serait plus juste de dire que l'on "tente de voiler" — au moment de la rencontre, afin d'être le plus disponible possible… Pour cela, tous les concepts que nous avons évoqués précédemment et ce que nous convoquerons plus loin dans cet écrit, sont nos béquilles que nous sculptons, modifions, réagençons au hasard de nos rencontres cliniques.

Partie 3 : Articulation théorico-clinique

Chapitre 1 : La rencontre du traumatisme psychique en H.A.D.

Mme TX est une dame de 71 ans pour laquelle l'équipe soignante nous sollicite parce qu'elle a perçu chez cette patiente une forte anxiété. Suite à une intervention chirurgicale visant à lui retirer une tumeur cancéreuse localisée au niveau de l'œsophage, les suites opératoires semblent bien se passer d'un point de vue purement médical. Lors de notre rencontre, Mme TX met un point d'honneur à nous témoigner de sa confiance en l'équipe des soignants « Ils sont tous charmants, tout se passe merveilleusement bien pour moi. Quelle chance d'avoir une équipe si compétente auprès de moi. » L'équipe nous fait un retour sur le discours de Mme TX au sujet de nos rencontres « Elle nous dit que ça lui fait du bien de te voir. Mais elle ne cesse de nous demander si tu ne vas pas l'oublier et que tu vas bien venir la revoir. »

C'est après plusieurs rencontres qu'elle accepte d'évoquer un point qui la préoccupe dans sa prise en charge qui, selon ses dires, "est très bien". « Je me sens fatiguée, j'ai beau dormir, j'ai l'impression de ne jamais être reposée ». Questionnée sur la qualité de son sommeil, Mme TX nous confie « je me réveille souvent la nuit et à chaque fois, je fais des rêves agités, tout comme dans la journée ». Nous l'interrogeons sur ses rêves, « ce ne sont pas des cauchemars, mais des rêves bizarres. Je ne sais pas comment vous les décrire, ou vous dire ce qu'il s'y passe. Ca n'a ni queue ni tête… Mais à chaque fois, j'ai cette sensation étrange et désagréable. Par exemple, là avant que vous arriviez, je me suis assoupie et j'en ai fais un. En fait ce n'est pas un rêve, c'est une pensée que je ne parviens pas à maitriser. Des pensées bizarres qui me viennent à l'esprit et même quand je me réveille et que j'ouvre les yeux, les images continuent à défiler dans ma tête. ». Le fait de ne pas pouvoir stopper ces images, malgré le fait qu'elle soit réveillée, l'inquiète. Quant au contenu de ses pensées, il y a des personnes qu'elle ne parvient pas à reconnaître, des lieux bizarres et les situations s'enchaînent, sans suites logiques. Mme TX parvient néanmoins à préciser « Je ne suis que

spectatrice dans ces images, je ne peux pas agir, je ne fais qu'observer ». Au détour de nos échanges, Mme TX ponctue l'un de ses propos par la question « pensez-vous que je devienne folle ? ». Notre réponse est qu'au vu de notre expérience et à la lumière des événements qu'elle vient de vivre, ce qu'elle nous décrit nous semble tout à fait normal. Nous pensons que notre propos a eu pour effet de la rassurer suffisamment et qu'il est un des éléments qui lui a permis de commencer à associer et mettre du sens sur les évènements récents de la découverte de son cancer et de sa chirurgie. Nous devons admettre que nous ignorons véritablement ce qui, dans notre attitude, reformulation ou scansion de son discours, a été opérant, mais le fait est que, de jour en jour, Mme TX nous accueille avec le sourire, elle est de plus en plus reposée, elle ne s'inquiète plus de notre passage auprès de l'équipe soignante et lorsque nous l'interrogeons de nouveau sur ses fameuses pensées, elle nous répond « ah oui les pensées... Ben là ça va »

Dans notre tentative à essayer de penser le discours de Madame TX, il nous est revenu à l'esprit, par associations d'idées, le travail de Freud sur le rêve (Madame TX commençant à nous parler de rêves). Notre question a donc été : quels sont les éléments problématiques qui ne parviennent pas s'articuler dans le travail du rêve de la patiente ? Quelque chose était bloqué. Mais la patiente parvenait à tenir un discours et à enrichir ce dernier sur les événements qu'elle traversait. La piste des effets d'un traumatisme n'était pas flagrante. Nous avons trouvé des éléments fertiles à notre réflexion dans l'élaboration de la théorie freudienne.

Dans les années 20, à la lumière de ces avancées théoriques, Freud va reprendre une idée qu'il avait déjà évoquée plus tôt sur ce qui aurait pu être interprété comme un dysfonctionnement de la logique du rêve dans la névrose post-traumatique.

Depuis près de vingt ans, il était établi que la logique de fonctionnement du rêve s'appuyait sur le principe de plaisir.

Les cauchemars récurrents mettant inlassablement en scène la situation traumatique des patients atteints de névrose traumatique auraient pu potentiellement être un contre-exemple du fonctionnement établi du rêve.

Freud ne se déprendra pas de cette hypothèse de départ, mais considérera que dans le cas des névroses traumatiques, le rêve ne parvient pas à mettre en place de prime abord, son fonctionnement habituel.

La mise en place du principe de plaisir est défaillante par le dysfonctionnement d'une

étape qui permet sa mise en place, et empêche sa réalisation normale.

Pour rappel, la réalisation du principe de plaisir ayant pour fonction de diminuer les tensions de l'appareil psychique qui auraient été empêchées, retenues lors de la veille par les effets du principe de réalité.

Le sujet ayant ainsi, par l'entremise du rêve, la possibilité de mettre en place des scénarios oniriques lui permettant d'éviter la frustration qu'occasionne la vie éveillée.

Mais pour pouvoir élaborer des scénarios qui éviteraient la frustration (et donc la mise sous tension du principe de plaisir), il est nécessaire que le sujet ait la possibilité d'intégrer les matériaux servant au rêve, associés à des ressources psychiques lui permettant d'articuler ces matériaux.

Dans le cas des névroses traumatiques, il semblerait que l'appareil psychique ne soit pas en capacité d'articuler les matériaux du rêve et de permettre ainsi au principe de plaisir de se mettre en place.

La récurrence d'un cauchemar découlerait de cette tentative désespérée de l'appareil psychique d'aboutir à atteindre la réalisation du principe de plaisir, sans jamais y parvenir, à l'image du supplice de Tantale.

> « *Si les rêves des névrosés du fait d'accident ramènent si régulièrement les malades dans la situation de l'accident, ils ne servent d'ailleurs pas par là l'accomplissement de souhait, dont la mise en œuvre hallucinatoire est devenue la fonction des rêves, sous la domination du principe de plaisir. Nous pouvons toutefois admettre que ces rêves se mettent à la disposition d'une autre tâche qui doit être résolue avant que le principe de plaisir puisse commencer sa domination. Ces rêves cherchent à procéder au rattrapage, sous développement d'angoisse, de la maîtrise du stimulus, elle dont le manque est devenu la cause de la névrose traumatique. Ils nous ouvrent ainsi une perspective sur une fonction de l'appareil animique qui, sans contredire le principe de plaisir, est pourtant indépendante de lui et semble plus originelle que la visée du gain de plaisir et de l'évitement du déplaisir. »* (Freud, 1920, p. 333)

La mise au jour de ces éléments théoriques permet de comprendre différents points que la clinique vient mettre en lumière.

1.1. Cristallisation excessive

M. GR est un homme de 45 ans, il est amené à consulter pour des douleurs dans le bas du dos. Une fois tous les examens d'usage effectués, les résultats sont ***« catastrophiques »****. Il est atteint d'un cancer généralisé qualifié d'agressif. Les douleurs du bas du dos sont dues à une métastase qui vient comprimer sa moelle épinière et provoque une paralysie du bas du corps "syndrome de la queue de cheval". L'équipe médicale est en grande difficulté face à cette situation de par le jeune âge du patient et du fait qu'il soit père de deux enfants (6 et 9 ans). Le patient et sa femme sont informés de l'absence de traitement curatif au vu de l'avancée du cancer.*

Une opération neurochirurgicale est tentée afin de diminuer la compression de la tumeur et lui permettre de retrouver l'usage de ses jambes. Malheureusement, malgré l'opération, M.GR ne retrouve pas l'usage de ses jambes, c'est aussi à ce moment que l'équipe médicale nous sollicite au vu des difficultés qu'elle rencontre dans la prise en charge de ce patient.

Lors de notre rencontre, M. GR nous informe « Merci, mais je n'ai pas besoin de vos services. Ce sont les médecins qui ne comprennent pas. Je ne peux pas rester ainsi. Ma famille a besoin de moi et je ne peux rien faire si je n'arrive pas à marcher et en plus, ils ne semblent pas savoir calmer mes douleurs ». Pendant notre prise de contact, M. GR nous fait un bref historique de ce qui lui arrive, en s'étendant longuement sur l'incapacité des médecins à lui permettre de retrouver l'usage de ses jambes et leur incapacité à le soulager efficacement de la douleur toujours très présente. L'important est de rentrer le plus vite possible chez lui afin de « pouvoir s'occuper de ses enfants ». À aucun moment lors de cet échange, M.GR ne prononce le mot "cancer" au point qu'à la fin de l'entretien, un doute nous traverse l'esprit sur le fait qu'il ait été informé de ce dernier.

Nous assistons à un entretien avec le médecin, en présence de sa femme, où le médecin rappelle que les douleurs dont se plaint M. GR et les causes de sa paraplégie sont les conséquences de son cancer. Lors des entretiens qui suivent, M. GR continue à se projeter dans un avenir plus ou moins proche avec ses enfants, tout en se plaignant de l'inefficacité des médecins. « J'ai promis à mes enfants que je serai toujours là pour eux. Je ne veux pas qu'ils s'inquiètent de la maladie ». Sa plainte somatique demeure vivace malgré les différents antalgiques utilisés, jusqu'au jour où l'équipe médicale décide d'alléger les doses d'antalgiques et de les associer à un anxiolytique. Pendant quelques jours, M. GR semble

plus détendu et moins algique. Son discours change, il ne parle plus de ses douleurs et évoque des éléments de son histoire de vie (avant son hospitalisation). Quelques jours plus tard, le patient décède dans son sommeil.

Dans le cas de patients ayant subi des stimulations supérieures à ce que leur appareil psychique est en mesure de gérer, ils peuvent donner l'impression, par une apparente absence de cauchemar, que les effets du traumatisme sont absents, pouvant même nous amener à douter du fait qu'il y ait eu traumatisme. L'expression de ce dernier pouvant se retrouver dans le mode d'investissement de ces patients de leurs lésions d'organe.

> *« La violence mécanique du trauma libérerait le quantum d'excitation sexuelle qui a un effet traumatique en raison du manque d'apprêtement par l'angoisse ; la lésion corporelle simultanée, quant à elle, lierait l'excédent d'excitation en recourant à un surinvestissement narcissique de l'organe souffrant »* (Freud, 1920, p. 305)

L'incapacité de l'appareil psychique à produire des liens entre des stimulations qui dépassent la capacité d'absorption apparaît comme l'explication logique du blocage de ce dernier et son incapacité à mettre en place son fonctionnement habituel, s'articulant entre le principe de plaisir et le principe de réalité.

> *« Ce serait alors la tâche des strates supérieures de l'appareil animique que de lier l'excitation des pulsions qui arrive dans le processus primaire. Le ratage de cette liaison provoquerait une perturbation analogue à la névrose traumatique ; c'est seulement une fois cette liaison effectuée que la domination du principe de plaisir (et de sa modification en principe de réalité) pourrait s'imposer sans être inhibée. »* (*op. cit.*, p. 306)

Freud rappellera un élément important sur la nature d'un traumatisme ; les effets de ce dernier étant à contextualiser dans l'histoire singulière du sujet.

Nous ne devons pas céder à une facilité simplificatrice qui permettrait de lier un fait unique avec l'apparition d'un symptôme.

Le symptôme étant le fruit de la sensibilité, du vécu et de l'état du patient au moment où ce que nous appelons « le moment déclencheur », où nous observons le dysfonctionnement de l'appareil psychique.

> *« Mais en règle générale, le symptôme n'était pas le précipité d'une unique scène « traumatique », mais le résultat de la sommation de nombreuses situations*

analogues. » (Freud, 1925 a, p. 68)

À travers les avancées théoriques visant à comprendre les mécanismes du traumatisme, Freud n'écartera pas l'hypothèse formulée par Otto Rank, de considérer que le tout premier traumatisme auquel est confronté un sujet est celui de la naissance.

Le bébé, venant au monde, vierge de toute organisation psychique, apparaît comme évident qu'il soit dans l'incapacité de gérer les stimulations extrêmes découlant de l'agression du milieu, quand il est extrait de la protection et du filtre du ventre maternel.

> *« C'est comme une telle expérience vécue prototypique que s'offre à nous, pour ce qui est de l'homme, la naissance, et c'est pourquoi nous sommes enclins à voir dans l'état d'angoisse une reproduction du trauma de la naissance. »* (Freud, 1926a, p. 248)

Les sensations extrêmes découlant de ce premier contact au monde marqueraient les origines archaïques du développement de l'appareil psychique d'un sujet. Il n'est pas à exclure que les expériences qui suivent ce moment ne rentrent pas en résonnance avec ce moment princeps.

Par voie de conséquence, il serait une partie plus ou moins importante à la racine de l'expression de ce qui définit la spécificité de l'histoire d'un sujet.

Le bébé se construisant en plus avec les matériaux mis à sa disposition pour lui permettre de trouver un équilibre, voire un apaisement perpétuellement remis en question par les situations auxquelles il est amené à être confronté.

> *« D'après le développement de la série : angoisse — danger — désaide (trauma), nous pouvons résumer : la situation de danger est la situation de désaide reconnue, remémorée, attendue. L'angoisse est la réaction originelle au désaide dans le trauma, qui sera alors reproduite ultérieurement dans la situation de danger comme signal d'appel à l'aide. Le moi qui a vécu passivement le trauma en répète maintenant activement une reproduction affaiblie, dans l'espoir de pouvoir en diriger le cours en agissant par lui-même. »* (*op. cit.*, p. 281)

La situation de M. GR vient donc parfaitement illustrer que le traumatisme de l'annonce d'une maladie grave, et potentiellement létale qu'est le cancer, peut s'illustrer à travers une plainte décalée par rapport à une logique pragmatique de personnes extérieures et en mesure d'évaluer et de mesurer les conséquences potentiellement attendues de la situation.

La douleur somatique et ses conséquences, par leurs places prépondérantes dans le discours du patient, le mettent en grande difficulté pour parvenir à opérer le dévoilement d'une

souffrance psychique quant à sa possibilité d'articuler son histoire actuelle avec la potentialité de la dynamique de l'histoire familiale dans laquelle il s'inscrivait.

1.2. L'événement stressant n'est pas toujours celui que l'on soupçonne

Depuis quelques jours, M. CH, âgé de 69 ans, est accueilli dans notre unité. L'annonce lui a été faite, ainsi qu'à son entourage, qu'il n'existait aucun traitement curatif à sa pathologie. Il a été expliqué que l'objectif de l'équipe soignante se focalise sur son confort et que c'est l'évolution de ce dernier (son confort) qui dictera l'ajustement des traitements et les actions des soignants. Suite à l'annonce, M. CH et son épouse expriment ce que l'équipe des soignants identifie comme une tristesse au travers de ce qu'elle perçoit comme un grand abattement. Malgré la stabilité de son état clinique, M. CH reste calme dans sa chambre et n'exprime que peu de demandes auprès de l'équipe. Son état somnolant durant la journée ne nous interpelle pas. C'est le commentaire d'une infirmière qui attire notre attention.

Lors d'un échange informel, cette soignante exprime son agacement vis-à-vis de l'équipe de nuit qui dit être en difficulté avec ce patient si calme, si posé dans la journée. Elle est choquée que l'équipe de nuit demande un ajustement du traitement, car les nuits sont difficiles...

Le soir venu, quelques instants après le changement d'équipe, le premier appel est celui de M. CH (il demande à boire). À cet instant, les soignants de nuit nous interpellent en nous précisant que ce n'est que le début et les appels de M. CH. vont durer toute la nuit. C'est au bout de son quatrième appel que nous accompagnons la soignante au chevet de M. CH, il doit être 23 heures. Sa demande est que l'on déplace une table sur roulette (chose qu'il semble a priori en mesure de faire seul).

Cette rencontre avec M. CH donne lieu à un long échange avec lui. « Je suis inquiet pour ma femme. Vous savez à la maison, c'est moi qui gère tous les papiers. Je ne lui ai jamais expliqué et je ne pense pas qu'elle puisse s'y retrouver. Et puis vous savez, elle n'a pas son permis de conduire. Je ne voyais pas l'intérêt qu'elle sache conduire, moi j'aimais tellement ça. Mais maintenant que je risque de ne plus être là, comment va t-elle pouvoir se débrouiller toute seule ? » Notre échange dure un long moment et prend fin lorsqu'il montre des signes de fatigue. Pour conclure cet entretien, nous lui précisons que nous reviendrons afin de

réfléchir avec lui à d'éventuelles solutions pour ne pas laisser sa femme seule face aux difficultés générées par la situation présente. En prenant congé de M. CH, nous prenons la précaution de lui dire de ne pas hésiter à utiliser sa sonnette s'il a besoin de quoi que ce soit. Il nous gratifie pour la première fois d'un sourire. Cette dernière reste muette jusqu'au petit matin.

Les jours qui suivent, nous rencontrons à plusieurs reprises M. CH seul, et avec son épouse. Quand nous tardons à aller le voir, il n'hésite pas à solliciter l'équipe soignante pour connaître le moment de notre passage.

Dans notre clinique, il nous est arrivé fréquemment d'être confrontés à des patients dont l'état d'agitation augmentait au fur et à mesure que se rapprochait le moment de dormir.

Ce moment étant théoriquement propice, par l'intermédiaire des rêves, à la résolution de conflits survenus dans la journée.

L'un des symptômes prégnants chez ces patients étant un état d'angoisse (dont les équipes soignantes de nuit témoignent fréquemment), Freud fera l'hypothèse que ces patients ont l'intuition que leur appareil psychique n'a pas les ressources nécessaires, pour que s'exécute correctement le fonctionnement du rêve.

Leur angoisse étant ce signal d'alarme les prévenant de ce dysfonctionnement, l'une des conséquences logiques de cette angoisse les amènent à potentiellement souffrir d'insomnie.

> *« La fixation inconsciente à un trauma semble être au premier rang de ces empêchements à la fonction du rêve. Alors que le dormeur doit nécessairement rêver parce que le relâchement nocturne du refoulement rend active la pulsion vers le haut de la fixation traumatique, l'activité de son travail de rêve, qui voudrait transformer les traces mnésiques de l'événement traumatique en un accomplissement de souhait, fait défaillance. Dans ces circonstances, il arrive alors qu'on devienne insomniaque, renonçant au sommeil par angoisse devant le ratage de la fonction du rêve. »* (Freud, 1933c, p. 111)

1.3. Trauma/positif

Nous rencontrons Monsieur YZ, suite à une hospitalisation en urgence de sa femme en réanimation pour une détresse respiratoire sévère. Après la rencontre avec les médecins, il nous relate les derniers événements et sa difficulté à comprendre que sa femme soit passée

d'un état de "bien portant" à une prise en charge en réanimation où son pronostic vital est engagé en l'espace de quelques heures sans signe avant-coureur. « Je ne comprends pas monsieur. Tout allait très bien à la maison ! »

Cela fait une semaine qu'elle est dans le coma et les médecins ne se prononcent pas quant à son avenir.

Le mari nous explique « Pour moi vous savez, c'est à cause du vaccin contre la grippe. C'est à cause de ça qu'elle est là. C'est les effets secondaires. » Le médecin présent lors de cet entretien explique « Au contraire monsieur. Si votre épouse est encore vivante, c'est certainement parce qu'elle a fait le vaccin. Vous savez votre femme souffre de nombreuses pathologies graves depuis des années. Si elle est là aujourd'hui, c'est certainement dû au fait qu'elle est très faible ». Lors d'un entretien seul avec M. YZ, il nous relate avec précision les évènements qui ont précédé l'hospitalisation, sans parvenir de nouveau à trouver une cause probable des signes avant-coureurs aux événements. C'est avec un certain désarroi qu'il conclut son propos sur le fait que la seule explication qu'il ait trouvé, pour mettre du sens à ce qui arrive à sa femme, n'est pas retenue par le corps médical. Il conclut avec ces mots « Moi je pensais que c'était à cause du vaccin, mais les docteurs disent que ce n'est pas ça… »

Une fois son histoire terminée, M. YZ ne dit plus rien, il reste figé, le regard fixe, les yeux légèrement humides.

Nous lui demandons de nous repréciser à quand remonte l'hospitalisation de son épouse. Il nous répond de façon laconique « une semaine ». Nous lui demandons ce qu'il fait depuis une semaine... Ses propos sont courts et descriptifs. « Je fais rien, je viens la voir ». Il nous apprend qu'il ne prend plus son traitement pour le cœur en nous disant : « c'est elle qui met mes pilules dans les petites boites pour la semaine » ; encore une fois, M. YZ s'arrête de parler et demeure silencieux. Encouragé par nos soins, il reprend après un silence « c'est fou ce qui est arrivé, la veille elle n'avait rien du tout... ». M. YZ sort de son silence pour nous dire « vous savez, c'est une grosse fumeuse, moi aussi je fume, mais moins qu'elle et vous savez quoi ? Ben depuis une semaine, je ne fume plus, plus envie... Et vous savez quoi... Ben ça me manque pas, les gens peuvent fumer devant moi, ça me dérange pas et j'ai plus envie de fumer ».

La soudaineté des événements et la violence de ces derniers (l'hospitalisation de Mme YZ) ont eu très certainement pour effet de générer l'incapacité de cet homme à mettre

du sens sur les événements et nous amènent à penser que cette situation a été vécue comme traumatique au point qu'il ne parvient pas à trouver une explication à l'arrêt de son tabagisme, se contentant de tenir un discours descriptif sur les événements, sans les lier les uns aux autres. L'effet inhibiteur sur la pensée du traumatisme amenant les personnes à poser des actions qui ont échappé *a priori* à toute élaboration nous amène à considérer que dans certaines situations, les symptômes découlant directement d'un traumatisme peuvent générer des comportements dont les effets ne seront en aucune façon à connotation morbide.

Dans l'un de ses derniers textes, en 1939, Freud évoquera explicitement que les effets du trauma ne sont pas à être considérés uniquement de façon péjorative.

Cela est dû à une des propriétés des traumas qui est de fixer une situation par l'incapacité que le sujet a de la gérer. Par voie de conséquence, ce moment s'inscrit dans l'histoire du sujet et lui permet de potentiellement produire des répétitions qui, par essence, se produiront dans un contexte différent.

Les effets en retour de la répétition permettent d'introduire du « nouveau » dans le ressort de « l'ancien » à l'origine de la répétition. Le produit de ce tout donnant lieu à du « neuf » avec « de l'ancien ». Les évolutionnistes qualifieraient ce mécanisme comme étant celui permettant l'évolution.

> *« Les effets du trauma sont de deux sortes, positifs et négatifs. Les premiers sont des efforts pour remettre en vigueur le trauma, donc pour remémorer l'expérience vécue oubliée, ou mieux encore, pour la rendre réelle, pour en vivre de nouveau une répétition, ou, même si ce n'était qu'une relation d'affect antérieure, pour faire à nouveau revivre celle-ci dans une relation analogue à une autre personne. On regroupe ces efforts sous les noms de fixation au trauma et de contrainte de répétition. Ils peuvent être accueillis dans le moi dit normal et lui conférer, en tant que tendances constantes de celui-ci, des traits de caractère immuables, »* (Freud, 1939, p. 154)

Pour le versant négatif du trauma, il découlerait de la seconde possibilité que produit le trauma, qui est celle de rendre totalement inaccessible l'événement traumatique et de potentiels effets qui pourraient en découler. Le sujet est donc dans l'incapacité d'utiliser dans son histoire, dans ses compulsions, le potentiel bénéfice qu'aurait pu produire le trauma.

C'est pour lui toujours la première fois, le temps s'abolit, il se brise à chaque fois. Il n'est donc pas en mesure de rapatrier dans ses constructions psychiques le produit brut du trauma.

« Les réactions négatives poursuivent le but opposé, à savoir que des traumas oubliés, rien ne doit être remémoré et rien répété. Nous pouvons les regrouper sous le nom de réactions de défense. Leur principale expression est ce qu'on appelle les évitements, qui peuvent s'intensifier en inhibitions et phobies. De même, ces réactions négatives fournissent les contributions les plus fortes, jusqu'à marquer le caractère de leur empreinte ; au fond, elles sont des fixations au trauma autant que les réactions adverses » (*op. cit.*, p. 155)

Dans ce texte, Freud précisera deux choses au sujet du trauma. La première est que le trauma associé à des moments de calme apparent du sujet est un élément essentiel de la névrose.

*« ... les effets immédiats du trauma **et** le phénomène de la latence, parmi les traits essentiels d'une névrose »* (*op. cit.*, p. 159)

Le second point est d'apporter un éclairage topique sur les traumas précoces, nous permettant ainsi de nous représenter les effets et la place de ces derniers dans l'appareil psychique.

« Les impressions des traumas précoces dont nous sommes partis ou bien ne sont pas traduites dans le préconscient, ou bien sont bientôt rétrogradées à l'état de ça par le refoulement. Leurs restes mnésiques sont alors inconscients et agissent à partir du ça. » (*op. cit.*, p. 177)

Chapitre 2 : Le deuil : processus à vivre par étape ?

2.1. Deuil bloqué par un savoir opérant

Monsieur AZ est un homme de 66 ans, il est très réservé, il vient passer toutes ses après-midi au chevet de son fils de 28 ans, victime d'un accident de moto, dans un coma profond depuis plusieurs semaines. Nous avons des difficultés à le rencontrer de par son attitude « évitante ». Il parle peu, reste aux côtés de son fils, en lui tenant souvent la main. Nous sommes interpellés par ses proches que nous rencontrons ponctuellement, qui veulent voir dans les mouvements réflexes du fils de M. AZ une reprise de conscience (qui n'est pas accréditée par le corps médical). Pour l'équipe soignante, le comportement de M. AZ est

adapté face au drame de la situation (au vu du pronostic, sombre), mais sa famille s'inquiète de ne pas déceler chez M. AZ une lueur d'espoir. L'explication qu'ils donnent à ce comportement est l'écho que le coma de son fils trouve dans un autre événement survenu cinq ans auparavant : le décès de son épouse d'un cancer dont il ne se serait pas remis. « Vous savez, il réagit comme ça parce qu'il a perdu son épouse d'un cancer et qu'il ne s'en est pas remis. Maintenant c'est son fils qui est hospitalisé mais ça n'a rien à voir. On le voit réagir il faut y croire, il est jeune et en pleine forme. Il va s'en remettre. »

Cette conviction, ce "savoir", cette certitude va mettre en difficulté l'équipe médicale qui va tenter de faire entendre à la famille qu'au vu des lésions cérébrales et la stagnation de son état clinique, après plusieurs semaines de soins intensifs, ne leur permet pas d'affirmer qu'il peut y avoir une amélioration probante de son état.

M. AZ ne prend pas part à ce débat, il semble extérieur aux convictions de sa famille, mais nous paraît dans la même logique qu'eux. Si pour la famille, la dynamique de leurs représentations, articulée par leur logique, les amène à garder un certain optimisme.

Il nous apparaît que M. AZ s'inscrit dans une logique de la "perte". Il ne peut que perdre les personnes qui lui sont le plus chères. Certes, son fils n'est pas mort puisqu'il respire, mais après avoir perdu sa femme, drame dont il n'imaginait peut-être pas qu'il en existe de pire... Aujourd'hui, c'est de son fils que les événements viennent le démunir. La logique dont fait preuve M. AZ et sa famille s'enracine en partie dans le même événement qui est la perte de cette femme à cause d'un cancer cinq ans plus tôt.

Le "savoir" découlant de l'histoire de cette famille les amène à construire des croyances pour se protéger de ce qu'ils perçoivent comme un insupportable de l'instant. Pour faire face à l'instant, ils ne semblent avoir d'autre choix que de se soutenir plutôt que de tenter d'élaborer des stratégies, prenant en compte la rudesse de la situation qui, elle, s'inscrit, qu'on le veuille ou non, dans une dynamique dont la logique ne peut être mise en lumière que dans l'après coup.

Lorsque nous avons commencé à prendre la mesure de la spécificité de la clinique auprès des patients relevant de soins palliatifs, notre expérience passée nous a semblé en décalage face à l'organisation et l'expression des affects qu'exprimaient les patients.

Tout naturellement, nous nous sommes tournés vers les références communément admises pour tenter de mettre du sens aux situations qui nous étaient données de vivre. Un des points communs en écho avec notre expérience était que l'émergence des demandes de la part des soignants ou des médecins découlait de situations où ils se trouvaient dépassés par les réactions des patients et de leur entourage.

2.2. Lorsque l'arrêt des traitements génère colère et agressivité contre l'Autre médical.

Madame R.

Madame R. est une jeune femme de 37 ans, elle a deux enfants, un garçon de 6 ans et une fille de 9 ans, ils sont pris en charge par sa famille pendant son hospitalisation dans le service d'onco-hématologie. Elle est de plus en plus fatiguée et son mari s'est rendu disponible pour être le plus souvent à son chevet. Le cancer de cette patiente a atteint une évolution qui dépasse les possibilités curatives des traitements médicamenteux, l'annonce est faite à la patiente et son mari que, dorénavant, l'objectif du corps médical est de se centrer sur le confort de Madame R.

À notre-arrivée dans le service, c'est ainsi que le médecin en charge de cette patiente nous présente la situation – nous tenons à préciser que nous ne faisons pas partie de ce service d'hospitalisation, mais de par le fait que nous prenons souvent en charge des patients qui sortent de ce service, il arrive que nous soyons sollicités, avant même le retour au domicile des patients, afin de créer un lien dans la continuité des soins et c'est dans ce contexte que nous rencontrons Mme R. ainsi que son entourage –.

La patiente semble apaisée, son mari à côté d'elle complètement effondré. Il semble désemparé et dépassé par ce qu'il lui arrive. Dans nos échanges, il n'a pas de questions, il écoute et répond en quelques mots, il nous paraît être ailleurs. Quand il est au chevet de sa femme, il ne dit rien, reste dans un coin de la pièce silencieux, comme hébété, abasourdi…

La situation prend une autre tournure avec l'arrivée du frère de la patiente. Après avoir vu sa sœur, il demande à voir le médecin auprès duquel il exprime son refus que plus aucun traitement curatif ne soit administré à sa sœur. « Vous ne pouvez pas la laisser mourir comme ça ! Sans rien faire ! »

Devant la réponse du médecin, « J'ai longuement discuté avec votre sœur, elle connait sa situation, et j'ai discuté avec elle de ce qu'elle voulait et de ce que nous pouvions faire… ».

Le ton monte, il tente d'argumenter en rappelant qu'elle est maman de jeunes enfants et que ces derniers ont besoin d'elle, qu'elle est encore très jeune, que cela ne se fait pas de laisser mourir une maman… faisant référence à l'arrêt des transfusions. Il ponctue son propos en ces termes : « si c'est du sang que vous voulez, je vous donne le mien ! »

> **[au vu de l'intensité et de la violence de la situation, nous faisons le choix délibéré d'utiliser un style de narration indirecte, nous considérons que nous ne sommes pas en mesure de combler le fossé inévitable entre le « vécu » et la narration *a posteriori*. L'utilisation du style direct creusant, selon nous, d'autant plus cet abîme]**

Le médecin tente d'expliquer la situation. Les seuls traitements qui peuvent lui être administrés sont des transfusions sanguines. L'anémie de sa sœur s'aggrave, les transfusions sont à visée de confort, mais ces dernières ont de moins en moins d'effet sur la patiente. Le médecin rappelle au frère que sa sœur est tout à fait lucide sur sa situation et que suite à une discussion sur l'évolution de la maladie, les traitements, elle a exprimé qu'elle est trop fatiguée, qu'elle veut dormir, qu'elle souhaite être tranquille. Il lui a été expliqué que l'arrêt des transfusions va augmenter sa sensation de fatigue, qu'elle va finir par s'endormir… et ne plus se réveiller.

En notre présence, il lui est donc rappelé que sa sœur connait la situation et que le choix de ne plus faire de transfusion appartient en propre à la patiente. Elle a exprimé être soulagée de l'orientation de sa prise en charge…

La réaction du frère redouble de violence, il menace d'appeler un avocat, de porter plainte, il refuse tout contre argumentaire au discours qu'il tient, commence à avoir des gestes agressifs sur des objets qui l'entourent. Il prend conscience du débordement de sa violence et coupe court à l'entretien, prétextant d'appeler son avocat. Il se met à l'écart pour téléphoner tout en déambulant devant l'entrée du service.

Devant cette déferlante d'agressivité, nous avons pris du temps en aparté avec le médecin, quelque peu déstabilisé par le frère de la patiente. Un peu plus tard, nous parvenons à entrer en contact avec ce frère. Nous le laissons s'exprimer et exprimer tout son ressentiment sur le médecin par qui est venu la mauvaise nouvelle. Nous nous contentons de pointer quelques éléments de son discours, lorsque ce dernier baisse d'intensité. Le frère de la patiente ne semble pas nous considérer de la même façon que le médecin. Il accepte d'argumenter son point de vue et prend en compte nos remarques lorsqu'on lui fait remarquer qu'il hausse le ton. Le dialogue ainsi rétabli, nous l'enjoignons de prendre le temps de la réflexion, de s'enquérir de ce que pense sa sœur et son mari et que l'équipe médicale, le médecin étaient

tout à fait disposés à échanger, expliquer les tenants et les aboutissants de la prise en charge, voire l'adapter dans l'intérêt de la patiente.

Nous aurons rapidement un nouvel entretien avec le médecin et ce frère inquiet - dont nous nous autorisons à dire qu'il venait de prendre la mesure de la gravité de la situation - Lors de cet échange, où son interlocuteur privilégié est le médecin, il tente une négociation pour la mise en place de traitements qui, de son point de vue, sont nécessaires alors que du point de vue médical, ils sont jugés déraisonnables. Même si l'échange commence calmement, ce proche de la patiente se met à menacer de poursuites juridiques si ce qu'il considère comme étant nécessaire pour sa sœur n'est pas mis en place…

Les deux jours suivants, nous passons régulièrement dans ce service, pour s'enquérir de l'évolution de la situation et si l'équipe médicale n'est pas trop en difficulté avec les proches de Mme R.
Quarante-huit heures plus tard, la patiente décède dans son sommeil, en ayant tout de même exprimé qu'elle était en plein accord avec l'équipe soignante et que ce qu'elle voulait, c'était « se reposer ».

Le frère de la patiente est étrangement calme et réservé après le décès de sa sœur. Sans refuser l'échange, il ne répond pas aux questions, aux sollicitations ou marques d'intérêt qui lui sont témoignées.

Nous supposons que le groupe qui s'est constitué autour de cet événement dramatique a certainement été soutenant et étayant pour ce frère qui venait de perdre sa sœur. Le groupe constitué de son beau-frère et ses parents a eu une attitude que nous décrirons comme plus fataliste. Ils étaient certes tristes, semblaient rassurés d'avoir pu être là pour accompagner leur proche. Il leur a certainement fallu prendre la mesure de l'événement qu'ils étaient en train de vivre, l'important n'étant plus de sauver la malade coûte que coûte de ce drame annoncé qu'est son décès proche, mais d'être là à partager son dernier souffle.

Cette situation est venue illustrer de façon quasi parfaite une modélisation forte, présente dans certains services confrontés à ce type d'événement. Nous pourrions articuler le cheminement de ce frère confronté à cet événement dramatique, avec une approche par étapes :

Dans un premier temps, le frère exprime un refus quasi catégorique devant ce que nous appellerons l'épreuve de réalité de l'évolution de la maladie. Ce moment est appelé, selon les professionnels, le refus ou le déni.

Dans un deuxième temps, face à l'absence de réponse allant dans le sens de ses attentes, ce frère est envahi par la colère, l'irritation. Là peut être repéré une deuxième étape.

Dans un troisième temps, des tentatives de négociations, de menaces, de propositions pourraient caractériser une étape de marchandage, une tentative d'infléchissement des faits.

Puis une nouvelle étape, très certainement devant l'échec de l'étape précédente, voyant que le cours des choses ne dépend pas d'un acteur spécifique, mais de l'évolution normale des choses.

L'attitude de ce frère est une attitude de retrait souvent nommée phase de dépression. Il nous est difficile de rentrer dans le détail au sujet de l'attitude de ce frère, car ce dernier refusait toutes tentatives de dialogue. Ses interactions étaient, en apparence, adaptées. Nous pouvons décrire son agressivité, suivie par sa tentative de marchandage, lorsqu'il propose de donner son propre sang pour que l'on transfuse sa sœur, mais que dire de ses pensées, de son ressenti ? Il prenait soin de ses parents, son regard était ni fixe ni fuyant, nous pouvons juste dire qu'il avait une attitude calme et en retrait par rapport à ce que nous avions observé de lui précédemment.

La dernière étape que nous n'avons pas observée, mais que nous supposons, est appelée l'étape d'acceptation. Elle commence lorsque le sujet se met à interagir à nouveau avec son entourage et qu'il parvient à prendre acte des faits qui viennent de se produire et pour lesquels il n'a aucun moyen de les infléchir.

2.3. Deuil et phases

Élisabeth Kübler-Ross

En 1969, paraît le livre *On Death and Dying* de la psychiatre Élisabeth Kübler-Ross (1926-2004). C'est dans ce livre qu'elle va détailler les cinq étapes du deuil. C'est en 1965, que le docteur Kübler-Ross est contacté par des étudiants en théologie afin de les aider dans leur travail de recherche ayant pour thème « la crise dans la vie humaine ». Leur hypothèse était que la crise la plus importante auquel était confrontée une personne était celle de la fin de

vie. Leur recherche commença par la rencontre de patients en fin de vie. Ils rencontrèrent des centaines de patients.

De ces rencontres, ils observèrent des attitudes, des comportements semblables chez les patients. Ces comportements apparaissant dans un certain ordre chronologique. Ils notèrent enfin que l'apparition chronologique de ces comportements n'était pas influencée par le fait que les patients soient informés de façon explicite ou non au cours de leur parcours de soins, des risques vitaux que l'évolution de la maladie leur faisait courir.

Refus (1)

Dans un premier temps, lorsqu'était faite l'annonce de l'échec du traitement et que cela impliquait une fin de vie potentiellement proche, la réaction la plus souvent observée chez les patients était l'incrédulité, la surprise, une difficulté à concevoir que c'était de leur situation dont il s'agissait dans cette annonce. Ce comportement des patients fut nommé étape du **REFUS**. Le refus va être la première étape dans une chronologie de cinq.

Irritation (2)

Rapidement après l'annonce, l'attitude de refus face à la teneur du discours du corps médical, il va être observé une évolution dans l'attitude du patient qui, après le refus, va exprimer son agacement vis-à-vis de ce qui vient de lui être annoncé. C'est ce qui est considéré comme la seconde étape : **L'IRRITATION**. La nuance entre la première et la seconde étape ne s'inscrit pas dans leur logique qui est celle d'échapper à la situation, mais la façon d'y faire face. Dans la première étape, celle du refus, le patient tente d'échapper aux événements en s'inscrivant dans une logique de fuite face à eux. N'y parvenant pas, il s'inscrit, non plus dans une dynamique de fuite, mais *a contrario* de combat, qu'il exprime par une forme d'agressivité. Le destinataire de cette agressivité pouvant être celui qui annonce la nouvelle, la médecine en général, Dieu le sort ou tout autre objet que le patient désignera comme bouc émissaire.

Marchandage (3)

Pour sortir de cet état de colère, le patient va adopter un nouveau comportement qui va être caractérisé par une tentative d'influer sur les événements. Élisabeth Kübler-Ross nous rappelle que cette étape est moins connue que les autres (du moins en 1965 quand son livre est publié). Cette tentative de la part du patient d'essayer d'infléchir le cours des choses est nommée l'étape du **MARCHANDAGE**. Par sa tentative de négociation, le patient tente ainsi de

redevenir acteur des événements. Cette étape du marchandage va durer tant que le patient aura l'impression de pouvoir infléchir les causes à l'origine des faits qui lui ont été annoncés. Il pourra être observé des tentatives de chantage, toujours dans la logique d'agir sur les événements.

Dépression (4)

L'étape du marchandage va s'arrêter lorsque le patient va prendre conscience de son incapacité à infléchir les choses (du moins de la façon dont il espérait le faire). En se rendant à l'évidence de son impuissance, et l'évolution potentielle de ses symptômes somatiques sont là pour lui rappeler l'inexorabilité de la situation qu'il vit. Le marchandage va donc laisser la place à la quatrième étape qui est celle de la **DÉPRESSION**. Cette étape est induite par l'incapacité du patient à faire abstraction de ce qui lui arrive et conjointement, la même incapacité à influer sur les événements qui surgissent inexorablement. L'étape de la dépression est induite selon l'auteur par deux principaux facteurs. Le premier, intellectuel, le patient ne peut pas faire autrement que d'acter qu'il est en incapacité de trouver une solution ou une stratégie qui lui permettrait de venir contrarier le déroulé de la logique des événements et la seconde, plus somatique, qui, au vu de l'évolution de la maladie, peut générer un réel épuisement physique chez lui.

Acceptation (5)

Il nous faut rappeler que les observations de Kübler-Ross portent sur le patient en fin de vie et non pas sur d'éventuelles étapes que pourraient traverser les accompagnants du patient. Dans le cas où il n'y a pas de décès soudain du patient et s'il a pu traverser les quatre étapes qui précèdent, il va entrer dans la dernière des cinq phases du deuil selon l'auteur, c'est l'étape de **L'ACCEPTATION**. Lors de cette ultime étape, le docteur Kübler-Ross nous précise en parlant du patient : *« ... pour lui et il pourra regarder sa fin imminente d'un œil relativement apaisé. »* (Kübler-Ross, E., 1969, *Les derniers instants de la vie*, 1975, p. 121). Cette dernière étape est donc celle de l'apaisement où le patient, à la lumière des propos de l'auteur, semble trouver une certaine sérénité, où il retrouve une certaine sagesse lui permettant de faire face à l'événement inéluctable de sa mort imminente.

Notre critique

Nous ne cacherons pas notre scepticisme vis-à-vis de l'analyse et des interprétations du docteur Kübler-Ross. Il nous a bien entendu été donné, dans certaines situations, d'observer les signes cliniques qu'elle décrit, mais nous avons aussi rencontré bon nombre de situations qui présentaient un certain décalage avec cette grille de lecture. Certes, Kübler-Ross nuance son propos en précisant que l'ordre d'apparition des cinq étapes du deuil n'est pas figé, que la durée varie, que certaines étapes peuvent se chevaucher, que pour parvenir à la dernière étape (celle de l'acceptation) quand cela est possible, le patient doit bien souvent être aidé dans le franchissement de celles qui précèdent… Toutes ces précisions et nuances ne parviennent pas à nous faire adhérer à sa modélisation.

Nous émettons deux principales réserves au sujet de cette approche :

- La première ne porte pas sur les signes cliniques observés, mais plus sur l'interprétation et l'organisation que l'auteur en fait. Par exemple pour sa dernière étape, il nous était donné d'accompagner des patients qui montraient des signes « d'apaisement », mais les effets des drogues utilisées dans une prise en charge palliative peuvent expliquer en grande partie l'état du patient. Ces signes de tranquillité apparente dont témoigne le docteur Kübler-Ross, dans le cas où le patient est encore en état de nous adresser un discours compréhensible et que nous soyons toujours présents à ses côtés (bien souvent lorsque le patient semble apaisé, non algique et que la famille du patient est là, nous avons considéré qu'il était de notre devoir de nous retirer pour laisser le patient avec ses proches, tout en restant disponible, si le besoin s'en faisait sentir…). Mais soyons honnête, il y a des situations où la famille n'est pas encore arrivée ou tout simplement absente. Dans ces cas-là, le calme du patient nous faisait plus penser à un état de vacuité, d'incapacité psychique à mettre en sens l'événement… Nous devons reconnaitre que ces dix dernières années, malgré le fait que notre clinique s'inscrit dans les prises en charge palliative, nous n'avons pas rencontré de situation où *les derniers instants de la vie* pouvaient nous faire penser à nos représentations fantasmatiques de la mort d'un sage.

- La seconde critique, et non des moindres, sont les effets induits par la modélisation du docteur Kübler-Ross sur les soignants et les accompagnants du patient en fin de vie. Le déroulé prédictif des étapes du deuil a certes un effet rassurant sur *« ce qui va se passer »* et par conséquent, rassurant. Cet effet anxiolytique sur l'entourage du patient peut avoir de façon secondaire directe une prise en charge et un accompagnement plus serein et donc moins

délétère pour le patient lui-même. Mais il présente un écueil, qui est celui d'être dans une démarche attentiste, au détriment d'une attitude adaptative aux événements dans leurs singularités au moment de leurs survenues.

Ce que nous venons de qualifier de démarche adaptative présente, selon nous, l'avantage indéniable de permettre la survenue de comportements, de stratégies qui s'inscrivent dans une logique où l'accompagnant et le patient imaginent, inventent dans l'interaction de leur rencontre, les éléments qui ont les potentialités à être les plus adaptées à la situation singulière qu'ils sont amenés à vivre mutuellement. L'inconvénient d'un tel cas de figure est qu'il demande une énergie adaptative de la part des soignants, que le stress de ne pas y parvenir, peut générer la mise en place de mécanismes de défense massifs. Nous pensons que c'est bien souvent l'apparition des mécanismes de défense des acteurs confrontés à une situation qui est, par nature stressante, qui génère des réactions sous-inadaptées, voire dans des cas extrêmes, qualifiées de déshumanisantes.

Nous reviendrons sur nos critiques de façon plus spécifique, un peu plus loin dans notre travail, en les articulant à une situation clinique.

Il nous paraît important de témoigner du chemin que nous avons emprunté dans notre clinique. Avant d'avoir à prendre en charge des patients relevant des soins palliatifs, notre expérience s'était construite principalement dans des secteurs d'activité de la pédiatrie. Nos outils pour penser notre clinique s'étaient donc forgés autour de l'enfant et par extension, des adultes qui entourent les enfants.

À notre arrivée dans le service de soins palliatifs, très certainement pour nous rassurer, nous nous sommes plongés dans le travail de Kübler-Ross auquel les soignants et certains de nos confrères faisaient perpétuellement référence. Cela nous a certes permis de mieux comprendre le discours des soignants, mais étrangement, cela nous a laissé relativement désarmé face aux discours des patients et de leur famille. C'est donc tout naturellement que nous sont revenus des réflexes, une logique, des notions découlant d'auteurs tels que Françoise Dolto, Donald Winnicott, etc. Ces nouvelles situations auxquelles nous étions confrontés, nous avons tenté de les penser influencées par notre expérience. Mais dans le cas présent, ce fut en premier lieu, John Bowlby, en référence à son travail sur l'attachement et tout particulièrement le développement qu'il a fait de son travail sur la perte.

2.4. Deuil en phases

> *« Tu te rends compte du niveau de détresse des petits enfants quand ils se perdent et qu'ils ne retrouvent pas leur mère, et combien ils la cherchent ? Eh bien, je pense que c'est la même chose que ce que ressentent les adultes lorsqu'ils perdent un être aimé, ils continuent à le chercher eux aussi. Je pense qu'il s'agit d'un même instinct qui s'exprime d'abord dans la prime enfance et qui évolue à mesure que les gens grandissent pour devenir une composante de l'amour chez les adultes. »*
>
> Propos de John Bowlby rapportés par son fils Richard Bowlby (Bowlby, 2014, p. 7-8)

Bowlby envisage la perte comme la conséquence, la conclusion de deux autres comportements spontanés dans le développement humain. C'est ainsi que nous avons envisagé le travail de John Bowlby où pour sa part, il envisageait lui aussi des étapes dans l'expression de la perte. Bowlby ayant lui-même été influencé par des auteurs de différentes disciplines des sciences humaines, dont très certainement Donald Winnicott, pour élaborer sa théorie de l'attachement.

En ce qui concerne les apports que nous supposons de Donald Winnicott, nous pensons à son article de 1960 intitulé *« la théorie de la relation parent-nourrisson »* (Winnicott, 1960). Ce texte a été rédigé pour le XXIIe congrès international de psychanalyse à Édimbourg, au milieu de l'année 1961. Dans ce texte, l'auteur explicite de façon claire les premières étapes (étape de la *dépendance absolue* suivie par celle de la *dépendance relative*) par lesquelles le nourrisson passe quant à sa dépendance à l'autre, incarnée ici par les parents. Nous voyons un double intérêt à ces outils conceptualisés par Winnicott. Le premier est de nous donner des éléments pour penser le lien et par conséquent l'attachement, ce dernier étant la cause révélant de la perte. Et le second est de venir nous apporter une dimension potentiellement prophylactique par les acquis potentiels d'une personne dans ses premières expériences en ce qui concerne l'attachement.

John Bowlby

En 1963, John Bowlby publie son travail *« processus de deuil »*, mais là n'était pas sa question de départ. Il démarre son entreprise sept ans plus tôt en 1956, et celle-ci portait sur l'étude des réactions chez de jeunes enfants confrontés à leur séparation ponctuelle d'avec leur mère. De l'aveu de Bowlby lui-même, il n'avait pas mesuré l'ampleur de son entreprise. C'est ainsi que dans son travail, d'observation et d'analyse, il en est venu à travailler dans un premier temps sur *« l'attachement »,* dont il publie la synthèse en 1969.

Il va dans un second temps, poursuivre son entreprise, toujours en lien avec une clinique de l'enfant souffrant de troubles névrotiques. Mais après avoir travaillé sur l'attachement, la question qu'il mit au jour était celle de comprendre les mécanismes en jeu dans l'apparition de troubles chez un enfant confronté à l'absence de sa mère (cette absence étant à entendre comme une privation de relation avec l'imago maternelle). Cette seconde étape de son travail fut publiée en 1973, sous le titre *« La séparation, angoisse et colère »* .

C'est finalement en 1980 que John Bowlby publie la synthèse de la troisième partie de ses travaux. Après *« L'attachement »* suivi par *« La séparation »,* il nomme la dernière partie *« La perte, tristesse et dépression »*. C'est dans cette troisième partie que l'on retrouve sa modélisation du deuil en 4 phases, qu'il a déjà publiée sous forme d'article en 1961 (il y présente le deuil en trois phases) qu'il complète dans un autre article en 1963, en y rajoutant une phase initiale.

C'est ainsi que dans la version définitive, il définit les phases du deuil en 4 phases :

« L'observation d'individus lors de la perte d'un parent proche montre que dans le cours des semaines et des mois, ils traversent habituellement une succession de phases. Il faut bien dire que ces phases ne sont pas nettement délimitées et qu'un même individu peut osciller, pendant un certain temps, entre deux d'entre elles. Cependant une séquence d'ensemble peut être retrouvée.

Les quatre phases sont :

1. Phase *d'engourdissement,* qui dure habituellement de quelques heures à une semaine et peut être interrompue par des accès de détresse extrêmement intenses et/ou de colère.

2. Phase de *languissement* (yearning) et de recherche (searching) de la personne perdue durant quelques mois, et quelquefois des années.

3. Phase de désorganisation et de *désespoir*.

4. Phase de plus ou moins grande *réorganisation*. » (Bowlby, 1984, p. 114)

Si, pour en arriver à la description du deuil en plusieurs phases successives, nous pouvons faire des hypothèses sur le cheminement qui a conduit John Bowlby à les formuler, il nous apparaît qu'il semble être le premier à avoir modélisé le deuil de cette façon, dès 1961.

Cette modélisation découle très certainement de ses recherches qui lui ont permis d'élaborer la *théorie de l'attachement* et de l'approche phénoménologique qu'il a utilisées dans sa recherche. Nous pensons qu'il a certainement été influencé par la formation psychanalytique, débutée en même temps que ses études de médecine à la veille des années trente. Il ne devait pas ignorer le travail de Freud sur les phases de développement de l'organisation sexuelle, exposé dans le chapitre six de *Trois essais sur la théorie sexuelle* publié en 1905, reformulé en 1923, dans *Théorie de la libido* et en 1926, dans la partie sept de *Inhibition, symptôme et angoisse* en ces termes : « … les organisations de la libido du stade oral jusqu'au stade génital, en passant par le stade sadique-anal… » (Freud, 1926a, p. 241)

2.5. Inflation des étapes

Jean Monbourquette

C'est quatorze ans après Élisabeth Kübler-Ross, en 1983, que l'on trouve, à nouveau sur le continent américain, une autre tentative de modéliser le deuil en étapes. C'est Jean Monbourquette, un psychologue québécois qui propose un découpage du processus de deuil en huit étapes. Il va reprendre en partie la modélisation de Kübler-Ross, en l'enrichissant de trois étapes supplémentaires, mais dans son cas, l'auteur va décrire les étapes d'une personne en deuil (il ne s'agit plus spécifiquement de patients confrontés à leur mort proche). Il n'en demeure pas moins que son travail s'inscrit dans une logique proche de celle d'Élisabeth Kübler-Ross, mais en lui apportant quelques enrichissements, dont nous pensons qu'ils proviennent très certainement de sa formation religieuse initiale. Avant d'être psychologue, à l'âge de 42 ans, Jean Monbourquette est ordonné prêtre catholique à 25 ans. Nous nous permettons de rappeler ce fait dans son parcours de vie, car il permet selon nous, de comprendre dans une certaine mesure, des éléments de sa modélisation que nous rappelons brièvement.

1-*Le choc*, correspondant au moment où le sujet est soumis à une trop forte intensité émotionnelle, c'est le moment où la personne peut avoir des réactions inadaptées à la situation, où elle n'est plus en mesure d'intégrer quoique ce soit…

2-*Le déni*, et donc la seconde étape, elle découle de la première étape, elle est une tentative maladroite et inappropriée d'intellectualiser, de s'approprier la cause du choc, allant jusqu'à donner l'impression de ne pas avoir intégré cette cause.

3-*L'expression des émotions et des sentiments*, Jean Monbourquette considère que par cette étape, la personne endeuillée réduit les tensions de son psychisme. C'est aussi le moment où la personne se reconnecte à la réalité des événements et par voie de conséquence, où elle a le plus besoin d'être entourée.

4-*La réalisation des tâches rattachées au deuil*, c'est à cette étape que la personne endeuillée s'apaise. Son comportement est de plus en plus adapté aux impératifs de la réalité nouvelle qu'elle commence à s'approprier, c'est le moment où elle est capable d'entreprendre les démarches nécessaires qui découlent des événements.

5-*La découverte du sens de sa perte*, s'inscrit dans l'apaisement de la personne, elle va ainsi pouvoir mettre des mots sur ce qui vient de lui arriver. Les choses prennent un sens, elle y trouve une logique qui est la sienne.

6-*L'échange des pardons* (demander pardon (au défunt) et accorder le pardon (au défunt). Suite à toutes ces étapes, il peut subsister des regrets dans l'histoire que la personne en deuil a construite de l'événement. Cette étape est justement la capacité que la personne a de diminuer l'intensité de ses regrets.

7-*L'héritage*, on pourrait illustrer cette étape par ce proverbe : *« aussi noir que puisse être le nuage, il a toujours une face tournée vers le soleil »*. L'héritage est donc cette capacité que la personne a de prendre en compte des effets non négatifs qui découleraient du drame qu'elle vient de vivre.

8-*La célébration de la fin du deuil*, n'est pas une période à proprement parler, mais ce moment où dans l'ancien temps, on cessait de porter le deuil ; l'auteur considère que ce moment peut faire l'objet d'une annonce officielle de la personne qui vient de vivre un deuil.

Nous ne reviendrons pas sur les principales critiques que nous faisons sur le fait d'aborder le deuil sous forme d'étapes, mais il nous apparait important de souligner une spécificité de l'approche de Monbourquette. Dans sa modélisation, l'auteur accorde une place à une dimension spirituelle et la formalise dans son approche du processus de deuil. Ce point particulier fait écho à notre expérience. Force nous est de constater que dans notre clinique, lorsque nous tentons de rencontrer un patient ou ses proches, il nous apparait important de comprendre les éléments de la logique de pensée des personnes. Cette logique prenant racine

dans l'histoire, le vécu, la culture et les ressentis des personnes que nous rencontrons. L'aide que nous tentons d'apporter, si nous espérons pouvoir être quelque peu efficients dans nos prises en charge, ne peut faire l'impasse sur les représentations des patients. À ce titre, nous trouvons que Monbourquette met en lumière un point important qui se rattache à la spiritualité, dans son cas, il est fortement coloré par la tradition catholique, mais charge à nous de l'adapter à la spécificité que nous dicte la situation dans laquelle nous sommes amenés à agir.

Cette volonté de « saucissonner » le deuil en étapes successives se rencontre fréquemment chez les soignants de soins palliatifs. Leurs références sont souvent le modèle de Kübler-Ross, plutôt qu'un autre. Il semble que le moment où ce dernier a été publié en 1969 et traduit en français en 1975, est contemporain de la prise de conscience d'une partie du corps médical sur la reconnaissance des soins palliatifs et la nécessité de les développer en France (voir la partie sur les soins palliatifs).

À la suite de cette situation de Mme R., nous réitérons nos réserves sur cette modélisation proposée par Élisabeth Kübler-Ross. Il nous est apparu pratique pour les soignants qui parvenaient à mettre du sens sur les événements et les attitudes que peuvent avoir les patients et/ou leur entourage. Elle était même utilisée comme une règle prédictive que certains soignants s'autorisaient à expliquer aux patients. Dans la tentative que l'humain fait de mettre du sens à ce qui lui arrive, tout élément est bon à prendre pour anticiper ce qui va potentiellement arriver et ainsi, se préparer psychiquement à l'épreuve en devenir. L'important n'étant plus l'épreuve en soit, mais les moyens que l'on utilise pour pouvoir y faire face.

À ce titre, cet outil nous est apparu intéressant, tout en étant dangereux par la tendance que ceux qui l'utilisaient avaient d'enfermer les patients et leur entourage dans un scénario qui semblait être pour eux la normalité. En étudiant les écrits de cet auteur américain, nous avons noté qu'elle y introduit des subtilités qui permettent de moduler sa grille de lecture en fonction de nuances que la situation pourrait présenter…

Pour notre part, nous nous sommes rapidement confrontés à un écueil majeur dû à l'enfermement du sujet dans une attitude attendue, nous poussant à faire l'économie de penser la situation présente qui, par essence, selon nous, ne peut être que singulière !

Dans notre quête à trouver des moyens de penser notre clinique, nous nous sommes tournés vers un auteur français qui a consacré la majeure partie de sa carrière à penser le deuil. Lui aussi a cédé à une modélisation par étape. L'avantage de son approche est qu'il détermine trois étapes qui, par voie de conséquence, sont beaucoup plus générales et donc moins « enfermantes ». Dans un premier temps, il considère l'étape du choc, lorsque le sujet est confronté à une épreuve de réalité massive qui n'avait pas été, a priori, élaborée psychiquement.

Devant l'ampleur de ce qui n'avait pas été anticipé, le sujet doit rentrer dans une phase de dépression. Pendant cette phase, le patient va tenter de retrouver un équilibre de réaménager, de penser ces éléments qui sont venus le submerger.

Lorsqu'il finit par y parvenir, il rentre dans une phase deux qu'il nomme « résolution ». Cette approche, proposée par Michel Hanus, a l'avantage, selon nous, de laisser beaucoup plus de latitude pour penser les réactions et les interactions dans notre clinique dans un contexte de soins palliatifs.

La vision du deuil chez Michel Hanus

Pour ce qui concerne l'approche de Michel Hanus, qu'il décrit en 1994, il s'inscrit selon nous, totalement dans la lignée d'une conception psychanalytique. Il nous rappelle que le deuil et la mort entretiennent un lien ambigu. Il va tenter d'articuler le « déroulé » des attitudes que la clinique lui a permis d'observer chez les personnes frappées par la perte d'un proche. Pour cela, il tente de les penser à la lumière des écrits freudiens, mais aussi des apports d'autres auteurs qui ont réfléchi et travaillé, après Freud, sur la perte et l'attachement, cette démarche s'inscrivant totalement dans notre propre démarche.

La première observation de Michel Hanus est de constater dans sa clinique trois temps de durée variable chez les personnes touchées par un deuil. Dans un premier temps, il y a bien évidemment la survenue de l'événement, qu'il va nommer le « choc ».

Le choc (1)

Le choc est pour Hanus ce moment où une personne va être confrontée à la survenue de l'événement. Ce moment est déclenché soit par le fait lui-même, soit par l'annonce de ce dernier. Ce moment correspond, à proprement parler, comme la survenue de ce qui est vécu comme une perte pour le sujet. Mais il précise que cet état est la partie visible d'une logique interne. L'auteur garde en tête la logique de fonctionnement de l'appareil psychique tel que décrit par Freud, ce qui l'amène à apporter une précision importante quant à la logique interne des manifestations du sujet. Il nous précise ce point en ces mots : *« De toute façon, le choc est bien le résultat et la traduction clinique de l'accroissement subi de la tension émotionnelle qui demande alors à se décharger. »* (Hanus, 2001, p. 103)

La dépression (2)

Dans un second temps, les effets induits par le « choc » laissent place à l'expression de ce que l'auteur considère comme l'étape centrale qui est, pour lui, le processus de deuil dans sa globalité. Ses mots pour la définir sont : *« Cette étape centrale est constituée par un authentique état dépressif qui s'installe plus ou moins rapidement après la survenue du décès ou de la perte »* (*op. cit.*, p. 109). Il précise que cet état est bien souvent celui qui dure le plus longtemps, allant de quelques mois voire davantage (des années) sans qu'il soit légitime de parler de deuil pathologique. Mais la survenue de cet état dépressif ne peut apparaitre qu'une fois la tourmente de ce qu'il a appelé le choc est dépassé, ce qui induit que la prise en compte de la perte est intégrée et potentiellement en partie admise par le sujet.

Pour notre part, nous tenons à préciser que notre lecture de cette étape diffère (voir critique) quelque peu de celle de M. Hanus, quand il définit cette étape centrale comme *« constituée par authentique un état dépressif »*. Nous émettons quelque réserve sur sa façon de nommer ce temps et par conséquent la logique sous-jacente que cela induit. Mais nous restons en total accord avec ses hypothèses dynamiques de l'appareil psychique qui sous-tendent le fonctionnement du sujet. Il les décrit ainsi : *« La souffrance dépressive du deuil est l'expression et la conséquence du travail de désinvestissement qui s'opèrent nécessairement après la perte d'un être aimé. C'est là l'essence même du travail de deuil. »* (*op. cit.*, p. 111)

Le rétablissement (3)

Pour ce qui est de la troisième étape du deuil, elle est nommée « le rétablissement » ; l'auteur décrit les signes qui indiquent qu'une personne se trouve à ce moment du processus

de deuil quand on observe une nouvelle dynamique dans le fonctionnement de la personne : *« Il débute lorsque le sujet se tourne vers l'avenir, s'intéresse à de nouveaux objets, est capable de ressentir de nouveaux désirs et de les exprimer. »* (*op. cit.*, p. 116)

Critique :

Quand M. Hanus considère le moment qui fait suite au choc de l'événement comme un état dépressif, nous avons tendance à nuancer notre position. D'un point de vue psychopathologique, si nous admettons le fait qu'au moment où le sujet prend en compte le changement de sa réalité (l'événement qui va lui demander de se mettre au travail), ce dernier est submergé dans son psychisme. Le trop de stimulation pouvant donner lieu à de la colère, de l'agressivité, etc. Ces différentes expressions d'humeur venant confirmer son incapacité à gérer ce trop de stimulation.

Mais pour ce qui est de nommer l'état qui suit comme étant un état dépressif, nous sommes enclins à considérer que cet état nous donne à voir beaucoup de signes, que l'on pourrait attribuer certes à un état dépressif, mais ce serait écarter l'hypothèse que face à un trop de stimulation, le sujet peut être amené à opérer un retrait (afin de se soustraire au trop de stimulation) et devant son incapacité à gérer la situation, il mettrait en place un état régressif lui permettant néanmoins, si ce n'est de faire face aux événements, du moins de s'inscrire dans une sorte d'évitement. La conséquence de notre hypothèse serait alors de ne plus considérer les deux premières étapes telles que décrites par M. Hanus, de la même façon. Face à un trop de stimulation, un sujet dans l'incapacité de gérer un état pulsionnel explosif sera amené à fonctionner sur un mode archaïque. Si nous devions décrire les changements dans le temps de son fonctionnement archaïque, nos observations cliniques nous ont amené à constater que dans un premier temps, les réactions du sujet sont en miroir (façon la plus simple de court-circuiter l'arrivée du trop de stimulation) et dans un second temps, le fonctionnement reste toujours archaïque, mais s'élabore légèrement (pour cela, il y a nécessité d'opérer un retrait nécessaire au fait de s'extraire au trop de stimulation).

Face à l'annonce d'une mauvaise nouvelle — dans le cadre de notre clinique, la mauvaise nouvelle est bien souvent l'impuissance des médecins à proposer un traitement curatif — le patient doit faire face au discours médical, qui est fréquemment vécu comme un abandon, un renoncement, si ce n'est d'une guérison, une alternative à une mort induite par la

pathologie dont ils souffrent. Dans cette situation où une personne doit faire le deuil d'une guérison, ou de la toute-puissance de la médecine, il apparaît logique de retrouver l'une des manifestations décrites dans la phase initiale du deuil : la colère. La rencontre avec la colère de Madame A. est venue interroger la logique des modélisations présentées précédemment. Comment expliquer qu'une colère puisse passer… et ne pas passer en fonction des interlocuteurs que madame A. rencontre ?

2.6. Une colère perpétuelle ?

Madame A.

Nous rencontrons à la demande de l'équipe soignante, Madame A. âgée de 56 ans, hospitalisée à son domicile, après que l'annonce lui ait été faite qu'elle était « en semi-H.A.D. et semi-palliatif », tels étaient les premiers mots de la patiente lors de notre première rencontre.

Madame A. vit seule à son domicile, en compagnie d'un chien fort affectueux. Très indépendante, elle impose des règles drastiques aux soignants sur l'heure des soins et le temps du soin.

Le motif officiel invoqué pour notre rencontre est son comportement difficilement gérable et particulièrement agressif envers les soignants, ces derniers redoutant d'avoir cette patiente sur leur tournée.

Lors de notre rencontre, la patiente nous accueille sur le palier, prétextant qu'elle n'a pas de temps à perdre. Après un bref échange, malgré le temps clément, elle prétexte la température extérieure pour rentrer dans son logement sans fermer la porte derrière elle.

Nous la suivons tout en verbalisant le fait que nous lui emboitons le pas. Elle nous présente une chaise et une fois assis, déverse un discours d'une rare agressivité sur le corps médical, l'établissement de santé qui lui a fait l'annonce de sa maladie ; pour ce qui est des soignants, son discours est plus modéré…

Les rencontres se poursuivent à un rythme hebdomadaire sur plusieurs mois, mais le comportement que la patiente a avec nous n'est pas en concordance avec le comportement dont témoignent les soignants.

Dans le discours de ces derniers, elle semble égale à elle-même depuis le début de la prise en charge.

Nous réitérons notre question : comment une patiente peut-elle être, à des étapes différentes, en fonction des intervenants qu'elle a en face d'elle ?

En travaillant ces auteurs, nous nous sommes éloignés de la tentative de penser le deuil en tant que tel, mais nous nous sommes employés à réfléchir sur les situations que notre clinique nous offrait, en tentant de penser le lien, l'attachement et les implications que ce dernier pouvait produire ou mettre en lumière dans nos rencontres avec les patients.

Chapitre 3 : Deuil et traumatisme

Madame F.

Sur la demande des sages femmes, nous sommes interpellés pour rencontrer Madame F., une jeune femme enceinte de vingt-huit semaines, ayant fendu sa poche des eaux, justifiant sa prise en charge en HAD.

Dans un premier temps, les sages femmes expriment leurs difficultés à écouter le discours de cette jeune patiente qui leur évoque un deuil récent, avec des larmes dans les yeux.

Nous rencontrons cette jeune femme à son domicile, elle vient de se lever pour nous ouvrir la porte et retourne s'aliter. C'est une jeune femme souriante, qui parle volontiers de sa grossesse, des inquiétudes par rapport à la façon dont elle se déroule, mais elle exprime dans son discours une inquiétude qu'elle est à même de gérer.

Nous l'interpelons sur le fait qu'elle a évoqué des difficultés avec les soignants pour lesquelles nous pourrions éventuellement l'aider.

Son propos spontané est « J'ai perdu mon père il y a plus de trois ans d'un cancer foudroyant. » Elle nous explique qu'elle a fait le lien entre la possibilité de perdre son bébé et le fait que son père était une personne particulièrement combative, active et que malgré cela, un cancer l'a emporté en quelques mois, alors qu'il était âgé d'une soixantaine d'années, elle ponctue son propos en disant « ce n'est pas parce que l'on veut que les choses se passent bien qu'on en a forcément le pouvoir qu'elles se passent comme on l'espère ».

Notre entretien se poursuit, en ayant pour objet principal son père, sur la façon qu'il a eu de se comporter face à la maladie, face à son entourage et surtout sur la façon dont elle a vécu cet événement douloureux.

Dans sa narration, la patiente laisse échapper des larmes à différents moments. En fonction des éléments qu'elle évoque, elle passe du rire aux larmes.

Lorsque notre entretien s'achève et que nous prenons congé de la patiente, cette dernière exprime un étonnement en constatant l'heure qu'il est. Nous venions de passer quatre-vingt-dix minutes et elle exprime sa surprise sur le fait qu'elle n'avait aucune idée du temps que nous avions pris à échanger, mais qu'elle n'imaginait pas que ce fût aussi long.

La question qui a été la nôtre au sujet du deuil et de ses éventuelles étapes s'avérait pour nous difficile à penser dans cette situation.

La patiente venant témoigner d'une souffrance antérieure, réveillée par une situation présente. Son discours, lors de notre rencontre, venant réactualiser dans l'instant ce tronçon d'histoire qui fût la sienne.

D'un point de vue clinique, nous nous sommes appliqués à reformuler son discours, tantôt en le reformulant le plus exactement possible avec les mots de la patiente, tantôt en paraphrasant son discours, l'amenant ainsi à s'approprier nos paroles en les modulant, les complétant, les enrichissant, en un mot, en faire son discours.

Nous pensons être parvenus avec elle à enrichir les représentations de son souvenir avec la sensibilité de la femme qu'elle est devenue et que nous avons rencontrée.

Mais pour autant, notre question au sujet d'un concept qui aurait pu être un outil pour penser le deuil, nous échappe toujours. Comme nous l'avons évoqué précédemment, il nous semble plus efficace de tenter de penser notre rencontre avec un autre outil : celui de l'attachement. Il ne nous a pas échappé que cette patiente pouvait être entendue avec une autre modélisation freudienne.

Cette conception qui est de penser qu'un événement potentiellement traumatique génère des affects quand il se trouve rentrer en résonnance avec un événement passé traumatique. C'est en rentrant en résonnance avec un traumatisme antérieur que l'événement présent se charge d'une intensité (difficilement compréhensible dans l'instant) qui le rend traumatique.

Freud nous aide à penser cet excès de stimulation avec ses effets avec la notion de pare-excitatif (ou pare-stimuli selon les traductions) qui serait dépassé et ne parviendrait plus à protéger le psychisme d'un excès de stimulation.

Nous pouvons aussi convoquer l'idée de la notion de dévoilement. L'événement de la grossesse avec son lot de stress, venant entrer en résonnance avec cet événement passé et

surprendre le sujet de l'apparition de souvenirs, potentiellement lointains, avec lesquels il ne voit pas toujours de lien avec l'événement présent.

Par notre présence et le potentiel investissement que la patiente fait de la relation, nous pensons contribuer à un réagencement d'un savoir du patient dont il n'est pas le plus souvent conscient. Nous pourrions continuer à développer cette facette de la rencontre.

La dynamique de la rencontre ayant été modélisée dans la théorie analytique par les notions de transfert et contre transfert (nous les évoquerons à différents moments de notre travail, sans pour autant approfondir ces notions qui ne sont pas au centre de notre travail de réflexions, tout en ne pouvant pas les ignorer).

Madame G.

Nous rencontrons Madame G., prise en charge depuis trois jours en hospitalisation à domicile. Son lit médicalisé est installé dans un grand salon faisant face à une baie vitrée, sur un jardin verdoyant.

Dans les premiers échanges que nous avons avec Madame G., elle nous explique « Ma dernière chimiothérapie a été très difficile à supporter. J'ai eu de terribles nausées et autres troubles digestifs. De ce fait, j'ai encore perdu du poids… ».

Devant son état, son oncologue prend la décision avec elle de stopper tout traitement à cause des risques que ces derniers induisent. Il lui a été précisé que dorénavant, sa prise en charge relèverait des soins palliatifs.

Nous rencontrons une femme très anxieuse, elle se dit contente d'être rentrée à sa maison, mais est anxieuse de la façon dont « ça va se passer ». Nous lui demandons de préciser ce qu'elle entend par cette formulation, elle élude poliment notre question. Madame G. est une femme de 59 ans, très affaiblie par la maladie et les traitements, elle s'essouffle rapidement et investit tout aussi rapidement l'espace que nous lui offrons pour échanger.

Son mari est très présent, il déplie tous les soirs un lit d'appoint, pour dormir à ses côtés. Il entoure sa femme de toute son attention, mais se refuse de « craquer » devant elle. La patiente confie ne pas être dupe et nous demande de prendre du temps pour le rencontrer, lui aussi.

Après deux mois de rencontres hebdomadaires, la patiente semble avoir retrouvé un équilibre dans son quotidien, ponctué par le passage des soignants et les soins prodigués par son mari. Nous sommes surpris, un matin, de la trouver inquiète.

Elle nous explique son état par une consultation prochaine avec son oncologue, « je ne sais pas ce qu'il va dire » nous exprime-t-elle.

Au vu de la situation, nous lui proposons de rapprocher nos visites afin de réfléchir et d'exprimer ce qui la préoccupe.

La veille de sa consultation en oncologie, Madame G. revient sur un sujet qu'elle avait évoqué au début de nos rencontres : son cancer.

Depuis plusieurs semaines, il ne semblait plus véritablement la préoccuper. Cette convocation médicale a très certainement déclenché son anxiété et des pensées sur sa maladie.

Au moment de prendre congé de Madame G., elle nous confie ces mots : « Depuis que je suis revenue à la maison, je vais bien, je vais même très bien. Les soignants s'occupent bien de moi, vous êtes là quand j'ai des pensées qui m'embêtent et mon mari est très prévenant avec moi. Mais il y a quelque chose qui m'ennuie… » Nous l'enjoignons à préciser ce qui la tourmente.

Elle tend la main vers nous en se rapprochant et chuchote « moi je vais bien, mais ce qui m'embête, c'est qu'on ne s'occupe plus de mon cancer. » Après cette phrase, elle se détend et tire les couvertures pour se recouvrir.

Cette phrase de Madame G., au moment du départ, nous fit penser à cette citation de E.-M. Cioran *« L'essentiel surgit souvent au bout d'une longue conversation. Les grandes vérités se disent sur le pas de la porte. »* (Cioran, 1999, p. 1661). Malgré l'attention que nous portons à l'espace de la rencontre, il nous apparait évident qu'il ne peut pas se circonscrire au seul moment de l'échange verbal. Il doit selon nous être pensé dans un contexte global, où les acteurs d'une rencontre tenteront de trouver le moment adéquat pour parvenir à se dire. Ce moment et les circonstances de sa venue échappant à toute tentative d'intellectualisation a priori et ne se dévoilant que dans l'instant, à la surprise de notre part consciente qui aurait pu se croire toute puissante de par sa capacité à prévoir ou anticiper une situation ou une action précise.

Madame G. est hospitalisée plusieurs jours afin d'effectuer des examens complémentaires et d'initier de nouveaux traitements. Son hospitalisation prend fin à l'initiative de son mari et

avec son accord, quand il constate que son état qui était stable depuis plusieurs mois, se détériore.

Lorsqu'on lui confirme que la prise en charge de sa femme peut se faire en hospitalisation à domicile, il exige que cette dernière se mette en place.

Nous retrouvons Madame G. à son domicile, une semaine après sa consultation, fort affaiblie. Son état ne cesse de se dégrader. Elle décède deux semaines après être rentrée chez elle.

Madame G., lors de l'annonce de sa prise en charge en soins palliatifs, a exprimé des inquiétudes qui s'apaisèrent rapidement. Doit-on considérer qu'elle avait fait le deuil de sa guérison ?

Cette situation est l'une de celle qui, pour ce jour-là, fait partie selon nous, des jours où nous avons été un piètre professionnel. Au lieu de répondre à la patiente sur les éléments positifs qu'elle venait de dénoncer, nous n'avons entendu que le mot « cancer » et nous nous entendons encore aujourd'hui, au moment où nous écrivons ces mots, lui répondre *« pour votre cancer, si c'est important pour vous, posez votre question à votre oncologue lors de votre prochaine consultation »*. Nous pensons que c'est ce qu'elle fit. L'a-t-elle fait parce que nous lui avons dit ? L'aurait-elle fait si nous nous étions tus ? N'aurions-nous pas pu lui répondre, que tout ce qui concerne la maladie, c'est ce qui questionne les médecins et que dans son cas, si elle avait réussi à trouver son équilibre avec un confort acceptable, le « cancer » était secondaire… Cela faisait plusieurs mois que nous rencontrions cette patiente au domicile, ses angoisses avaient quasiment disparu, cela faisait peu de temps qu'elle venait de trouver un équilibre. La situation au domicile était apaisée. N'aurions-nous pas pu avoir à l'esprit cette définition de la psychanalyse : *« c'est comme un chemin qui commence par le démantèlement de cet imaginaire morbide, se poursuit par le deuil de cet imaginaire malsain et culmine avec la création d'un nouvel imaginaire »* (Nasio, 2016), nous demeurons persuadés qu'elle y était parvenue.

Il n'est pas rare que les patients nous posent de façon très inattendue des questions centrées sur des problèmes médicaux, questions qui génèrent aussi chez le psychologue des passages à l'acte. Des questions où nous nous laissons emporter par notre spontanéité, où nous sommes aveuglés par le discours manifeste du patient. Nous n'étions pas présent lors de la consultation avec son oncologue, mais force nous est de constater que l'une des réponses

du corps médical — nous ignorons si c'est la seule réponse qui lui a été faite — s'est inscrite dans le registre du somatique, plus précisément d'un traitement médical. Était-ce ce que Mme G. attendait ? Nous n'avons pas de réponse à cette question, mais il n'en demeure pas moins que derrière l'apparente simplicité d'une question, vient s'intriquer des dimensions représentationnelles (personnelles, familiales, culturelles) dont il est mal aisé de mesurer la pertinence d'une réponse. Lorsqu'un patient s'adresse à un médecin, attend-t-il de ce dernier une réponse purement médicale ? Mme G. ne venait-elle pas chercher une écoute singulière guidée par une approche clinique ? (Caron, 2008)

Lors de nos multiples rencontres, nous avons exclus un traumatisme qui aurait pu être induit par les faits. Comme le rappelle Lucien Israël *« dans la névrose traumatique, on a donc un petit brouillard, quelques symptômes hystériques, une diminution de la jouissance de la faculté mentale »* (1998, p. 171)

Madame G. ne présentait aucun point de ce tableau clinique, mais la question du deuil restait entière. Fallait-il voir les effets du « travail de deuil » tel qu'illustré par Jean Allouch *« la notion de « travail de deuil » déployait un voile non pas pudique, mais obscurantiste »* (1995, p. 10)

Nous compléterons la citation de Jean Allouch au sujet de l'endeuillé avec les propos qui la précèdent : *« L'endeuillé y effectue sa perte en la supplémentant de ce que nous appellerons un « petit bout de soi » ; voici, à proprement parler, l'objet de ce sacrifice de deuil, ce petit bout ni de toi ni de moi, de soi ; et donc : et de toi et de moi, mais en tant que toi et moi restent, en soi, non distingué. »* (1995, p. 10)

Comme nous étions venus l'interroger précédemment, Madame G. avait-elle fait le deuil de sa guérison en jetant un voile opaque sur sa maladie, malgré le fait qu'elle lui était rappelée quotidiennement par les soins infirmiers dont elle était l'objet ?

Était-elle parvenue à retrouver un équilibre psychique par le fait que tous les acteurs qui l'entouraient étaient parvenus à trouver leur place, et par voie de conséquence, lui avait permis de trouver la sienne « d'existant » ?

Jean Allouch nous rappelle qu'il y a un abîme entre ce qu'on pourrait qualifier « *un travail de deuil et la subjectivation d'une perte »* (1995, p. 9). Pour lui, il ne peut s'agir de deuil que quand il est question de la mort, c'est cette dernière qui le pousse à l'acte.

Pour ce qui est, selon nous, de la façon de concevoir le deuil de Jean Allouch, il préfère parler du *« sacrifice de deuil »* de la part du sujet endeuillé. Le chemin de celui-ci pouvant s'effectuer par les effets d'*« un gracieux sacrifice de deuil ».* (1995, p. 19)

Dans notre tentative de penser ce qu'est le deuil, nous trouvons dans le travail de Jean Allouch un point qui nous interpelle. Quand il parle de *« l'objet de ce sacrifice de deuil… »,* il nous renvoie à cette célèbre formulation de Freud dans « Deuil et mélancolie » *« l'ombre de l'objet tomba ainsi sur le moi ».* (Freud, 1917, p. 270)

Pour rappel, nous tenons à préciser que la formulation « travail de deuil » ne se rencontre qu'à trois reprises dans un seul texte de Freud « Deuil et mélancolie ».

Notre suivi de Madame F., évoquant la perte de son père, alors que nous la rencontrons officiellement pour la situation anxiogène qu'elle vit de la fissure de sa poche des eaux, nous amène à réfléchir sur le statut de l'objet (objet d'amour, d'investissement), car ce dont il est question, selon nous, c'est bien la nature et le statut des liens entre un sujet et ses objets d'investissement.

En 1921, dans « Psychologie des masses » et « Analyse du Moi », Freud nous rappelle dans la partie qui traite de l'identification que lorsque *« L'ombre de l'objet est tombée sur le moi […] L'introjection de l'objet est ici d'une netteté impossible à méconnaitre ».* (p. 47)

Afin de tenter de penser, avec notre clinique, la place du deuil et son fonctionnement, Freud nous offre au début des années 20, de nouveaux outils conceptuels. De façon contemporaine à l'introduction de la deuxième topique, il fera la proposition de l'existence d'une pulsion de mort, dans son texte de 1920, au-delà du principe de plaisir.

Cet apport freudien va s'avérer dans nos essais à penser les rencontres avec nos patients, particulièrement utiles. La notion d'Éros et Thanatos a, pour nous, amené un auteur comme Juan-David Nasio à formuler ce propos sur le deuil : *« Le deuil est un processus de désamour et la douleur du deuil une poussée d'amour »* (1996, p. 143)

À noter que le terme d'Éros est utilisé par Freud, pour la première fois, dans ses écrits en 1922, dans son texte *« Psychanalyse »* et *« Théorie de la libido »* ; pour ce qui est du terme de thanatos, on ne le trouve nulle part sous la plume de Freud, mais il lui arrivait de l'utiliser dans ses échanges verbaux, dixit E. Jones (1968).

À la relecture de notre clinique à travers les situations que nous venons d'exposer, nous est apparue l'idée de tenter de penser le deuil en tant que tel, mais de le penser comme un symptôme.

Cet exercice de pensées nous permettant de rapatrier une certaine quantité de représentations qui découlent du travail abondant qu'a généré la notion de symptôme.

Mais ce décalage opère un effet sur notre questionnement : le deuil comme symptôme serait l'expression d'une logique inconsciente que nous nous donnons pour objectif de tenter d'y apporter notre éclairage.

Chapitre 4 : La pulsion de mort

Quand François Perrier (2008) écrit au sujet de la pulsion de mort *« Pour certains analystes, on peut très bien concevoir l'analyse sans introduire la pulsion de mort. Pour d'autres, au contraire, c'est à partir de la pulsion de mort que toute l'œuvre freudienne prend sa dimension dans l'après-coup et rétroactivement. Je suis de ceux-là. Donc aporie de l'instinct de mort et de Thanatos. Or, une partie de nos réflexions d'analystes sur la pulsion de mort va du côté du principe de Nirvana sans donner la clé de l'instinct de mort. »* (p. 296).

Tout comme F. Perrier, nous avons l'impression de faire partie de la seconde catégorie. Nous devons reconnaître notre grande difficulté à la pensée. En nous interrogeant sur la logique qui permettrait de l'articuler à la pulsion de vie, nous ne parvenons qu'à faire une partie du chemin, au point que nous en sommes venus à penser que les représentations que nous tentons de nous faire de la pulsion de mort revêtent un caractère polymorphe en fonction des situations cliniques auxquelles nous la confrontons. Les auteurs postfreudiens nous proposent bien des lectures de cet outil. Pour certains, la pulsion de mort peut se penser comme une « pulsion » à proprement parler au sens d'une force qui s'opposerait à la pulsion de vie, ils adoptent ainsi une logique dialectique (A. Green) ; pour d'autres, elle serait une « non-pulsion » à envisager comme une pulsion a-libidinale, une pulsion de non-vie ou une pulsion de repos (F. Dolto, L. Israël). Pour notre part, nous tentons d'emprunter la logique du

concept philosophique d'ipséité, développé par Paul Ricœur dans son ouvrage *Soi-même comme un autre.*

La pulsion de mort ne serait-elle pas une constituante de la pulsion de vie ?

La pulsion de vie ne serait-elle pas constituée en partie dans son expression par la pulsion de mort elle-même ?

Dans nos tentatives à opposer ces deux pulsions, n'y aurait-il pas le signe de notre incapacité à se saisir d'une partie du Réel qui nous résiste ?

Madame I.

Madame I. est admise en hospitalisation à domicile, suite à une intervention chirurgicale qui a dû régler une occlusion. L'objectif de cette hospitalisation est de l'aider à apprendre à gérer sa poche de colostomie, chargée de mettre au repos son intestin. Parallèlement à la gestion de sa poche collectrice, les soignants ont pour mission de la mettre au fauteuil, afin de retrouver rapidement un peu d'autonomie… Nous rencontrons rapidement Mme I. en dehors du passage des soignants. Elle a une petite soixantaine d'années, avec une surcharge pondérale qui, associée à l'appareillage de sa poche de colostomie, ne facilite pas sa mobilisation. Elle échange volontiers et nous témoigne de son plaisir à nous rencontrer. Le premier point qui nous interpelle est sa difficulté à évoquer son parcours médical. Elle nous parle avec beaucoup de facilité de son histoire personnelle, mais ne semble avoir aucun souvenir précis du début de sa maladie… Quand nous la questionnons sur les événements qui se sont succédés jusqu'à notre rencontre, elle nous raconte la rencontre avec le chirurgien, l'opération chirurgicale et son retour au domicile, mais elle n'a aucun souvenir sur ce qui précède, elle ne semble pas perturbée par cet état de fait, ni même par notre étonnement.

Nous rencontrons Madame I. toutes les deux semaines lorsque nous sommes interpelés par l'équipe qui rencontre des difficultés croissantes dans la prise en charge de cette patiente.

Après trois mois d'hospitalisation qui auraient dû être suffisants pour permettre à Madame I. de retrouver de la mobilité et savoir s'appareiller toute seule, les soignants rapportent des difficultés croissantes dans la prise en charge de Madame I. Cette dernière est opposante aux soins et pleure beaucoup à leur arrivée au domicile. Le discours des soignants ne correspond en rien avec la patiente que nous connaissons, la décision est prise de les accompagner au moment des soins.

Les soignants arrivent vers huit heures du matin, peu de temps après le départ de son mari au travail qui, en règle générale, prend soin de réveiller son épouse. À notre arrivée, Madame I. semble s'être rendormie, malgré le manque de discrétion volontaire des soignants pour rentrer dans son domicile, afin de ne pas surprendre cette dernière.

Madame I. est couchée dans son lit, les yeux fermés et les mains crispées sur son drap, elle ne répond pas. Au bout de quelques secondes, elle ouvre les yeux, manifeste un sentiment de surprise et commence à dire « non, non ! » en tentant de tirer les draps. Les soignants, en tentant de la rassurer, parviennent à calmer son opposition qui laisse place à des sanglots et toujours un regard fuyant. C'est au bout de vingt minutes que les soins peuvent commencer. Après nous être présentés à la patiente, nous prenons congé en précisant que nous reviendrons juste après les soins afin de parler avec elle. Nous gardons à l'esprit le commentaire discret de l'un des soignants qui nous raccompagne à la porte « c'est tous les jours comme ça, c'est de pire en pire, on n'en peut plus… »

Dans l'entretien qui suit le départ des soignants, Madame I. nous témoigne de son angoisse de retourner à l'hôpital. Ce qu'elle redoute est de devoir quitter son domicile pour être à nouveau hospitalisée.

Les jours qui suivent, nous prenons le parti de devancer l'équipe soignante pour rencontrer Madame I. L'attitude de cette dernière demeure, mais elle se calme rapidement. Dans notre échange avec elle, nous abordons l'arrivée prochaine des soignants, mais il faut toujours la rassurer sur le fait qu'ils viennent juste pour sa toilette et les soins spécifiques à sa poche de colostomie. En anticipant avec elle la venue des soignants, elle montre tout de même une certaine inquiétude à leur arrivée, mais rien de comparable aux événements précédents.

Madame I. refait des crises d'angoisse au cours de son hospitalisation à domicile. Ces dernières se produisent systématiquement à chaque fois qu'une personne inhabituelle se présente à son domicile (par exemple : la venue de son médecin traitant) ou lorsqu'il faut qu'elle retourne en ambulance à l'hôpital pour une consultation en hospitalisation de jour. Il nous semble qu'elle est dans l'incapacité de faire face à un nouvel événement, malgré le fait qu'elle soit prévenue avant. Bien au contraire, lorsqu'elle est informée à l'avance d'événement qu'elle juge angoissant, elle passe son temps à le redouter, à l'anticiper jusqu'au jour de sa survenue.

Dans nos échanges, Madame I. nous informe qu'elle dort très bien et qu'elle n'a aucune difficulté à trouver le sommeil, car pour elle, quand le soir arrive, cela signifie que plus rien ne se passera, que tout va bien. Mais à chaque nouvelle journée, au réveil, c'est l'angoisse que quelque chose puisse se produire…

D'un point de vue théorique, nous faisons l'hypothèse que Madame I. était dans l'incapacité psychique d'absorber de nouveaux éléments, de les investir libidinalement, car cela était vécu comme un danger, d'où l'envahissement par l'angoisse, lorsque cela se produit. Interrogée sur ses inquiétudes, elle n'a jamais exprimé d'idée morbide ni même véritablement montré de troubles dépressifs. Nous nous autorisons à penser que cette patiente était dans une situation où ses pulsions de vie étaient en grande partie inhibées, nous donnant à constater l'expression de ce que nous pensons être la pulsion de mort. Au vu de notre clinique, nous pensons que si tel est le cas, la pulsion de mort serait ce mécanisme par lequel le lien se calcifierait, perdrait toute élasticité et inhiberait la capacité à générer la création de nouveaux liens. En résumé, ce mécanisme affecterait la capacité du Sujet à recourir à la fonction symbolique.

Chapitre 5 : Penser la mort, penser sa mort

Madame E.

Nous rencontrons Madame E., elle est de petite taille et bien en chair, le visage fermé. Elle est assise sur son lit et elle semble avoir fait des efforts pour être apprêtée. Après nous être présentés, nous lui demandons ce qui lui arrive.

Nous sommes au début du mois de juillet et un mois auparavant, son oncologue lui a annoncé qu'il n'avait plus aucun traitement à lui proposer pour traiter son cancer. Devant l'insistance de la patiente, il lui a dit qu'il lui restait trois mois à vivre…

Madame E. s'exprime d'un ton monocorde et nous confie n'avoir envie de rien. Elle reconnaît ne pas souffrir d'un quelconque symptôme douloureux.

Elle veut bien nous rencontrer, même si elle a déjà rencontré depuis un mois deux psychologues dont, selon ses dires, les discours qui lui ont été tenus étaient bizarres et n'ont pas suscité chez elle l'envie de continuer à les voir.

Nous allons rencontrer Madame E. plusieurs fois par semaine, où elle va nous parler de son histoire et plus encore de sa vie. Dans nos échanges, le cancer est rarement évoqué, mais elle investit cet espace de parole.

Les soignants nous rapportent qu'à différentes reprises, elle s'est inquiétée auprès d'eux sur le fait que nous honorerions nos rendez-vous.

Pendant près de deux mois, nous tissons une complicité et une confiance mutuelle avec Madame E. Trois mois exactement après l'annonce de son oncologue, nous rencontrons Madame E. et nous l'interrogeons sur ce qui va se passer ce jour.

Surprise par notre question, elle sourit, un peu hébétée. Depuis notre rencontre, Madame E. est redevenue coquette et a retrouvé de l'entrain (aux dires de son entourage).

Dans la semaine qui suit ce jour, l'hospitalisation de Madame E. prend fin avec l'assurance du maintien d'un rendez-vous hebdomadaire.

Le temps passe et lors de nos rendez-vous hebdomadaires, Madame E. nous interpelle souvent sur la possibilité d'agir, des projets qui semblent lui tenir à cœur. Elle redoute de décéder avant leur concrétisation.

Elle fait plusieurs voyages à l'étranger avec des amis, ne manquant pas de nous relater ses aventures.

Lors de l'un de nos rendez-vous, elle nous fait remarquer que cela fait dix-huit mois que nous nous sommes rencontrés. De façon contemporaine à cette observation, Madame E. devient symptomatique. Elle est faible et essoufflée, elle ne peut rester seule à son domicile. Elle est donc hospitalisée.

L'idée de sa mort apparait dans nos échanges.

L'une de ses angoisses est de se retrouver seule, au point qu'elle fait un jour une remarque à sa fille, que cette dernière reçoit avec violence. Elle nous explique cet échange avec sa fille en ces termes : « Je lui ai dit que j'aimerai bien qu'il y ait une petite place dans mon cercueil pour elle. »

En nous racontant l'épisode, elle s'étonne de la réaction violente de sa fille, prétextant que ce qu'elle lui a dit était « gentil », que c'est un moyen pour qu'elles restent ensemble et qu'elle-même ne se retrouve pas seule.

Nous pensons que dans cette remarque, Madame E. vient nous parler de sa représentation de la mort, plus que celle de sa propre mort. Une représentation où la solitude des morts serait une souffrance pour eux.

Il est aisé de comprendre la réaction de sa fille, mais notre intérêt se porte sur le discours de Madame E. Que voulait-elle dire dans ses mots ? Était-ce véritablement de sa mort dont il était question ? À moins que ce ne soit sa propre construction de ce qu'elle tentait de penser de la mort ?

Pour avancer dans notre réflexion, nous pouvons revenir Freud de 1915. Dans le texte « Actuelles sur la guerre et la mort », l'hypothèse est faite que nous ne pouvons nous représenter notre propre mort. D'autres auteurs feront écho à l'affirmation de Freud, en considérant que les représentations que nous pouvons avoir sur la mort ne sont jamais des représentations de notre propre mort, mais des représentations de la mort des autres – il nous semble important d'apporter une précision sur ce que nous entendons, quand nous parlons de « représentation de la mort ». Il ne s'agit, en aucune façon, des instants qui précèdent, ou qui conduisent à la mort, nous parlerions alors du moment agonique – dans la situation de Madame E., quand elle évoque le moment où elle sera dans son cercueil ; il s'agit bien du moment après son décès.

Madame E. nous parlant de « l'après » : son décès, reviendra sur ce sujet à différentes reprises. Elle évoquera dans nos échanges qui suivirent *« Si par miracle, la médecine venait à découvrir un médicament pouvant me guérir là maintenant, pendant que nous parlons, j'irais le chercher en courant ! ».*

Nous pensons que Madame E. ne parlait pas de sa mort en tant que telle, mais plus spécifiquement de ses potentiels décès à venir…

Nous nous souvenons d'une idée qui nous traversa l'esprit dans les instants qui suivirent un échange avec elle. Nous est revenu en mémoire le célèbre argument épicurien sur la bonne façon de se représenter la mort. Nous faisons allusion à la célèbre *Lettre à Ménécée* (dont nous étions persuadés dans notre souvenir qu'il s'agissait de la lettre à Médécée).

Sous prétexte de traiter la question de la mort, nous pensons que Épicure l'évacue totalement et qu'il illustre ainsi le propos de Freud sur le fait qu'il est impossible de penser sa

mort, nous irons jusqu'à dire que psychiquement, nous ne sommes pas en mesure de penser la MORT.

Pour nous autoriser à affirmer notre incapacité à penser la mort, outre l'enseignement de Madame E., nous avons tenté de le penser en écho avec les travaux de penseurs, tels que ceux de Vladimir Jankélévitch, Emmanuel Levinas, Martin Heidegger.

Chapitre 6 : La mort et la médecine

Madame O.

Dans le cadre de notre activité en soins palliatifs, nous sommes sollicités par la cadre de santé de ce service, pour rencontrer les soignants de l'équipe de nuit. Cette demande singulière, dans le centre hospitalier où nous exerçons, nous est apparue avec le recul, comme étant pertinente.

En écoutant l'expérience des soignants de nuit, ces derniers témoignent régulièrement de l'apparition d'une certaine anxiété chez les patients. C'est à cette occasion que nous rencontrons Madame O. Vers 22 heures, alors que les soignants finissent de préparer les traitements à administrer pour la nuit, un appel survient de la chambre de Madame O. Nous nous rendons à son chevet afin de la faire patienter en attendant les soignants. Madame O. est une femme de 77 ans, atteinte d'un cancer généralisé.

Elle reçoit peu de visites ; en rentrant dans sa chambre, cette dernière semble souffrir d'une dyspnée. Apparemment fort agitée, elle agrippe notre main en tentant d'articuler « la piqûre ! » À cet instant, une aide-soignante qui nous accompagne, part solliciter l'infirmière.

Nous demandons à Madame O. de quelle piqûre il s'agit : « une piqûre pour vous soulager ? » dans son halètement, elle exprime « non ! » ; tout en espérant l'arrivée rapide de l'infirmière, nous continuons à tenter de lui faire exprimer ce qu'elle désire « une piqûre pour quoi ? » sa réponse est sans ambigüité « mourir ! ».

Nous tentons de détourner son attention de la profonde détresse qu'elle est en train de subir. Informés de la procédure dans une telle situation, nous lui expliquons ce qui va se passer : « l'infirmière va vous donner un médicament qui va vous permettre de dormir, mais demain à votre réveil, je viendrai vous voir et je vous reposerai la question de ce que vous voulez… »

Dans le court échange que nous avons avec Madame O., avant que la sédation ne fasse effet et qu'elle finisse par dormir paisiblement, elle nous décrit les sensations qui sont les siennes. Dans sa difficulté à respirer, elle parvient à décrire une sensation de poids sur la poitrine « comme un boulet », qui l'empêche de reprendre son souffle.

Le lendemain, nous nous rendons à son chevet. Un petit moment après son réveil, nous la saluons et lui posons la question si elle se souvient de ce qui s'est passé la veille (la substance utilisée pour la sédation pouvant avoir un effet amnésiant). Elle répond à notre question par un sourire et un signe de tête affirmatif.

Comme promis, nous reformulons sa demande de la veille : « hier soir, vous avez demandé une piqûre pour mourir, aujourd'hui, maintenant, vous voudriez toujours cette piqûre ? » Elle sourit de nouveau tout en répondant par la négative, avec un signe de tête.

Dans le contexte hospitalier qui est le nôtre, Madame O. est venue nous faire une demande explicite sur le fait de mettre fin à ses jours. Ces demandes sont rares, mais existent néanmoins (l'éprouver de l'angoisse). Madame O. illustre le fait que, face à un symptôme somatique mal contrôlé, elle ne veut plus vivre. Or le lendemain, apaisée dans son lit, elle ne réitère pas cette demande. Les demandes d'euthanasie sont des demandes complexes qu'il serait risqué de prendre au pied de la lettre. *« C'est essayer d'entendre au-delà du contenu manifeste, le contenu latent qui tente de s'exprimer au travers d'un vécu subjectif, et c'est souvent le psychologue clinicien appelé à s'engager dans cette expérience relationnelle à laquelle l'invite sans le savoir le malade, qui peut en entendre quelque chose. »* (Caron, 2004, p. 48).

Cette situation vient nous interroger sur quelque chose qui nous apparaît comme fondamental dans notre travail. Afin de venir interroger la mort à l'hôpital, nous partirons du discours que les médecins peuvent tenir sur cette dernière.

6.1. La mort en institution

Depuis un certain nombre d'années, le lieu où les patients décèdent principalement n'est plus leur domicile (ce qui était le cas en France avant 1977), mais les institutions de soins. Cette courbe s'est stabilisée ces dernières années. De nos jours, 70 % des décès ont donc lieu en institution de soins.

Nous ne sommes pas certains que les représentations des médecins exerçant dans ces lieux aient eu le temps d'intégrer cette mutation sociétale. Il est intéressant de noter la formule élégante qu'utilise George Canguilhem pour qualifier l'état agonique d'un patient *« Il n'y a point de vie sans normes de vie, et l'état morbide est toujours une certaine façon de vivre. »* (1966, p. 155)

Dans son propos, il pose une analyse sur la médecine et le rapport qu'elle entretient avec le malade, sans toutefois aborder de front la question de la mort. Ces propos sont :

> *« C'est donc d'abord parce que les hommes se sentent malades qu'il y a une médecine. Ce n'est que secondairement que les hommes, parce qu'il y a une médecine, savent en quoi ils sont malades.*
>
> *Tout concept empirique de maladie conserve un rapport au concept axiologique de la maladie. Ce n'est pas, par conséquent, une méthode objective qui fait qualifier de pathologique un phénomène biologique considéré. C'est toujours la relation à l'individu malade, par l'intermédiaire de la clinique, qui justifie la qualification de pathologique. »* (*op. cit.*, p. 156)

Dans la même idée, qu'il nomme « Le triomphe de la médicalisation », Philippe Ariès fait le constat de la nouvelle place et fonction de l'hôpital dans notre société. Il considère qu'à partir de 1945, la mort souffre d'une complète médicalisation. Nous ferons le lien avec l'apparition et la maitrise, à grande échelle, de l'utilisation des antibiotiques, très certainement facilitée par le conflit de 1939-45. Dans le constat de Philippe Ariès (1977), il définit cette nouvelle place de l'hôpital ainsi que la perception que se fait le personnel soignant de cette nouvelle mission.

> *« L'hôpital n'est donc plus seulement un lieu où l'on guérit et où l'on meurt à cause d'un échec thérapeutique, c'est le lieu de la mort normale, prévue et acceptée par le personnel médical. »* (p. 578)

Dans son analyse, on peut trouver la logique de ce que nous observons en occident dans le rapport qu'entretient la médecine avec la mort. Cette mort qui n'est plus la conséquence fortuite d'un échec thérapeutique prodigué par l'hôpital et dont les familles des patients avaient la charge.

La mort s'est invitée à l'hôpital comme lieu de trépas reconnu et institué par la société. L'hôpital, par le biais des médecins, a dû intégrer ce fait dans l'urgence. La réponse a donc été de tenter une mise à l'écart de ce patient que l'on ne peut guérir.

> *« Aussi pense-t-on, en certains pays, leur réserver des hôpitaux spécialisés dans la mort douce et sa préparation, où leur seraient évités les inconvénients d'une organisation hospitalière et médicale conçue dans un autre but, celui de guérir à tout prix. C'est une nouvelle conception de « l'hospice » dont le modèle est l'hospice de Saint Christopher, dans la banlieue de Londres. »* (*op. cit.*, p. 578)

Cette nouvelle organisation découlant de l'évolution de la médecine et de l'accroissement de ses possibilités, de l'évolution des mœurs et des valeurs sociétales, a eu pour conséquence une redéfinition de la notion de « mort » : *« La mort a changé de définition. Elle a cessé d'être l'instant qu'elle était devenue depuis le XVIIe siècle environ, mais dont elle n'avait pas auparavant la ponctualité. Dans les mentalités traditionnelles, l'instantanéité était atténuée par la certitude d'une continuation : pas nécessairement l'immortalité des chrétiens (des chrétiens d'autrefois !), mais un prolongement atténué, toujours quelque chose. À partir du XVIIe siècle, la croyance plus répandue dans la dualité de l'âme et du corps et dans leur séparation à la mort a supprimé la marge de temps. Le trépas est devenu instant. » (op. cit.,* p. 579)

Nous voyons dans la dichotomie caricaturale opérée dans la définition de la mort une illustration et une définition poétique de cette dernière dans la chanson de Georges Brassens, « Supplique pour être enterré en plage de Sète » (1966) :

> *« Note [mon vieux tabellion] ce qu'il faudrait qu'il advînt de mon corps,*
> *lorsque mon âme et lui ne seront plus d'accord*
> *Que sur un seul point : la rupture. »*

Cette révolution sur la représentation de la mort, dont nous subissons les effets d'un point de vue médical et sociétal, comporte un troisième aspect qui découle directement des progrès de la médecine.

Ce troisième point est celui de la temporalité, dont Heidegger affirmait que c'est de cette dernière que découlait la constitution « de l'être ». La temporalité, chamboulée par ces événements, est venue générer des attentes de la part des sujets dont on n'imaginait pas qu'elle puisse s'exprimer ainsi : *« La mort médicale d'aujourd'hui a reconstitué cette marge, mais en gagnant sur l'en deçà, et non plus sur l'au-delà.*

Le temps de la mort s'est à la fois allongé et subdivisé. […] Le temps de la mort est allongé au gré du médecin : celui-ci ne peut pas supprimer la mort, mais il peut en régler la durée, de quelques heures qu'elle était autrefois, à quelques jours, à quelques semaines, à quelques mois, voire quelques années. Il est devenu, en effet, possible de retarder le moment fatal, les mesures prises pour calmer la douleur ont aussi pour effet secondaire de prolonger la vie. » (Ariès, 1977, p. 579)

Heidegger reprend à son compte la question du mourir. Là encore, la question peut se poser selon deux points de vue, celle de celui qui est l'auteur de l'action, qui, par conséquent, n'est plus dans le monde des vivants, mais qui, par le spectacle qu'il offre aux tiers, aux autres de son action (certes involontaire) les renvoie à penser l'action pour eux dans le continuum de leur existence.

Par cet événement, les tiers, spectateurs du « mourir » de l'un des leurs, les amènent, par ricochet, ainsi à envisager dans la continuité de leurs existences, la potentialité qui se dévoile à eux du statut « ne-plus-être-là ». Cette dialectique opérant la mise en lumière du phénomène induit par la situation.

« Mourir, cela ne signifie-t-il pas quitter le monde, perdre l'être-au-monde ? Néanmoins, le ne-plus-être-au-monde du mort, si on le comprend de manière extrême […] Dans le mourir des autres, peut être expérimenté le remarquable phénomène d'être qui se laisse déterminer comme virage d'un étant du mode d'être du Dasein (ou de la vie) au ne-plus-être-Là. » (Heidegger, 1927, p. 177)

Le phénomène ainsi mis en lumière doit être considéré, par les révélations qu'il fait apparaître de la relation préexistante qui lie les acteurs, où chacun préexistait par la place mutuelle faite par chacun.

Cette place, laissée vacante, se voit mise en exergue, par l'absence même de celui qui révèle le ne-plus-être-au-monde, ce qui induit chez « ceux qui restent » la réaction venant attester le lien qui leur fait reconnaître l'ancien statut du défunt, dans leur histoire, d'être-au-monde.

Nous pensons que cette démarche vient s'inscrire dans la dynamique de faire exister cet autre, en compensation de son changement de statut et dans la dynamique de combler ce manque-à-être dans le *Dasein* des tiers. Cette tentative à venir « combler » dans le maintien d'un continuum, s'exprimant entre autres façons dans les soins ritualisés apportés au reliquat

de l'être-au-monde interrompu. Nous pensons que la dimension rituelle de ces soins vient témoigner de l'attachement et de sa nature, au défunt.

> *« Le « défunt » qui, à la différence du simple mort, a été arraché à « ceux qui restent » est l'objet de « soins » sur le mode de la pompe funèbre, de l'enterrement, du culte funéraire. Et il n'est tel, derechef, que parce qu'en son mode d'être, il est « encore plus » qu'un outil à-portée-de-la-main, simplement offert à la préoccupation dans le monde ambiant. »* (*op. cit.*, p. 177-178)

Mais nous ne devons pas nous laisser nous fourvoyer par ce que nous aurions pu considérer comme un enseignement de la situation. Pour être plus précis, il serait plus juste de penser la situation comme un événement, ce dernier venant témoigner de façon plus pertinente selon nous de la soudaineté, la singularité et « l'inreproduisibilité » du dévoilement produit.

Il n'est ainsi pas possible d'y voir une valeur ajoutée à « l'être » ni même à la dimension intrinsèque du sujet existant, de par le fait que l'éprouvé ne peut ni s'anticiper, ni se reproduire, il ne peut que surgir derechef.

> *« La consigne de prendre la mort expérimentée chez autrui comme thème pour l'analyse de la fin et de la totalité du Dasein ne peut donc donner ni ontiquement ni ontologiquement ce qu'elle prétend pouvoir donner. »* (*op. cit.*, p. 178)

C'est ainsi que, selon nous, Heidegger tente de nous prévenir que le phénomène du « mourir » ne peut être abordé que sur un seul axe, qu'il vient marquer et révéler non dans « l'être », mais dans le continuum du *Dasein*.

> *« Le mourir n'est pas une donnée, un événement, mais un phénomène à comprendre existentiellement »* (*op. cit.*, p. 178-179)

Heidegger vient acter trois enseignements que l'on peut retenir de l'événement produit par la mort.

Le premier concernant directement le « mourant » qui, tant que la mort n'a pas fait effraction, son *Dasein* est nourri par le produit de ce qui précède cet événement et agit comme un dévoilement, contribuant à l'alimenter dans ce plus métabolisable par ce dernier.

Le second point est de considérer que rendu à la borne de la limite non incluse de

l'instant-du-mourir, ce dernier a les traits du ne-plus-être-Là, mais seulement l'apparence (si la part excédentaire de « l'être » est toujours présente), car nous nous trouvons malgré tout dans le *Dasein* et dans un au-delà de l'apparence, si la part est absente.

Le troisième enseignement, en écho au second, est que cet instant, maladroitement nommé ultime par certains, échappe à toute intellectualisation et de ce fait, échappe à toute tentative à le compléter, à le soutenir ou à quelque action que ce soit.

Au final, de conclure que par la mort, le *Dasein* se voit stopper dans l'acquisition de cette part manquante irréductible.

> *« Les problèmes concernant la mort, élucidés jusqu'ici, peuvent être formulés en trois thèses :*
>
> *1. Au Dasein appartient, aussi longtemps qu'il est, un ne-pas-encore qu'il sera — l'excédent constant.*
>
> *2. Le venir-à-sa-fin de ce-qui-n'est-pas-encore-à-la-fin (la levée ontologique de l'excédent) a le caractère du ne-plus-être-Là.*
>
> *3. Le venir-à-la-fin renferme en soi un mode d'être purement et simplement ir-représentable* pour chaque Dasein.*
>
> *Dans le Dasein, une constante « non-totalité », qui trouve sa fin avec la mort, est irréductible. » (*Au sens de non-suppléable.)* (Heidegger, 1927, p. 180)

6.2. La mort et Lévinas

Emmanuel Lévinas est connu pour son opposition à la psychanalyse. Nous avons trouvé dans sa pensée des pistes pour notre propre travail. Il nous apparaît utile de rappeler qu'il fut un élève de Martin Heidegger.

Sa pensée s'enracine donc dans la phénoménologie husserlienne et heideggérienne, mais il opèrera une rupture avec ses prédécesseurs dans l'utilisation de la phénoménologie quant à ses visées. La phénoménologie entretient une sensibilité qui vient faire écho à la psychanalyse, de par le fait qu'elle tente de penser, en s'intéressant à ce qui « apparaît ». En travaillant avec cet outil, Husserl et Heidegger semblent avoir privilégié leurs réflexions sur l'avènement du savoir.

Cet axe a eu pour effet de les amener à construire un édifice théorique, permettant de penser par extension la notion de « pouvoir ». Nous soupçonnons que les événements de vie (déportation) d'Emmanuel Lévinas et les positions politiques de Martin Heidegger (son soutien au régime nazi) ont amené le philosophe français à se méprendre du travail de son prédécesseur.

Pendant sa détention, il va être amené à forger le concept du « il y a », qu'il publiera après la guerre dans son livre *De l'existence à l'existant*. Il développera dans un deuxième temps, un second concept qui est celui de « visage ». La dissymétrie dans le rapport entre les individus semble être le fil conducteur dans son travail.

Il ne reprendra pas à son compte l'entreprise heideggérienne sur « l'être et l'étant ». Il va s'appliquer, non pas à penser la constitution du sujet d'un point de vue ontique, mais il va réfléchir sur l'agir du sujet et les prérequis nécessaires à l'avènement de cet agir, le tout inscrit à ce qui renvoie tout sujet à son inscription dans l'humanité.

C'est ainsi que, selon nous, Lévinas évacue la question de l'être pour se focaliser sur la dimension spécifique de l'homme qu'est « l'altérité ».

Ce chemin, emprunté par Lévinas, l'amène à renoncer au registre de la preuve au profit de *l'éprouver*. La preuve par le biais d'une définition vient figer et de ce fait tuer ce qui, selon lui, n'appartient qu'au registre de *l'éprouver*.

En s'inscrivant dans cette logique, l'une des conséquences est l'impossibilité d'établir des équivalences. Cette conséquence l'amène à réfléchir sur la non-équivalence que nous résumons sous le terme de dissymétrie.

Dans notre lecture de l'œuvre d'Emmanuel Lévinas, nous faisons le rapprochement de cette notion de dissymétrie sur les effets de l'agir de la psychanalyse. Dans cet instant unique et singulier de la reconnaissance du visage de l'autre, instant potentiellement éteint par la tentative aliénante de l'inscription dans la langue.

Selon Lévinas, « l'étant » serait une tentative de maitrise du « il y a ». Dans la même logique, le « visage » serait ce qui nous fait sortir de l'« être » (comme représentant du savoir, et de façon concomitante, serait la condition du discours.

Nous nous autorisons à penser que le travail de Lévinas s'inscrit dans une phénoménologie du social et par voie de conséquence, une nouvelle façon d'envisager l'éthique.

Les apports de la pensée d'Emmanuel Lévinas nous permettent d'envisager notre questionnement sur la notion de mort avec une nouvelle approche. Comme nous l'avons rappelé, la question de l'être est totalement évacuée par Lévinas.

Elle a laissé la place à la constitution d'une potentielle construction de l'identité du sujet, non pas par des attributs découlant d'une naissance intrinsèque, mais par le don, sa reconnaissance en tant que sujet par le tiers.

Cette approche nous permet de redéfinir la notion de mort dans ce système, cette dernière ne pouvant pas être définie intrinsèquement de par l'incapacité à la définir ontologiquement. La conséquence directe de cet état de fait est que, pour la première fois, nous parvenons à nous déprendre de l'ornière ontologique dans laquelle la pensée grecque nous a mises.

La prise en compte de la dimension sociale de l'homme par Lévinas permet de déduire que la définition des membres constituant la société pouvait être produite par la reconnaissance mutuelle de chacun d'entre eux.

La définition de la mort n'étant plus ontologique et donc ne relevant plus du registre du sujet, elle peut être envisagée comme étant ce qui se définit par ce qui est reconnu, éprouvé dans un *savoir* éphémère transmis par un être-en-relation.

Nous retrouvons ce que nous avons tenté d'expliciter de la place du sujet dans son rapport au monde dans les propos de Renaud Barbaras : *« Le monde n'est plus situé en face du sujet comme cela lui apparaît, mais, pour ainsi dire, en lui, comme le lieu où il s'enracine, la source d'où naît son être propre : le monde comme corrélatif du sujet doit laisser place au monde comme lieu ou sol de son appartenance. »* (Barbaras, 2013, p. 138)

Nous adresserons tout de même une critique à la pensée de Lévinas. Il nous a certes permis de forger une définition de la notion de mort, mais dans son système, il ne laisse aucune place à l'éprouver de l'angoisse.

Notre clinique nous amène à faire le triste constat de son expression dans nos rencontres avec les patients. Il nous faudrait donc tenter de penser cette dernière avec les outils du système « lévinassien ».

> *« La mort, source de tous les mythes, n'est présente qu'en autrui ; et seulement en lui, elle me rappelle d'urgence à ma dernière essence, à ma responsabilité. »* (Lévinas, 2008, p. 195)

Chapitre 7 : La place du langage

« Le langage, source de toute signification, naît dans le vertige de l'infini, qui saisit devant la droiture du visage, qui rend possible et impossible le meurtre. »

(Lévinas, 2008, p. 293-294)

Monsieur R.

À peine arrivés au sein de notre structure, nous sommes interpelés par les soignants sur le fait que Monsieur R. vient de décéder quelques heures auparavant. Le soignant d'astreinte vient de les informer de l'événement, en précisant qu'il serait peut-être judicieux que nous nous rendions rapidement au chevet de son épouse.

Madame R. est une petite dame de 70 ans, fluette et habituellement souriante. À notre arrivée, elle veut nous accueillir avec son sourire habituel, sans véritablement y parvenir. Elle s'accroche spontanément à notre bras, tout en nous remerciant de notre présence.

Ses premiers mots sont « merci d'être là, vous savez ce que vous m'avez dit en début de semaine m'a beaucoup servi. ». Elle nous invite rapidement à nous asseoir, tout en continuant à nous remercier de notre présence.

À l'énoncé de son propos d'accueil, nous pouvons témoigner des idées qui nous traversèrent l'esprit. La première idée est une sorte d'apaisement, en écho avec le sien. La seconde, une fois assis, est « qu'avons-nous pu dire lors de notre précédente rencontre qui a produit un tel effet sur Madame R. ? »

L'épouse du patient vient apporter des éléments de compréhension sur les effets produits sur elle de notre précédent entretien. « Après que vous soyez parti, au début de la semaine, j'ai pris conscience que lorsque mon mari avait du mal à respirer, je ne pouvais pas respirer à sa place, il fallait que je reste à la mienne. » Il nous revient à l'esprit l'échange que nous avons eu. Il nous apparaît évident dans l'après-coup que les propos de Madame R. découlent de ses élaborations personnelles, s'enracinant dans l'échange que nous avons eu, lui-même fortement influencé par ce qu'elle tentait de venir interroger, en nous adressant son discours.

La situation avec Madame R. est venue nous dévoiler une question qui nous semble fondamentale et dont il nous semble impossible de faire l'impasse dans l'entreprise dont notre travail universitaire tente de témoigner.

La théorie freudienne nous donne des outils pour tenter de penser la rencontre et une partie des effets sur les acteurs de cette dernière. Mais dans notre rencontre de l'autre, il nous apparaît nécessaire de venir interroger l'élément dans lequel vient se cristalliser notre tentative à rendre compte et à nous approprier le fruit de l'interaction.

Le linguiste, Claude Hagège (2011), vient poser un élément de ce qui va être pour nous une partie de ce que l'on va tenter de mettre au travail *: « je précise que le langage ne doit pas être confondu avec les langues. Le langage est une aptitude définitoire de l'espèce, tandis que les langues en sont les manifestations historiquement et socialement situées dans tel ou tel pays, portées sur leurs fonts baptismaux — et souvent comme des étendards d'affirmation — par telle ou telle nation. »* (p. 23-24)

Les propos de Madame R., tels que nous les avons reçus dans la rencontre, ne furent pas particulièrement informatifs sur la teneur des éléments qui permettaient de les générer.

Mais ils nous informaient tout de même de façon explicite sur l'état émotionnel dans lequel elle se trouvait au moment de ces énoncés.

Les bases théoriques sur la compréhension des signes que véhicule le langage furent posées par Ferdinand de Saussure, dans son cours de linguistique générale (1967).

Ce linguiste va tenter de comprendre le signe par l'articulation de deux notions qu'il nomme « signifié » et « signifiant ». *« Pour certaines personnes, la langue, ramenée à son principe essentiel, est une nomenclature, c'est-à-dire une liste de termes correspondant à autant de choses. […] Cette conception est critiquable à bien des égards. Elle suppose des idées toutes faites préexistant aux mots… »* (p. 97).

Il va établir que *« Le signe linguistique est donc une entité psychique à deux faces, qui peut être représentée par la figure :*

(p. 99)

Nous voyons là la possibilité offerte à la théorie psychanalytique de trouver des éléments qui viennent faire écho à ce que Freud a énoncé, sous le terme de « représentation de mot » et « représentation de chose ». Ces deux éléments freudiens se trouvant être des parties du système inconscient.

Mais comme l'a noté Jacques Lacan (1956, publié en 1966), la modélisation saussurienne accorde une primauté au signifié, par rapport au signifiant, en le plaçant au-dessus de la barre qui les sépare. Les deux flèches de part et d'autre du schéma saussurien du signe linguistique venant indiquer l'interaction entre les deux.

En récupérant la modélisation saussurienne du signe linguistique, Jacques Lacan en proposera une variante qui nous semble plus à même de venir témoigner de l'organisation et des effets de l'inconscient dans le langage.

> *« Seule la psychanalyse est en mesure d'imposer à la pensée cette primauté en démontrant que le signifiant se passe de toute cogitation, »* (Lacan, 1966b, p. 467)

$$\frac{S}{s}$$

« ... qui se lit : signifiant sur signifié, le sur répondant à la barre qui en sépare les deux étapes. » (Lacan, 1966a, p. 497)

Ce renversement, opéré par Jacques Lacan, est justifié par ce dernier par la prise en compte du fait que dans le discours, la production de sens découle de l'énoncé de sons et non l'inverse.

Une des conséquences directes de cet état de fait nous amène à considérer que tout discours produit dans une langue naturelle est parsemé de « trous », de « chausse-trappes » nous amenant à la production d'hallucinations, de fantasmes dans notre appropriation du signe linguistique produit par le tiers.

Ces éléments énoncés nous permettent de faire le constat qu'à chaque fois que le « sens » tarde trop à se révéler, ou pire vient à faire défaut, le sujet humain aura tendance spontanément à le produire de façon autonome et indépendante de l'intentionnalité première de l'émetteur.

« Car le signifiant, de sa nature anticipe toujours sur le sens en déployant en quelque sorte au-devant de lui sa dimension. Comme il se voit au niveau de la phrase quand elle s'interrompt avant le terme significatif : Jamais je ne..., Toujours est-il..., Peut-être encore..., Elle n'en fait pas moins sens,… » (op. cit., p. 502)

Les éléments que nous venons d'énoncer nous paraissent primordiaux. Ils nous apparaissent fondamentaux pour penser notre écoute des patients. Nous rappellerons que tout langage au sens linguistique vient s'inscrire dans les codes établis par la langue.

Le langage venant s'articuler, se nourrir, se forger dans l'édifice de la langue, nous rappellerons l'une des caractéristiques des langues : *« Les langues diffèrent non par ce qu'elles* **peuvent** *ou non exprimer, mais par ce qu'elles* **obligent** *ou non à dire.* » (Hagège, 1985 p. 53)

S'agissant des langues, il nous semble important de noter que ces dernières naissent d'une nécessité humaine.

Pour illustrer ce propos, Claude Hagège (2011) nous relate une situation dans l'histoire où, pour asseoir leur pouvoir, des colons ont mis leurs esclaves en situation de privation linguistique.

C'est ainsi que mis en présence, des hommes ne parlant pas la même langue, ces derniers se sont mis à générer une langue commune.

Une des implications de cet exemple est de considérer la nécessité absolue de la langue pour l'humain, au point que cette dernière émerge spontanément de la rencontre de ces derniers.

« Dès lors, ils [les esclaves] se trouvaient en situation de privation linguistique. Ils ont donc inventé, c'est-à-dire secrété, une langue nouvelle d'après l'imitation de la langue des patrons blancs. C'est ainsi que sont nées les langues créoles. Ils ont inventé des langues, de toutes pièces, afin de communiquer. […] On a donc des communautés qui inventent de nouvelles langues en répondant à ce que j'appelle « l'urgence communicative ». Le petit enfant humain abandonné dans une brousse sans personne, qui aurait la chance d'être nourri par des animaux qui l'auraient pris pour un des leurs, meurt, faute de communication verbale. L'humain a un besoin vital de communication par la langue. Ceci est vrai à l'échelle d'une communauté entière autant que d'un individu. On a cette même nécessité. » (Hagège, 2011, p. 48-49)

Le dernier point spécifique à la langue que nous tenons à rappeler est en tant qu'outil

forgé par le groupe, elle va permettre aux membres de ce groupe d'interagir au sujet d'éléments découlant directement de leur perception du monde. C'est ainsi qu'elle permet d'énoncer et d'organiser des éléments de la pensée du groupe, tout comme elle contient intrinsèquement des points aveugles définis par les éléments impensés de ce même groupe.

L'un des moyens pour le sujet de s'affranchir de la part impersonnelle de la langue étant de s'approprier cette dernière et de l'enrichir, de telle sorte qu'elle devienne un langage dans lequel il puisse se retrouver. C'est ainsi que nous pouvons dire que *« La signification d'un mot est son emploi dans le langage. »* (Wittgenstein, 1953, p. 50). Mais ce faisant, ce langage, en gagnant en précision, perd dans sa capacité à être un outil mutualisé par le groupe.

Nous voyons dans la façon dont ce dernier a à être produit, une analogie éclairante sur sa logique d'élaboration, nous permettant de tenter d'entendre nos patients. *« Le langage est un labyrinthe de chemins. Tu arrives à tel endroit par un certain côté, et tu t'y reconnais ; tu arrives au même endroit par un autre côté, et tu ne t'y reconnais plus. »* (*op. cit.*, p. 127)

Dans notre tentative à entendre ce qui se dit dans le discours de nos patients, nous venons de relever les difficultés qui jonchent le chemin de cette entreprise.

Mais il a fallu l'apport du regard d'une langue fondamentalement différente de la nôtre (le français), pour que nous soit dévoilé de façon explicite ce que nous avons tenté de penser précédemment. C'est un sinologue, en la personne de François Jullien (2009), qui nous a fait prendre conscience de ce que nous avons nommé un « trou » dans notre langue. *« La transition fait littéralement trou dans la pensée européenne, la réduisant au silence. »* p. 26).

Une fois nommée cette spécificité de notre langue, nous pouvons tenter avec eux de comprendre le pourquoi, en remontant dans leurs histoires. Mais ce « pourquoi », ne nous permet pas pour autant de rapatrier des outils conceptuels, nous permettant d'appréhender les situations auxquelles nous sommes confrontés de par le fait même que les formulations nous manquent.

Nous voulons voir dans cet impossible une possibilité à générer un inattendu. Un espace de liberté nous permettant la construction improvisée d'un sens, maintenant que le manque a été nommé. Le constat de François Julien nous paraît moins optimiste.

> *« … ce choix grec par excellence qu'est notre choix de l'Être et joue sa partie avec lui, en récupérant ce que la pensée de l'Être a laissé tomber, de façon à servir de cadre et*

> *de support au «devenir» face à lui. «Être et temps», Sein und Zeit, est par sa conjonction, un titre générique pour la pensée européenne tout entière.»* (*op. cit.*, p. 126)

Des paroles de Madame R. nous furent adressées, nous nous sommes questionnés sur ces éléments qui faisaient sens pour elle, et dont elle tentait de nous témoigner. Nous sommes partis à la recherche de comment les choses pouvaient venir faire sens ou non-sens pour nous.

Dans notre travail avec les patients, nous ne pouvons pas faire l'économie de sans cesse questionner les effets de la rencontre. Tout comme nous ne pouvons faire autrement que de prendre en compte ce qui surgit. Bien souvent, pour ne pas dire systématiquement, ce qui motive nos rencontres s'inscrit dans une plainte.

Lorsque nous avons de la chance, cette plainte parvient à se formuler dans une demande. Une des caractéristiques des demandes qui nous sont formulées, c'est qu'elles sont bien souvent maladroites.

Les mots langagiers qui les constituent sont bien souvent dépersonnalisés, vides de sens. Tellement vides que ces non-mots viennent se dire par des maux. Ces maux étant bien souvent le détonateur de discours dénaturés, s'inscrivant dans des lieux communs du langage. En tant qu'acteur et utilisateur du langage dans nos rencontres, nous ne pouvons faire autrement que reconnaître son utilité.

Le surgissement d'une réorganisation, pour le dire autrement, d'une mise en sens et en perspective des événements ayant mis nos patients en souffrance, étant rendu possible par l'émergence d'un discours où ils se reconnaissent en propre. Nous devons concéder à notre optimisme une part négative aux effets du langage.

Elle aurait pu nous échapper, car elle se produit rarement, lorsqu'une demande à nous rencontrer a été formulée. Nous pouvons entrevoir spécifiquement dans notre clinique avec les enfants, ou la soupçonner dans des moments de crises chez l'adulte.

Comme nous l'avons rappelé précédemment, notre condition humaine est inhérente à la création et à l'utilisation du langage. Nous pouvons supposer que ce dernier opère des effets dans notre construction psychique.

L'un des effets, a priori négatif du langage, serait l'émergence de la haine. Nous concédons ce caractère négatif en rappelant qu'il découle bien souvent d'un jugement moral dont les effets ne nous semblent pas particulièrement fertiles.

Le langage dans sa capacité à nous permettre d'énoncer, nommer, nous amène à opérer une distanciation avec les choses.

Cette distanciation nous amenant potentiellement à perdre ou à prendre conscience de la perte. Soit cet état de fait est intégrable, assimilable par le sujet, soit dans le cas contraire, il risque de générer une réaction proportionnelle à la violence ressentie.

Par le biais du langage et par le fait même du langage, cette violence s'exprimera par de la haine. Jean-Pierre Lebrun (2006) illustre parfaitement notre propos dans son exemple : *« De ce fait, la condition humaine n'est pas seulement constituée par le positif que permet la parole, mais aussi par le négatif autour duquel ce positif s'organise. C'est cet évidement qui apparaît comme le cœur du langage, cette absence creusée dans la présence, ce trou fait dans le réel, de la même façon que le geste du potier façonne sa poterie en tournant autour d'un vide central. C'est dans le même mouvement qu'il fait son vase et entoure un vide. C'est ici que la haine s'origine. La raison de ma haine, c'est ce vide qui m'habite, auquel je suis contraint de faire sa place du fait que je parle. »* (p. 9)

> *« Au cœur du sujet, en son lieu le plus intime se trouvent donc les mots de l'Autre, qui sont d'abord pour lui des étrangers, des venant d'ailleurs, mais au cœur de ce cœur, au milieu de l'Autre, un trou, un manque sur lequel, paradoxalement, le sujet devra prendre appui pour décliner sa propre singularité […] la haine se niche au cœur de l'être de chacun. Non seulement elle naît du fait de la parole, non seulement elle s'adresse au vide qui habite la parole, mais le lieu de cette adresse est situé à l'intérieur de l'être propre, pas chez l'autre d'abord ; mais du fait que je suis fait dans le matériau de l'Autre, elle est adressée à l'Autre que je contiens en moi-même, à l'Autre que d'abord je suis. »* (p. 20)

L'un des constats cliniques qui peuvent être faits, lorsqu'en toute logique, l'enfant expérimente cette expérience singulière de la haine en lui, est la nécessité pour son entourage de lui apprendre à l'apprivoiser. Il nous semble évident que l'apprivoisement de la haine ne

peut s'opérer chez un sujet que par l'entremise d'un tiers. Un tiers contenant, structurant, mais surtout pas fuyant. Dans le cas d'un adolescent à qui on n'aura pas permis de faire ce travail, Jean-Pierre Lebrun dira :

> *« -- ce même jeune qui n'aura pas été amené à métaboliser sa haine sera confronté à celle de ses propres enfants, il sera comme face à une tache aveugle, une zone blanche, incapable à son tour de supporter d'en être l'adresse et ne trouvant d'autre issue que celle de la dénier. »* (*op. cit.,* p. 45*)*

Nous pouvons voir une autre conséquence liée au langage. Elle a été débattue en 1960, lors du colloque de Bonneval. Lors de cette rencontre, Serge Leclaire soutenait la primauté du signifiant sur la constitution de l'inconscient. Jean Laplanche, quant à lui, soutenait la thèse inverse, dans son exposé intitulé « L'inconscient : une étude psychanalytique ».

Quant à nous, à la lumière de notre clinique, nous aurions tendance à considérer que c'est justement par le fait que nous sommes des êtres de langage que nous avons un inconscient.

« Nous plongions nos mains dans le langage,
Elles y prirent des mots dont nous ne sûmes
Que faire, n'étant rien que nos désirs. »
(Bonnefoy, 2011, p. 59)

Chapitre 8 : Le deuil, une déchirure, un arrachement… ?

Le XXe siècle nous offre des outils par le biais d'auteurs pour tenter de penser notre clinique. Pour tenter, en recueillant les mots de nos patients, de penser une partie de leurs impenses confrontées aux nôtres. Dans cette tentative, nous flirtons avec un impensable inaccessible, indicible, dont nous ne pouvons témoigner que par des notions telles que le « je ne sais quoi » ou le « presque rien » insaisissables.

La notion de l'« Être » occupe la pensée occidentale depuis les Grecs. L'approche dialectique de l'« essence » et de la « substance » a permis à la pensée de mettre en lumière, et ainsi de baliser, des chemins. De façon concomitante, de nous voiler d'autres pistes. La naissance du XXe siècle nous donne avec l'outil freudien la possibilité de nouveaux éclairages pour notre compréhension.

L'« Être » n'est pas le « Sujet ». La rencontre n'est pas le « Phénomène ». L'« Histoire » n'est pas la « narration » du Sujet. Notre compréhension ne peut donc se draper dans la certitude de faits objectifs dont on s'autorise à dire que ces derniers ne sont que la trace fossile et mutilée par notre incapacité à les saisir dans une globalité, que nous tentons désespérément d'oublier qu'elle nous échappe.

Dans notre difficulté à dire, nous nous résolvons à penser que le deuil est cet état découlant d'une histoire (non actuelle), une histoire qui permet intrinsèquement l'apparition et la prolifération de liens. Le statut de ces liens venant s'actualiser dans l'instant, nourri par l'énergie de la pulsion et les stratégies découlant des constitutions intrinsèques et extrinsèques du parcours du Sujet.

8.1. Le deuil comme symptôme du dysfonctionnement pulsion de vie/mort ?

Le deuil serait donc un signe pathognomonique se rapportant aux liens.

Le lien serait cet artifice qui permettrait d'apprivoiser l'angoisse découlant du Réel par l'entremise de l'objet. Par conséquent, nous voyons réapparaitre la pulsion libidinale qui permet l'investissement de l'objet.

D'un point de vue phénoménologique, il nous semble important de définir ce que nous appelons deuil ; pour cela, le psychiatre Michel Hanus, nous donne une définition à laquelle nous souscrivons : *« Le travail de deuil est consécutif à la perte — et pas uniquement lorsqu'elle est provoquée par la mort — à toute perte, en particulier d'une valeur, dès lors que ce qui est perdu avait grande importance pour celui qui en est frappé. C'est plus l'importance de l'investissement que la nature même de qui ou de ce qui est perdu qui est ici en cause. Toute perte significative entraîne la nécessité du travail de deuil. »* (2001, p. 97). La perte perçue comme rupture dans le continuum de l'histoire du sujet, l'accule à stopper le

travail d'intégration de la pulsion libidinale (pulsion de vie).

La prédominance de la pulsion de mort, plus précisément le déséquilibre entre pulsion de vie et pulsion de mort, provoquée par la prise de conscience de la perte amènerait cette dernière à exacerber son fonctionnement, que nous décririons comme ce mécanisme par lequel le lien se calcifierait, perdrait toute élasticité et inhiberait la capacité à générer la création de nouveaux liens ; en résumé, ce mécanisme affecterait la capacité du Sujet à recourir à la fonction symbolique.

Même si nous souscrivons à la définition que donne Michel-Henri Ledoux (2006) de la pulsion de mort, conceptualisée par Françoise Dolto *« Pulsions libidinales, végétatives, affleurant principalement dans le sommeil profond. Elles sont sans représentation, sans idéation. Loin d'être des pulsions agressives, elles permettent le repos des corps et des sujets. Ce sont des pulsions de mort du sujet des désirs. Elles sont généralement au service de la vie. »* (p. 289). Il nous semble que nous pouvons tenter de penser le deuil dans une dynamique impliquant la pulsion de vie et la pulsion de mort. La rupture de l'équilibre entre ces deux mécanismes, dont l'une serait une force active (dans le sens d'un mouvement vers une extrospection et le second dont l'action serait justement une non-action au sens introspection). La prédominance de la pulsion de mort ayant potentiellement pour effet de réorienter l'énergie de la pulsion libidinale, par retournement sur Moi. Une telle situation donnant lieu à un fonctionnement mélancolique (Freud, 1917). Comme l'avait repéré Karl Abraham dans son échange avec Sigmund Freud au sujet de ce texte, quand il disait : *« Les points fondamentaux de votre développement, à savoir : le mélancolique a perdu quelque chose, mais ne sait pas quoi ; l'appauvrissement du moi et ce qui s'y rattache ; l'identification à l'objet d'amour ; la localisation du processus de deuil dans les investissements du moi »* (Freud & Abraham, 2006, p. 379)

Si nous acceptons de considérer que la question du deuil vient se jouer dans le moi (où la pulsion libidinale est devenue une pulsion du Moi), la résolution de ce dysfonctionnement ne peut s'opérer que par la possibilité que la pulsion du Moi glisse de nouveau, plus ou moins progressivement, vers une pulsion qui intègre une part libidinale. Permettant ainsi au Moi de se nourrir et de muter à nouveau positivement. Cette mutation étant, selon nous, le signe de ce que Freud nomme le « travail » de deuil. Pour le dire avec d'autres termes, la survenue d'un καθ'αὐτό[9] comme trace de l'objet absorbé et assimilé au Moi autorise ce « travail » psychique visant à retrouver un équilibre dans l'appareil psychique. Emanuel Lévinas l'a

formulé avec une étrange justesse dans son propos : *« Autrui comme καθ'αὐτό*[9] *rend possible le travail - Il suspend la relation avec l'individuel comme nourriture.*

Le travail consiste à se donner du temps, à voir le particulier d'en haut. Cette vision d'en haut n'est possible que par une extériorité à l'égard de soi, à partir de l'extérieur καθ'αὐτό. Le dialogue communique à l'élément une généralité. Par là autrui importe- il permet de sortir de l'égoïsme du même. » (Lévinas, 2009, p. 395)

Nous avons trouvé chez un auteur, une intuition que nous pensons juste sur ce que pourrait être les effets de ce « travail » de deuil, dans les propos d'Éric Chevillard (2011) parlant de la perte de son père :

« Le deuil sera fait, j'imagine, lorsque nous aurons retraversé sans le mort toutes les situations vécues une première fois avec lui, lorsque nous aurons revu tous les lieux connus en sa compagnie, et rencontré l'odeur de l'arbre à papillons qu'il aimait, et ramé de nouveau dans la baie, et soufflé dans un cor de chasse à la fenêtre d'un appartement angevin, et cassé un mur à la masse, et gratté un rythme de valse sur une petite guitare espagnole..., lorsque donc nous aurons parcouru de long en large le monde sans lui et revécu seul nos aventures communes. C'est aussi bien pourquoi le deuil ne sera jamais fait et pourquoi je hais cette expression stupide qui laisse entendre que celui-ci est un travail dont nous viendrions à bout comme de tout labeur avec un peu de bonne volonté et d'application. » (p. 264)

A contrario, cet auteur illustre bien l'état antérieur au « travail » psychique nécessaire dans les pages qui précèdent sa définition du deuil par ce passage :

« Lorsque l'un de nos parents meurt, ce n'est pas comme on le dit, une part de notre passé, mais bien plus cruellement tout notre avenir qui meurt avec lui. Ne demeure au contraire que du passé. Je peux estimer que ma vie reste à faire, elle n'en est pas moins accomplie du point de vue de mon père mort : elle est ce qu'elle fut de son vivant et ne sera jamais autre chose. De là ce sentiment amer d'un destin amputé, irrémédiablement privé de sa justification (toujours à venir). » (*op. cit.,* p. 105)

[9] en soi

***

Apparté ou une tentative de guérison comme l'ombre d'une conclusion ?

Le terme de "guérison" n'est pas à proprement parler celui que nous aurions utilisé pour qualifier la nature du travail qui s'opère dans la rencontre avec les patients (et au-delà). C'est un substantif qui appartient au champ sémantique de la médecine, mais ne l'oublions pas, Freud était médecin. Il l'utilise régulièrement dans ses écrits. Nous retenons sa prudence quand il s'agit de parler des effets de son approche dans le traitement, non des symptômes mais de la souffrance des sujets dont l'expression vient "se dire" au travers des symptômes.

> *« On serait aujourd'hui en droit d'exiger et d'attendre qu'une **guérison** analytique s'avère durable ou pour le moins qu'une affection nouvelle ne se révèle pas être une revivification, sous de nouvelles formes d'expression, du trouble pulsionnel antérieur […] Plus le succès d'un traitement est récent, plus il devient, cela se conçoit, inutilisable pour nos considérations, puisque nous n'avons aucun moyen de prévoir le destin ultérieur d'une guérison.. »* (Freud, 1937, p. 24)

Travaillant dans un établissement de soins, nous reprenons la question à notre compte. Nous sommes conscients de la complexité d'une éventuelle réponse, cette complexité découlant de l'intrication d'un grand nombre de facteurs dont il nous apparaît impossible de tous les appréhender. Cet imbroglio, nous le nommons *"singularité du sujet"*. Malgré cette incapacité qu'est la nôtre à parvenir à penser, se représenter l'autre dans sa totalité, force nous est de constater les effets de ces rencontres — quand elles ont lieu. Les effets s'expriment quand les

patients nous remercient (à entendre dans le sens d'être remercié pour notre service), leur mots, leurs attitudes viennent dire, nous dire, qu'ils sont une *partie prenante*, qu'ils existent en nous assignant à la place de trace.

J.-D. Nasio, lorsqu'on lui demande de se définir, nous rappelle qu'il est avant tout un clinicien (nous préciserons qu'il est aussi médecin) s'autorise à affirmer à la lumière de son expérience d'un demi-siècle à rencontrer des patients en souffrance, qu'il y a « guérison », mais il reconnaît aussi sa difficulté à expliquer comment cela se produit (Nasio, 2005 & 2016).
Dans la même veine, nous avons trouvé sous la plume de Françoise Dolto ce propos *« ...ceux qui sont au service de l'esprit de la psychanalyse, au service d'une meilleure entente interhumaine par la recherche des sublimations de l'angoisse »* (Dolto, 2005, p. 224) qu'elle adressait à Jacques Lacan. L'approche psychanalytique ne serait-elle pas un outil permettant à des sujets en souffrance de se confectionner leurs propres prothèses en prenant en compte non pas l'expression mais ce qui fonde ce qui nous fait humain (Miller, 2005) et rendant ainsi caduque la question de savoir si l'on peut guérir de la vie ou de la mort.

Nous pensons que notre travail peut apporter sa contribution non à l'énoncé d'une vérité totalement illusoire mais à la mise en exergue d'une piste. C'est ainsi que nous pensons que c'est par la capacité qu'un Sujet a de remettre de la dynamique dans la production de son fantasme qui opère le contournement ou l'assouplissement de la cristallisation du traumatisme psychique. L'expression du trauma étant le symptôme où la pulsion de vie vient potentialiser la pulsion de mort (ou l'inverse), le deuil étant, selon nous, le processus qui inscrit le *Sujet* dans la dynamique de l'inconscient.

***

Éléments de conclusion

Le deuil était notre question de départ, notre point d'ancrage pour tenter de penser notre clinique, la visite de plusieurs auteurs avec leur mode d'analyse nous a permis d'enrichir nos représentations.

Mais ces représentations ne pouvaient trouver grâce à nos yeux que confrontées à notre clinique. Il apparaît comme évident que la notion de mort n'était pas étrangère à la question du deuil.

Les affects d'angoisse, d'effroi, de colère, de haine étant bien souvent présents dans le discours et les attitudes de nos patients, se posait à nous la tentative de les articuler. Comment penser cette réaction d'un enfant de six ans qui vient de perdre son papa, suite à l'évolution d'un cancer foudroyant ?

Sa maman présentait des symptômes, des attitudes que la littérature est parvenue dans sa globalité à décrire.

Pour ce qui est du petit garçon, nous avons mis des mots avec lui sur l'événement. Son comportement semblait, quant à lui, beaucoup plus détaché dans l'après-coup.

Comment comprendre l'attitude d'un adolescent confronté, lui aussi, à la perte de l'un de ses parents ? Son attitude a priori détachée, son refus de partager, d'échanger en premier lieu, est déconcertante pour son entourage.

Sous le terme générique de deuil, il semblerait que beaucoup de choses soient regroupées. Il nous a fallu tenter de mettre du sens, essayer d'entendre ce que les mots du patient parvenaient difficilement à décrire.

Certes, nous avons tenté de trouver des éléments de réponse chez différents auteurs. La notion de pulsion de mort introduite par Freud dans les années 20 a trouvé un écho fertile chez nous.

Là encore, cette notion freudienne n'a pas toujours le même sens en fonction des auteurs. Celle dont nous nous trouvons le plus en accord est l'interprétation que Françoise

Dolto en fait (Dolto, 2003). Nous parvenons à mettre du sens à notre clinique, en considérant que la pulsion de mort est le moment où le sujet s'apaise.

Toutes les tentatives du sujet à trouver des solutions, à travers l'expression d'affects ou de symptômes, qu'il nous adresse autant qu'à lui-même, nous semblent relever de la pulsion libidinale. Force nous est de constater que les tentatives d'un sujet en souffrance ne relèvent en rien d'une logique cartésienne.

C'est confronté à ces énigmes des réactions que la théorie freudienne nous est d'un grand secours. Nous ne reviendrons pas sur les fondements et la logique de la théorie psychanalytique, mais nous rappellerons que sans cette dernière, il ne nous aurait pas été possible de cheminer avec nos patients.

Ce chemin ayant pour essence l'établissement d'un nouveau savoir singulier qui, potentiellement, permet de désobscurcir des fragments d'un monde, tout autant singulier, qui est celui du patient au moment de la rencontre. Ce moment que nous appelons rencontre ne se produisant que si les acteurs de cette dernière l'autorisent et la laissent advenir. L'advenue de ce que nous nommons rencontre, chose simple *a priori*, s'inscrit dans un espace laissé par le patient aux prises avec les événements émergeant de sa temporalité et notre capacité à trouver la bonne place face à la dynamique des « dévoilements » que vit le sujet. À cela, nous devrons prendre en compte notre capacité d'accueil, de potentiel apaisement et ancrage de sa réalité, dans le tourbillon psychique auquel le sujet est bien souvent en proie.

Ce constat opéré, nous ne devons pas pêcher par orgueil en prétendant parler uniquement du patient et de son monde. À partir du moment où la rencontre avec ce dernier a eu lieu, à partir du moment où nous avons accepté de le rencontrer et de cheminer avec lui, nous faisons autant partie de son monde que lui du nôtre. Cela a pour nous, comme conséquence directe, qu'il n'est plus question de penser les acteurs en présence de la rencontre, comme des entités distinctes, singulières, mais comme l'émergence d'un système qui produit un dévoilement, dont il serait vain de tenter de lui attribuer un auteur singulier.

Nous tentons de saisir des éléments qui ne cessaient de lui échapper. Tout comme nous tentons de travailler avec lui avec des éléments qui ne cessent de nous échapper également. Nous reconnaissons que l'une des tâches des plus ardues qui nous est donnée d'accomplir est celle de parvenir à repérer les éléments qui lui appartiennent et ceux qui nous arrivent de notre propre histoire.

Il est évidemment question, dans notre propos, du transfert et du contre-transfert. Il est aussi question de ses fantasmes et des nôtres. Tout cela agissant et interagissant en dehors de toute volonté maitrisable et intellectualisable dans l'instant.

Étant donné que nous avons considéré que l'expression de la pulsion de mort s'exprimait par un état libidinal, que cette dernière était l'expression d'une phase de repos de l'activité psychique et, par extension, intellectuelle.

Notre clinique nous ayant amené à faire le constat qu'un patient exprimait un état d'inconfort, voire douloureux, lorsqu'il y avait une altération ou une rupture avec un objet investi libidinalement.

Nous avons été amenés à faire l'hypothèse que le deuil pouvait être le symptôme d'un dysfonctionnement de la pulsion de mort. De façon concomitante, il était aussi l'expression d'un ratage de la pulsion libidinale.

Le dysfonctionnement de la pulsion de mort pouvant s'observer par l'absence d'apaisement du patient. Soit ce dernier se trouvait dans l'expression d'une grande souffrance psychique, soit dans un fort investissement occupationnel.

Notre travail était alors, non pas de tenter de restaurer le fonctionnement de la pulsion de mort, mais de canaliser, d'orienter le fonctionnement de ces pulsions libidinales en les réinscrivant dans une temporalité, lui permettant de nourrir ce que Heidegger nommerait son *Dasein*.

Ce que nous tentons de dire, c'est que notre objectif n'était pas de mener le patient à faire des projets et, potentiellement, à investir l'avenir. Les rares fois où des soignants bien intentionnés ont tenté de donner ce conseil, il nous a été donné de constater qu'il n'était pas suivi d'effets.

Le patient, en grande souffrance psychique, est bien souvent figé dans l'instant où nul passé et nul futur n'existent (on devrait ajouter que le présent n'existe pas non plus). On retrouve cette idée dans les réflexions de Saint Augustin sur l'éternité. Ces clivages sont peut-être à entendre avec la voix du poète qui l'énonce ici : *« la mort où s'engouffre le temps Et la vie forte des murailles »* (Char, 1977, p. 450). La vie serait-elle donc entravée, aveuglée par ceux qui essayent de la protéger ?

En se coupant ainsi de la temporalité, le patient témoigne de son incapacité à utiliser son énergie psychique à la mutation de son « être ». En parvenant à le réinscrire dans une temporalité (principalement la sienne), nous participons à cette faculté du patient à créer un nouveau savoir par le réagencement de ses traces mnésiques et par l'intégration des éléments issus de la construction intersubjective.

Il est cocasse d'entendre bien souvent l'entourage d'une personne endeuillée tenir ce propos *« tu vas voir, ça va aller mieux, tu vas oublier… ».* Ce propos nous a fréquemment été ramené par nos patients, dans certains cas, avec le commentaire personnel du patient *« mais moi, je veux pas oublier ! ».*

Une des conséquences de ce genre de propos, se voulant compatissant et soutenant, nous fût livré par une patiente qui, en exprimant son désir de ne point oublier, avec une pointe de colère, compléta son propos en disant *« mais je ne veux pas aller bien ! ».*

Nous trouvons dans la définition que donne J.-D Nasio de la pulsion de mort comme une pulsion permettant d'éliminer les déchets, un élément supplémentaire pour considérer le deuil comme le dysfonctionnement de la pulsion de mort.

> *« La pulsion de mort, c'est la tendance, tant au niveau biologique qu'au niveau psychique, qui pousse à se séparer des éléments dont il faut se séparer pour continuer à vivre ; la vie ne peut avancer qu'en perdant »* (D. Berton citant J.-D. Nasio, 2014 p. 21)

> *« La pulsion de mort, c'est tout mouvement de séparation, soit la séparation des parties du Moi, soit la séparation de ceux qui sont autour de moi. »* (*op. cit.*, p. 23)

Nous pensons que ce dysfonctionnement de la pulsion de mort découle du dévoilement du Réel, dont le sujet est dans l'incapacité de l'apprivoiser, de l'assimiler.

Dans une telle situation, dépassant de beaucoup ses ressources psychiques, il se trouverait figé dans l'effroi. Là encore, la théorie psychanalytique nous donne des outils pour tenter de penser cet état de fait.

La différence de réaction face à la perte d'un proche, investi en fonction de l'âge de nos patients, nous a amenés à réfléchir sur ce qui est communément appelé la résolution du

complexe d'Œdipe. Pour illustrer notre propos, nous prendrons un exemple dans la vie courante.

Qui n'a jamais observé l'état de détresse d'un jeune enfant à la sortie de l'école dont la maman est en retard pour venir le chercher. Même sa maîtresse (personne de confiance et connue de l'enfant) ne parvient pas à le rassurer sur l'arrivée prochaine de sa maman.

La dimension dramatique de la situation étant donnée par le fait qu'il se retrouve seul avec elle, devant son école, où tous ses *alter ego* sont partis avec leurs parents. À l'arrivée de la maman, ce n'est point de la colère que l'enfant exprime, mais un élan vers cet autre qui, par sa présence, lui permet « d'être ». À cette hypothèse que nous faisons sur le fait que l'enfant s'apaise quand il lui est permis « d'être », ne répond pas à la question de ce que c'est que « d'être ». Notre expérience avec les enfants nous pousserait à dire qu'il peut « être » avec l'autre, non pas comme on pourrait vouloir le penser comme un sujet singulier, mais comme « complément » d'un système qui parvient à un équilibre pulsionnel, non pas de son point de vue, mais de son vécu dans l'instantanéité du dévoilement, du surgissement de l'instant, en s'inscrivant ainsi dans un potentiel à « être ».

Si la même situation se reproduit avec un adolescent, bien des parents vous témoigneront que la situation se joue d'une tout autre façon. Entre ces deux situations, le complexe d'Œdipe est venu modifier radicalement le sujet, l'amenant à des réactions tout aussi radicalement différentes. Une personne ayant à subir un deuil présente, bien souvent, un comportement qui a plus à voir avec le jeune enfant dont nous venons de parler, qu'avec l'adolescent ayant à subir une frustration.

Ces situations nous ont amenés à faire l'hypothèse que les mécanismes en jeu dans le complexe d'Œdipe sont ceux qui, potentiellement et idéalement, permettraient au sujet de gérer un événement de deuil. Nous considérons que l'un des effets fondamentaux du complexe d'Œdipe est de permettre à un sujet de rapatrier sur le registre de l'angoisse par le biais du langage, ce qui, auparavant, relevait de l'effroi.

Nous rappellerons que dans cette dynamique induite par le langage, il y a un effet collatéral qui est l'avènement de la haine.

L'un des problèmes découlant de cet état de fait, que notre clinique nous amène à constater, est que lorsqu'un sujet, enrichi de ces étapes lui permettant de trouver une

organisation adéquate face à ses situations de vie, devient dangereux pour lui-même, quand l'intensité des événements opère une désorganisation massive et qu'ainsi, elle l'amène à mettre en place un fonctionnement archaïque, associé à la puissance que lui confère la place, le statut qui lui est donné dans le contexte social.

Nous pensons que le pré requis fondamental nous permettant de, potentiellement aider un sujet dans une telle situation, est justement de faire abstraction de cette temporalité sociale par les attentes qu'elle induit, mais la prise en compte du sujet qui a perdu toute cohérence linéaire dans son histoire.

La « mort » a été une question de notre travail. Il nous apparaît que cette question ne peut être posée qu'à l'échelle sociale. Certains auteurs ont bien tenté de la fusionner avec la question de la « vie », mais là encore, il nous semble que cette tentative ramenait ce travail dans une dimension sociale.

Quant à Freud, il considère, concernant la question de la mort quand elle est posée, qu'il s'agit toujours de la mort de l'autre. Il n'est jamais question de sa propre mort. Heidegger le suit dans ce postulat. Jacques Lacan, dans sa conférence à Louvain, formulera qu'en ce qui concerne la mort, c'est une question de croyances. Le comble, c'est lorsque la mort devient une croyance scientifique, qu'on en vient à retenir d'elle un discours scientifique qui s'opposerait à une dimension de croyances.

Il nous revient à l'esprit l'un des propos d'un patient qui se savait condamné par l'évolution de son cancer. Cela faisait plus d'un an que nous le rencontrions hebdomadairement, toujours le même jour, à la même heure.

Ce patient de 75 ans était considéré par les soignants comme un sage qui, malgré sa maladie, prenait soin d'eux. Peu de temps avant son décès, que son état somatique ne laissait pas présager, nous le rencontrâmes et à cette question *« Comment allez-vous aujourd'hui ? »* il prit un air pensif comme s'il cherchait les mots les plus justes : *« Aujourd'hui ça va, mais j'étais en train de penser que lorsque ça arrivera, ça se passera mal. ».*

Surpris de sa réponse, nous lui demandâmes de nous expliquer ce qu'il voulait dire. Encore une fois, il prit son temps pour réfléchir et nous répondit : *« Je sais que ça va arriver, il faudrait être bête pour ne pas le savoir. J'ai l'impression que je n'ai pas peur, mais quand*

ça va arriver, ça ne peut que mal se passer, sauf si ça arrive dans mon sommeil. C'est comme ça, on ne peut rien y faire. »

Quand il prononça ces phrases, nous étions assis en face de lui, à boire ses paroles. Son visage était détendu, légèrement souriant. Nous sommes incapables de dire comment cette rencontre s'est achevée.

Connaissant ce patient de longue date, nous supposons qu'il a pris soin de nous, mais le premier souvenir qui nous reste de l'après cette rencontre, c'est notre état lorsque nous nous sommes retrouvés dans la cour de l'immeuble où il habitait, avec la sensation d'être complètement désorientés.

Bien des auteurs du XXème siècle sont venus interroger cette notion. Pour certains, influencés par la phénoménologie et l'ontologie, et de surcroit, élèves de Heidegger (Lévinas, Jonas, Handers) dont l'un travailla la question en « camp de la mort » ! Pour un autre, dont le père fut un des traducteurs de Freud en français, Jankélévitch n'a jamais caché l'influence qu'a eu sur lui ce penseur de la durée, en la personne de Bergson.

Chacun, avec sa sensibilité, son expérience, se « soumet à la question » de la mort, force nous est de constater qu'aucun ne parvint à aller au-delà…

Face à ce constat, on pourrait être tentés d'avancer une pensée de pure logique mathématique, se référant à la logique des ensembles, en affirmant qu'un système (ensemble) ne peut se contenir lui-même.

Notre propre mort faisant partie intégrante de ce que nous sommes, nous ne pouvons donc pas faire la contorsion de l'observer, la penser, sans nous déprendre de nous-mêmes.

Cette distorsion nous est impossible, à moins que l'on ne recoure à la croyance ou à la superstition. Ce recours nous emmènerait inévitablement sur le terrain de la sophistique. Pour couronner le tout, l'écueil insurmontable de cette incapacité à s'observer soi-même est rendu définitivement inatteignable par Freud avec son postulat de l'inconscient.

Ce nouvel obstacle, dont Freud est l'artisan, nous est rappelé par Lacan, sous la terminologie du sujet divisé ! L'observateur humain, si tenté qu'il fût de penser qu'il pouvait accéder « objectivement » à ses perceptions, il nous faut reconnaître que la chose ne peut être

envisagée que dans la totale incompréhension des effets de sa part inaccessible le constituant, mais néanmoins agissante sur sa manière d'intégrer ses perceptions.

Dernier détail, comme si les entraves intrinsèques du sujet n'y suffisaient pas, il y a aussi cette même part inatteignable chez l'autre… C'est à cet endroit que se situe notre travail. Nos tentatives de faire émerger du sens, à l'image d'un échafaudage de travail, que l'on assemble au gré du relief et des spécificités de l'édifice.

La rencontre avec nos patients est cet édifice. Un échafaudage que l'on module, reprend, corrige, mais quoi qu'il en soit, il est et demeure secondaire. Il reste un pis-aller remis en cause par ce qui, selon nous, est appelé « dasein » par Heidegger. Un échafaudage à usage unique de l'instant qui ne peut souffrir d'être figé, sous peine de voler en éclats.

Devant le constat que nous avons dû faire de cet "impossible" à penser la « mort », nous sommes venus interroger l'expression de nos outils à penser. Ne portaient-ils pas en eux l'essence de notre incapacité à penser ? Pour le dire simplement, notre langage ne nous faisait-il pas défaut ?

Pour continuer notre chemin, nous avons été aidés par les observations de François Jullien, philosophe et sinologue, sa connaissance d'une langue, s'exprimant avec des signes, nous fut précieuse.

Il nous permit de prendre conscience que la structure de la langue dans laquelle nous tentons de penser et de nous exprimer (le français) portait en elle un « trou ». Cette dernière, par sa logique, s'inscrivait dans un mode de révélation ontologique.

La conséquence directe de ce constat étant de laisser impensé le statut de la transition. Pour illustrer son propos, nous pourrions dire que la langue française (et selon François Jullien, les langues européennes) est telle une pellicule de cinéma, constituée d'une succession d'images figées dont la transition de l'une à l'autre est par essence absente.

Malgré ce constat douloureux, nous avons continué à interroger cet outil qu'est le langage au travers de l'utilisation que nous en faisions dans la rencontre avec nos patients.

De statut d'outil, il est devenu cet élément incontournable dans notre pratique et dans notre réflexion. Les linguistes sont ces professionnels qui ont pris les langues pour objet d'étude.

Notre ambition a été de réfléchir sur l'effet produit par les langues sur le sujet qui est, selon nous, la production d'un langage. Le travail de Jean-Pierre Lebrun nous a permis de retrouver des éléments de notre clinique.

Cela nous a permis d'avoir des éléments de compréhension sur l'expression de sentiment de haine, lorsque nos patients se trouvaient dans des situations où ils étaient débordés. Le caractère extrême de ces situations nous facilita la tâche et illustre fort bien ce propos freudien « c'est à la lumière du pathologique que l'on comprend le normal ».

L'acmé de la crise étant passée, il nous fallut tenter de retrouver dans nos suivis les éléments édulcorés que la situation extrême avait mis en lumière. C'est chez Jacques Lacan que l'on trouva un concept nous permettant de poursuivre notre chemin.

Dans son séminaire XX, il introduisit la notion de « lalangue ». Ce nouvel outil nous amena à une relecture de notre parcours. Nous devons ici faire l'aveu qu'à cette étape, les questions qui avaient constitué les bases de notre travail perdirent de leur pertinence.

Nous fallait-il tout reprendre ? La seule chose qui demeurait constante dans notre parcours était les effets produits sur nous par nos rencontres avec les patients, dont les variations de leurs discours se renouvelaient sans cesse.

À ce jour, nous apparaît une nouvelle question qui, a postériori, nous semble être en filigrane depuis le début de ce travail, peut-être même avant que ce dernier commence. En tant que psychologue clinicien, travaillant avec des médecins et des soignants dans la prise en charge de patients, qu'est-ce que ces derniers viennent chercher, désirent-ils trouver, dans cette rencontre que nous construisons avec eux ?

Certains soignants très pragmatiques, à la limite de la doctrine utilitariste, le résument parfaitement en quelques mots : « un psychologue, ça sert à quoi ?? » Le ton employé dans la formulation de cet énoncé renvoie rarement à une question…

Nous avons trouvé un élément de réponse dans un article de 1954 écrit par Roland Barthes. Dans cet article, Roland Barthes s'interroge sur le travail et les missions de l'historien en se référant à l'œuvre de Michelet.

Les réponses qu'apporte Roland Barthes à ces interrogations s'inscrivent dans la responsabilité qu'a l'historien dans la production de ses analyses dans son travail.

Les responsabilités de l'historien agissent sur la capacité qu'auront les lecteurs de son travail à s'approprier l'Histoire.

Nous reprenons à notre compte les remarques et commentaires que Roland Barthes formule pour les historiens.

Notre travail ne serait-il pas d'être celui qui se met au travail avec le patient qu'il rencontre, afin que ce dernier puisse tenter de redevenir acteur de sa propre histoire singulière, par le dévoilement d'éléments de son vécu, lui permettant ainsi de contribuer dans sa mesure à une relecture habitée et une écriture de celle-ci où il peut se reconnaître.

> *« L'historien n'est nullement un « lecteur » du passé et s'il réorganise l'Histoire, ce n'est pas au niveau des idées, des forces, des causes ou des systèmes, mais à celui de chaque mort charnelle. Les devoirs de l'historien ne s'établissent pas en fonction du concept général de vérité historique, mais seulement face à chaque mort de l'histoire ; sa jonction n'est pas d'ordre intellectuel, elle est à la fois d'ordre social et sacré. L'historien est en fait un magistrat civil chargé d'administrer le bien des morts (formule que Michelet tire de Camoens aux Indes). Cette magistrature civile se double évidemment d'une prêtrise : il s'agit moins de veiller à la mémoire des morts que de compléter, par une action magique, ce que leur vie a pu avoir d'absurde et de mutilé. L'historien est un Œdipe (il résout rétrospectivement des énigmes humaines). Les morts de l'histoire ne comprennent jamais pourquoi ils ont vécu, car selon la formule sophocléenne, la vie n'est intelligible que lorsque la mort l'a pourvue d'un terme irrémissible. L'historien est précisément le mage qui reprend aux morts leurs actes, leurs souffrances, leurs sacrifices, et leur donne une place dans la mémoire universelle de l'Histoire. »* (Barthes, 2002, p. 350)

Nous serions donc convoqués à cette place d'historien, telle que définie par Roland Barthes. L'historien de ce parcours surgissant du patient où notre travail avec lui consiste en un réagencement de l'expression « affleurante » de son discours.

Par notre présence (garantissant le cadre), lui permettre d'entendre et de se réapproprier une part de ce qui, par les effets qu'il produit sur le thérapeute, l'amène ainsi à se saisir en

retour de ce reliquat in-métabolisable, qui ne cessait de faire retour par l'entremise du symptôme.

Dans sa définition, Roland Barthes attire notre attention sur les jalons posés dans l'histoire du sujet. Leurs expressions seraient l'émergence en lien avec la mort. Ce postulat n'est pas sans rappeler une idée exprimée par Jean Allouch, lors d'une conférence qu'il donna le 23 février 2006, sur « Mourir du Deuil, aujourd'hui » où la place des morts dans l'histoire d'un sujet conditionnerait pour beaucoup ce dernier.

> *« (16:45') la question posée par Will Self* dans son roman (Ainsi vivent les morts, seuil 2002) est : « où vivent les morts ? Comment vivent les morts ? Comment leur vie détermine-t-elle la nôtre » C'est une question pertinente à mes yeux que pose Will Self.*
>
> *(17:16') si on voulait savoir rapidement ce que quelqu'un a dans son inconscient, on pourrait tout simplement lui demander : « où sont enterrés tes proches et qui est enterré avec qui ? » Si j'étais psychologue, j'imaginerais un test, on regarderait qui est enterré avec qui, où, et on saisirait énormément de choses de l'inconscient de la personne en question.*
>
> *Mais où vivent les morts ? Cette question ne reçoit pas simplement une réponse du christianisme, le positivisme lui-même, Auguste Comte a su mettre l'accent sur cette vie des morts. Il fondait sa religion positiviste, qui est quand même le soubassement de tout ce qui est chez nous ou l'enseignement, chez nous et ailleurs, puisque ça a diffusé notamment en Amérique latine, Comte a fondé sa religion positiviste précisément sur cette idée que ce sont les morts qui règlent notre vie. »*
>
> *(William Woodward Self est un auteur anglais né en 1960)

À ce jour, à la relecture de notre travail, dont nous avons tenté le plus honnêtement possible de témoigner le cheminement, nous devons faire l'aveu de la difficulté qui est la nôtre de nous y reconnaître.

Nous avons essayé de réfléchir sur les avantages ou inconvénients que la théorie produisait au regard de notre clinique. Mais il est un problème que nous n'avions pas soupçonné dans notre entreprise.

Il n'est pas à proprement parler celui de consigner, de figer une pensée, dont il est évident qu'elle ne nous appartient pas. Cette pensée étant le fruit de la rencontre et à ce titre, elle fut élaborée à plusieurs mains. Pour être précis, à plusieurs existants s'autorisant à rencontrer l'autre, pour que surgisse ce que nous n'avons pu que trahir dans nos mots.

Si nous avions été attentifs, nous étions prévenus de la chose. Ferdinand de Saussure (1967) ne disait-il pas *: « l'écriture voile la vue de la langue : elle n'est pas un vêtement, mais un travestissement »* (p. 51-52)

Comme nous le disons, la relecture de notre travail nous est douloureuse. Elle vient mettre en exergue les manques, les oublis. Si nous tentons de faire des rajouts, ces derniers viennent témoigner d'une logique, qui est la nôtre dans l'instant où elle apparaît.

Dans notre question de départ qui était de tenter de comprendre l'articulation entre le deuil, la mort et le traumatisme psychique, nous constatons que l'alibi de cette problématique nous a amenés à énoncer des hypothèses découlant des constructions faites *a posteriori* de nos rencontres avec les patients.

Comment témoigner, consigner par écrit ce qui ne peut se prouver ? Pour rester positif, nous reconnaissons que l'émergence de questions dont nous n'imaginions pas la survenue (la place, le rôle, la fonction, l'identité…) est venue éclairer notre parcours avec les patients d'une façon que nous pensons plus respectueuse, et peut être moins angoissante.

Comment conclure quelque chose dont la fin est artificielle ? Comment conclure avec des mots qui vont témoigner dans un autre temps que leur énoncé ? Comment ne pas conclure sans se réfugier derrière l'adage socratique *« ce que je sais c'est que je ne sais rien »*. Jacques Lacan, dans une conférence, nous faisait remarquer qu'à force de le dire, les psychanalystes avaient fini par le croire ! Mais il nous rappelait que si nous ne pouvons pas connaitre et de fait, dire toute la vérité, nous en possédions *"un bout"*.

Toujours dans la quête d'une réponse qui ne se dévoile pas, nous pouvons entendre ce propos *« A cet instant, je ne sais où est mon corps, je ne sais d'où vient ce morceau de terre au paradis. Je scrute les environs. Je ne sais pas que je ne comprends rien, je crois encore que je comprends tout. Les choses se passent derrière moi. Il y a toujours un œil étrange. Le mieux, c'est de faire semblant de comprendre. Faire semblant de comprendre, mais en fait ne rien comprendre. En réalité, je ne comprends rien, strictement rien.»* (Xingjian, 2002, p. 670)

Comme celui qui vient décrire une attitude, tout en mettant en échec une potentielle universalité du savoir de/sur l'autre. Ce propos ne vient-il pas dire une dynamique, qui somme toute, pourrait correspondre à la description d'*"un avant",* le dévoilement qu'opère la rencontre ? Pour ce qui est de *"l'après",* nous avons l'impression de peut-être le confondre avec *"l'avant"* d'une autre rencontre.
Nous n'avons pas la réponse. Mais nous nous approprions l'idée de l'un des penseurs que nous avons convoqués dans notre travail qui serait que *« ce qui ne peut être prouvé, il est de notre responsabilité de l'éprouver ».*

Ne serait-ce pas ce que nous tentons de faire, jour après jour, rencontre après rencontre, dans l'intimité de ces dernières ?

Bibliographie

1) Allouch, J. (1995, éd. 2011). *Erotique du deuil au temps de la mort sèche* (3e éd.). Paris : EPEL.

2) Allouch, J. (2006, février). *Mourir du deuil, aujourd'hui*. Service audiovisuel du Centre Pompidou [en ligne] disponible sur : https://www.centrepompidou.fr/cpv/resource/ck46oR8/rzdaAa (consulté le 20 octobre 2011)

3) Althusser, L. (1976). *Positions.* Paris : Editions sociales.

4) Amar, S. (2012). *L'accompagnement en soins palliatifs : approche psychanalytique*. Paris : DUNOD

5) Arendt, H. (1971, éd. 2009). *Responsabilité et jugement.* Paris : Payot & Rivages.

6) Ariès, P. (1977). *L'homme devant la mort.* Paris : Seuil.

7) Aristote. (1985). *Traité de l'âme. Livre II, chapitre 1*. Paris : Vrin.

8) Assoun, P.-L. (2009). *Dictionnaire, thématique, historique et critique des œuvres psychanalytiques.* Paris : Presses Universitaires de France.

9) Augustin (Saint). (1998). *Confessions. Livre XI.* Paris : Nathan.

10) Barbaras, R. (2003). *Vie et intentionnalité – Recherches phénoménologiques.* Paris : Vrin.

11) Barbaras, R. (2008). *Introduction à une phénoménologie de la vie*. Paris : Vrin.

12) Barbaras, R. (2011). *La vie lacunaire*. Paris : Vrin.

13) Barbaras, R. (2013). *Dynamique de la manifestation*. Paris : Vrin.

14) Barbaras, R. (2016 a). *Le désir et le monde*. Paris : Hermann

15) Barbaras, R. (2016 b). *Métaphysique du sentiment*. Paris : Les éditions du Cerf.

16) Barthe, R. (2002). *Œuvres complètes 1 1942-1961*. (Vol. 1). Paris : Seuil.

17) Benjamin, W. (1939, éd. 2012). Sur quelques thèmes baudelairiens. Dans *Sur la photographie*. (pp. 148-158). Arles : Photosynthèses.

18) Bergson, H. (1938, éd. 2006). Le possible et le réel. Dans *La pensée et le mouvement.* (pp. 99-116). Paris : Presses Universitaires de France.

19) Bernard, J. (1990). *De la biologie à l'éthique*. Paris : Buchet-Chastel.

20) Berton, D. (2014). *Pulsion de vie pulsion de mort*. Paris : Séminaires psychanalytiques de Paris.

21) Bonnefoy, Y. (1990). *Entretiens sur la poésie*. Paris : Mercure de France.

22) Bonnefoy, Y. (2011). Nos mains dans l'eau. Dans *L'heure présente.* (p. 59). Paris : Mercure de France.

23) Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *International journal of Psychoanalysis , 42*, 317-340.

24) Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte. Volume 3. La perte tristesse et dépression.* (1e éd.) Paris : Presses Universitaires de France.

25) Bowlby, J. (1992). *Attachement et perte. Volume 1. L'attachement* (2e ed.). Paris : Presses Universitaires de France.

26) Bowlby, J. (2014). *Amour et rupture : les destins du lien affectif.* Paris : Albin Michel.

27) Brassens, G. (1966, éd. 1993). Supplique pour être enterré à la plage de Sète. Dans *Les chansons d'abord.* (p. 152). Paris : Livre de poche.

28) Brenet, J.B. (2015). *Averroès l'inquiétant*. Paris : Les belles lettres.

29) Canguilhem, G. (1966, éd. 2005). *Le normal et le pathologique*. (9e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.

30) Caron, R. (2004). L'émergence d'une demande d'euthanasie en cancérologie : vers une tentative de compréhension. *Revue francophone de psycho-oncologie*, 3(1), 45-49.

31) Caron, R. (2008). L'annonce d'un diagnostic de cancer: quels enjeux psychiques ? *Ethique et santé*, 5, 186-191.

32) Char, R. (1977, éd. 1983). Le Nu perdu dans *Œuvres complètes*. (p. 450). Paris : Gallimard La Pléiade.

33) Char, R. (1977, éd. 1983). Chant de la Balandrane dans *Œuvres complètes*. (p. 534). Paris : Gallimard La Pléiade.

34) Chevillard, E. (2011). *L'autofictif père et fils.* Talence : Editions de l'arbre vengeur.

35) Cioran, E.M. (1999). Aveux et anathèmes. Dans *Œuvres.* (p. 1661). Paris : Quarto Gallimard.

36) Ligue nationale contre le cancer. (1999). *Les malades prennent la parole : le Livre Blanc des 1ers Etats Généraux des malades du cancer*. Paris : Ramsay.

37) Comte-Sponville, A. (1998). *Pensées sur la mort.* Paris : Albin Michel.

38) Dolto, F. (1994). *Articles et conférences. Tout est langage.* Paris : Gallimard.

39) Dolto, F. (2003). *La vague et l'océan – Séminaire sur les pulsions de mort (1970-1971)*. Paris : Gallimard.

40) Dolto, F. (2005). *Une vie de correspondances | 1938-1988*. Paris : Gallimard

41) Dorey, R. (1981). La relation d'emprise. *Nouvelle revue de psychan*alyse. (24), 117-139. Paris : Gallimard

42) Dufrenne, M. (1973). Pour une philosophie non théologique. Dans *Le poétique*. (pp.7-57). Paris : Presses Universitaires de France.

43) Epicure. (2011). Lettre à Ménécée sur la morale. Dans *Epicure et les épicuriens*. (p. 129). Paris : Presses Universitaires de France.

44) Freud, S. (1895, éd. 2009). Etudes sur l'hystérie. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1893-1895* (éd. 1e, Vol. 2). Paris : Presses Universitaires de France.

45) Freud, S. (1896 a, éd. 1998). L'hérédité et l'étiologie des névroses. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1894-1899* (éd. 2e, Vol. 3, pp. 105-120). Paris : Presses Universitaires de France.

46) Freud, S. (1896 b, éd. 1998). Nouvelles remarques sur les névropsychoses-de-défense. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1894-1899* (éd. 2e, Vol. 3, pp. 121-146). Paris : Presses Universitaires de France.

47) Freud, S. (1900, éd. 2004). L'interprétation du rêve. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1899-1900* (éd. 1 e, Vol. 4). Paris : Presses Universitaires de France.

48) Freud, S. (1905 a, éd. 2006). Fragment d'une analyse d'hystérie. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1901-1905* (éd. 1e, Vol. 6, pp. 183-302). Paris : Presses Universitaires de France.

49) Freud, S. (1905 b, éd. 2006). Trois essais sur la théorie sexuelle. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1901-1905* (éd. 1e, Vol. 6, pp. 59-182). Paris : Presses Universitaires de France.

50) Freud, S. (1906, éd. 2006). Mes vues sur le rôle de la sexualité dans l'étiologie des névroses. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1901-1905* (éd. 1e, Vol. 6, pp. 307-318). Paris : Presses Universitaires de France.

51) Freud, S. (1909 a, éd. 1998). Analyse de la phobie d'un garçon de 5 ans. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1908-1909* (éd. 1e, Vol. 9, pp. 1-130). Paris : Presses Universitaires de France.

52) Freud, S. (1909 b, éd. 1998). Remarques sur un cas de névrose de contrainte. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1908-1909* (éd. 1e, Vol. 9, pp. 131-214). Paris : Presses Universitaires de France.

53) Freud, S. (1910, éd. 1993). De la psychanalyse. Dans *Œuvres Complètes - psychanalyse - 1909-1910* (éd. 1e, Vol. 10, pp. 1-56). Paris : Presses Universitaires de France.

54) Freud, S. (1913 a, éd. 2005). L'intérêt que présente la psychanalyse. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1913-1914* (éd. 1e, Vol. 12, pp. 95-126). Paris : Presses Universitaires de France.

55) Freud, S. (1913 b, éd. 2005). Sur l'engagement du traitement. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1913-1914* (éd. 1e, Vol. 12, pp. 161-184). Paris : Presses Universitaires de France.

56) Freud, S. (1914 a, éd. 2005). Remémoration, répétition et perlaboration. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1913-1914* (Vol. 12, pp. 185-196). Presses Universitaires de France.

57) Freud, S. (1914 b, éd. 2005). Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1913-1914* (éd. 1e, Vol. 12, pp. 247-316). Paris : Presses Universitaires de France.

58) Freud, S. (1915 a, éd. 1994). Actuelles sur la guerre et la mort. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1914-1915* (éd. 2e, Vol. 13, pp. 127-158). Paris : Presses Universitaires de France.

59) Freud, S. (1915 b, éd. 1994). L'inconscient. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1914-1915* (éd. 2e, Vol. 13, pp. 205-244). Paris : Presses Universitaires de France.

60) Freud, S. (1915 c, éd. 1994). Métapsychologie. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1914-1915* (éd. 2e, Vol. 13, pp. 159-302). Paris : Presses Universitaires de France.

61) Freud, S. (1916, éd. 2000). Leçons d'introduction à la psychanalyse. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1915-1917* (éd. 1 e, Vol. 14). Paris : Presses Universitaires de France.

62) Freud, S. (1917, éd. 1994). Deuil et mélancolie. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1914-1915* (éd. 2e, Vol. 13, pp. 261-280). Paris : Presses Universitaires de France.

63) Freud, S. (1918, éd. 1994). À partir de l'histoire d'une névrose infantile écrit en 1914 (l'homme aux loups). Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1914-1915* (éd. 2e, Vol. 13, pp. 1-120). Paris : Presses Universitaires de France.

64) Freud, S. (1919 a, éd. 1996). Introduction à Sur la psychanalyse des névroses de guerre. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1916-1920* (éd. 1e, Vol. 15, pp. 217-224). Paris : Presses Universitaires de France.

65) Freud, S. (1919 b, éd. 1996). "Un enfant est battu". Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1916-1920* (éd. 1e, Vol. 15, pp. 115-146). Paris : Presses Universitaires de France.

66) Freud, S. (1920, éd. 1996). Au-delà du principe de plaisir. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1916-1920* (éd. 1e, Vol. 15, pp. 273-338). Paris : Presses Universitaires de France.

67) Freud, S. (1921, éd. 2003). Psychologie des masses et analyse du Moi. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1921-1923* (éd. 2e, Vol. 16, pp. 1-84). Paris : Presses Universitaires de France.

68) Freud, S. (1923 a, éd. 2003). "Psychanalyse" et "Théorie de la libido". Dans *Œuvres complètes - psychanalyse -1921-1923* (éd. 2e, Vol. 16, pp. 181-208). Paris : Presses Universitaires de France.

69) Freud, S. (1923 b, éd. 2003). Le moi et le ça. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1921-1923* (éd. 2e, Vol. 16, pp. 255-302). Paris : Presses Universitaires de France.

70) Freud, S. (1924, éd. 2006). Le problème économique du masochisme. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1923-1925* (éd. 2e, Vol. 17, pp. 9-24). Paris : Presses Universitaires de France.

71) Freud, S. (1925 a, éd. 2006). "Autoprésentation". Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1923-1925* (éd. 2e, Vol. 17, pp. 51-122). Paris : Presses Universitaires de France.

72) Freud, S. (1925 b, éd. 2006). Les résistances contre la psychanalyse. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1923-1925* (éd. 2e, Vol. 17, pp. 123-136). Paris : Presses Universitaires de France.

73) Freud, S. (1926 a, éd. 2006). Inhibition, symptôme et angoisse. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1923-1925* (éd. 2e, Vol. 17, pp. 203-286). Paris : Presses Universitaires de France.

74) Freud, S. (1926 b, éd. 2006). Psychanalyse. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1923-1925* (éd. 2e, Vol. 17, pp. 287-296). Paris : Presses Universitaires de France.

75) Freud, S. (1930, éd. 2006). Le malaise dans la culture. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1926-1930* (éd. 2e, Vol. 18, pp. 245-333). Paris : Presses Universitaires de France.

76) Freud, S. (1933 a, éd. 2004). Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1931-1936* (éd. 2e, Vol. 19, pp. 83-268). Paris : Presses Universitaires de France.

77) Freud, S. (1933 b, éd. 2004). Pourquoi la guerre ? Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1931-1936* (éd. 2e, Vol. 19, pp. 61-82). Paris : Presses Universitaires de France.

78) Freud, S. (1933 c, éd. 2004). Révision de la doctrine du rêve. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1931-1936* (éd. 2e, Vol. 19, pp. 87-111). Paris : Presses Universitaires de France.

79) FREUD, S. (1937, éd. 2010). L'analyse finie et l'analyse infinie. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1937-1939* (éd. 1e, Vol. 20, pp. 13-56). Paris : Presses Universitaires de France.

80) Freud, S. (1939, éd. 2010). L'homme Moïse et la religion monothéiste. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1937-1939* (éd. 1e, Vol. 20, pp. 75-218). Paris : Presses Universitaires de France.

81) Freud, S. (1940, éd. 2010). Abrégé de psychanalyse. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - 1937-1939* (éd. 1e, Vol. 20, pp. 225-306). Paris : Presses Universitaires de France.

82) Freud, S. (1979). *La naissance de la psychanalyse* (éd. 4e). Paris : Presses Universitaires de France.

83) Freud, S., & Abraham, K. (2006). *Correspondance complète 1907-1925.* Paris : Gallimard.

84) Gagnepain, J. (1982). *Du vouloir dire, I. Du signe De l'outil*. Paris: Livre & communication.

85) Gibran, K. (2006). *Le prophète*. Paris : Mille et une nuits.

86) Gil, R. (2012, juin). *Questions pour les recherches à la frontière de la mort : du coma à la mort encéphalique.* Communication présentée au 21ème colloque de la CNCP. Poitier.

87) Gori, R. (1996). *La preuve par la parole.* Paris : Presses Universitaires de France.

88) Green, A. (2010). *Pourquoi les pulsions de destruction ou de mort ?* Paris : Ithaque.

89) Guédeney, N. (2005). Bowlby. Dans A. De Mijolla, B. Golse, S. De Mijolla-Mellor & R. Perron (Eds). *Dictionnaire international de la psychanalyse. Vol. 1.* (pp. 237-238). Paris : Hachette Littérature.

90) Hagege, C. (1985, éd. 1996). *L'homme de paroles*. Paris : Fayard.

91) Hagege, C. (2011). *Parler c'est tricoter.* La Tour d'Aigues : édition de l'Aube.

92) Hanus, M. (2001). *Les deuils dans la vie.* 2e éd. Paris : Maloine

93) Heidegger, M. (1927, éd. 1985). *Etre et temps.* Paris : Authentica.

94) Heisenberg, W. (1958, éd. 1971). *Physique et philosophie.* Paris : Albin Michel.

95) Israël, L. (1998). *Pulsions de mort. Séminaires 1977-1978.* Strasbourg : Apertura-Arcanes.

96) Jaccottet, P. (1990). *Cahier de verdure*. Paris : Gallimard.

97) Jankélévitch, V. (1966, éd. 1977). *La mort.* Paris : Flammarion.

98) Jones, E. (1968). Thanatos. Dans J. Laplanche & J.B. Pontalis. *Vocabulaire de la psychanalyse.* (p. 484). Paris : Presses Universitaires de France.

99) Jullien, F. (2009). *Les transformations silencieuses*. Paris : Grasset.

100) Jullien, F. (2012). *Cinq concepts proposés à la psychanalyse*. Paris : Grasset.

101) Kant, E. (1781, éd. 2001). *Critique de la raison pure*. Paris : Presses Universitaires de France.

102) Kardiner, A. (1977, éd. 2013). *Mon analyse avec Freud*. Paris : Les belles lettres.

103) Klein, E. (2015). Conférence "Qu'est-ce qu'un objet ?" [enregistrement vidéo] Fondation Maison des Sciences de l'Homme et le collège d'études mondiales, Paris. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=m32q0AhTKWs (consulté le 3 octobre 2016).

104) Krafft-Ebing, R. (1895, éd. 2012). *Psychopathia sexualis*. Rosières-en-Haye : Camion blanc.

105) Kübler-Ross, E. (1975). *Les derniers instants de la vie.* Genève : Labor et Fides.

106) Lacan, J. (1966 a). L'instance de la lettre dans l'inconscient. Dans *Ecrits.* (pp. 493-528). Paris : Seuil.

107) Lacan, J. (1966 b). Situation de la psychanalyse en 1956. Dans *Ecrits.* (pp. 459-491). Paris : Seuil.

108) Lacan, J. (1972). Conférence donnée à l'Université de Louvain. [enregistrement vidéo]. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=5MlxLMNRLbA (consulté le 19 octobre 2015).

109) Lacan, J. (1974). *Télévision*. Paris : Seuil.

110) Lacan, J. (1994). *Le séminaire X*. Paris : Seuil.

111) Lacan, J. (1998). *Livre V, les formations de l'inconscient*. Paris : Seuil.

112) Lalande, A. (1997). Inconscient. Dans *Vocabulaire technique et critique de la philosophie.* 4e éd., (p. 489). Paris : Quadrige.

113) Lalande, A. (1997). Scientifique. Dans *Vocabulaire technique et critique de la philosophie Vol. 2*. 4e éd., (p. 959). Paris : Quadrige.

114) Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1968). *Vocabulaire de la psychanalyse.* Paris : Presses Universitaires de France.

115) Lebigot, F. (2011). *Traiter les traumatismes psychiques.* 2e éd. Paris : Dunod.

116) Lebrun, J.P. (2006). *L'avenir de la haine.* Paris : Fabert.

117) Ledoux, M.H. (2006). *Dictionnaire raisonné de l'œuvre de Françoise Dolto.* Paris : Payot & Rivage.

118) Lévinas, E. (2008). *Totalité et Infini.* 11e éd. Paris : Librairie Générale française.

119) Lévinas, E. (2009). *Carnets de captivité.* Paris : Grasset.

120) Libert, Y., & Reynaert, C. (2009). Les enjeux de la communication médecin-patient et l'importance des caractéristiques psychologiques du médecin. *Psycho-oncologie, 3*(3), 140-146.

121) Malherbe, J.-F. (2007). *Sujet de vie ou objet de soins ?* Anjou : Fides.

122) Martin, C. (Ed.). (2013). *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur.* Paris : Presses Universitaires de France.

123) Memmi, A. (1979). *La dépendance*. Paris : Gallimard.

124) Memmi, A. (2009). *Testament insolent*. Paris : Odile Jacob.

125) Miller, D. (2005). *La psychanalyse et la vie.* Paris : Odile Jacob.

126) Monbourquette, J. (2007). *Aimer, perdre et grandir.* Montréal : Novalis.

127) Morin, E. (1970). *L'homme et la mort.* Paris : Seuil.

128) Morin, E. (1982). *Science avec confiance.* Paris : Fayard.

129) Nasio, J.D. (1996). *Le livre de la douleur et de l'amour.* Paris : Payot & Rivages.

130) Nasio, J.D. (1999). *Le plaisir de lire Freud.* 2e éd. Paris : Payot & Rivage.

131) Nasio, J.D. (2005). Guérir c'est porter un regard neuf sur soi-même. Dans *La psychanlyse peut-elle guérir ?* p. 67-93. Paris : Les éditions de l'atelier.

132) Nasio, J.D. (2015, mars). *Conflit de soi avec soi-même.* Paris : Séminaires psychanalytiques de Paris.

133) Nasio, J.D. (2016, avril). *Le séminaire de J.-D. Nasio. La formation du psychanalyste.* Paris : Séminaires Psychanalytiques de Paris.

134) Nasio, J.D. (2016). *Oui la psychanalyse guérit !* Paris : Payot.

135) Nietzsche, F. (1886, éd. 2009). Par-delà le bien et le mal. Dans *Œuvres* (Tome 2). Paris : Robert Laffont.

136) Ogawa, Y. (1999). *L'annulaire*. Arles : Actes Sud.

137) Organisation Mondiale de la Santé. (1994). L'OMS demande qu'on se préoccupe davantage des soins palliatifs aux malades en phase terminale. Dans *Communiqué OMS*/12.

138) Organisation Mondiale de la Santé. (1997). *Rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur le traitement de la douleur cancéreuse et les soins palliatifs.* 2e éd., 50p. Genève.

139) Perrier, F. (2008). *La chaussée d'Antin. Œuvre psychanalytique I.* Paris : Albin Michel.

140) Pessoa, F. (1999). *Le livre de l'intranquillité.* 2e éd. Paris : Christian Bourgeois.

141) Platon. (2002). *La République*. (G. Leroux, Trad.). Paris : Flammarion

142) Postel, J. (2017). Krafft-Ebing Richard Von – (1840-1902). *Encyclopædia Universalis*. [en ligne]. Disponible sur : http://www.universalis.fr/encyclopedie/richard-von-krafft-ebing/ (consulté le 16 février 2017).

143) Queva, G. (2011, décembre). *Spécificité de la prise en charge palliative au domicile (cadre de l'activité de l'H.A.D. hopidom)*. Communication présentée à Espace éthique hospitalo-universitaire du centre hospitalier de Lille. Lille.

144) Queva, G., Francois-Purssell, I., Hervé, C. & Viallard, M.-L., (2015). Représentations des soins palliatifs chez les internes en médecine : enquête au cours d'un stage clinique. *Médecine Palliative, 14*(4), 254-260.

145) Raimbault, G. (2001). *L'enfant et la mort, problèmes de la clinique du deuil.* Paris : Dunod.

146) Rey, A. (1999). *Dictionnaire historique de la langue française* (Vol. 3). Paris : Le Robert.

147) Reynaert, C., Libert, Y., Jacques, D. & Zdanowicz, N. (2006). Autour du corps souffrant : relation médecin-patient-entourage, trio infernal ou constructif ? *Cahier critique de thérapie familiale et de pratique de réseaux, 36*(1), 103-123.

148) Ricœur, P. (1990). *Soi même comme un autre.* Paris : Seuil.

149) Ricœur, P. (1992). La souffrance n'est pas la douleur. Dans C., Marin. *Souffrance et douleur.* (pp. 13-33). Paris : Presses Universitaires de France.

150) Ricœur, P. (2008). *Ecrits et conférences 1. Autour de la psychanalyse*. Paris : Seuil.

151) Roudinesco, E, & Plon, M. (2000). Chronologie. Dans E., Roudinesco & M., Plon. *Dictionnaire de la psychanalyse.* (pp. 1135-1136). Paris : Fayard.

152) Roudinesco, E, & Plon, M. (2000). Psychanalyse. Dans E., Roudinesco & M., Plon. *Dictionnaire de la psychanalyse.* (p. 839). Paris : Fayard.

153) Saussure, F. De, (1967, éd. 1980). *Cours de linguistique générale.* Paris : Payot.

154) Schwartzenberg, L. (1985). *Requiem pour la vie.* Paris : Le pré aux clercs.

155) Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs. (s.d.). *Histoire de la SFAP.* [en ligne]. Disponible sur : http://www.sfap.org/rubrique/histoire-de-la-sfap (consulté le 5 août 2014).

156) Soulez, A. (Ed.) (2010). *Manifeste du cercle de Vienne et autres écrits.* Paris : Vrin.

157) Valery, P. (1957). Discours aux chirurgiens. Dans *Œuvres* (Vol. 1, p. 1317). Paris : Gallimard La Pléiade.

158) Valery, P. (1957). Poésie et pensée abstraite. Dans *Œuvres* (Vol. 1, p. 1317). Paris : Gallimard La Pléiade.

159) Verspieren, P. (1984). Sur la pente de l'euthanasie. *Etudes, 360* (1), 43-54.

160) Vian, B. (1946, éd. 1963). *L'écume des jours.* Paris : le monde en 10/18.

161) Winnicott, D.W. (1960, éd. 1989). La théorie de la relation parent-nourisson. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris : Payot.

162) Winnicott, D.W. (2004). *Agressivité, culpabilité et réparation.* Paris : Petite bibliothèque Payot.

163) Wittgenstein, L. (1953, éd. 2004). *Recherches philosophiques*. Paris : Gallimard.

164) Xingjian, G. (2002). *La montagne de l'Âme.* La Tour d'Aigue : Edition de l'Aube

Textes législatifs et rapports parlementaires de référence.

165) Arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires. Dans *Journal Officiel* n°113, texte n°22, mai 2004, p. 8684. [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JOR (consulté le 17 août 2014).

166) Arrêté du 9 février 2006 relatif à la création et à la composition du Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie. Dans *Journal Officiel* n°42 du 18 février 2006 page 2514 [en ligne] disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000265196 (consulté le 17 août 2014).

167) Arrêté du 6 juin 2006 relatif à la désignation des membres du Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie. Dans *Journal Officiel* n°151 du 1er juillet 2006 page 9895 [en ligne] disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000423743 (consulté le 17 août 2014).

168)Assemblée parlementaire. (1999). Recommandation 1418. Protection des droits de l'homme et la dignité des malades incurables et des mourants. Dans *Gazette officielle du Conseil de l'Europe.* [en ligne]. Disponible sur : http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/Adopted. (consulté le 17 août 2014).

169)Ayrault, J.M. & al. (2009). *Proposition de loi relative au droit de finir sa vie dans la dignité.* Assemblée nationale [en ligne]. Disponible sur http://www.assemblee-nationale.fr/13/propositions/pion1960.asp (consulté le 17 août 2014).

170)Caillavet, H. (6 avril 1978). *texte n° 301 (1977-1978).* Paris : Sénat.

171)Circulaire DGS/DH n° 94-3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques [en ligne]. Disponible sur : http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdh-n-94-3-du-7-janvier-1994-relative-a-lorganisation-des-soins-et-la-prise-en-charge-des-douleurs-chroniques/
(consulté le 17 août 2014).

172)Circulaire DGS/DH95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé. NOR : SANH9510 126C (Texte non paru au Journal officiel) [en ligne]. Disponible sur : http://www.sfap.org/rubrique/droits-des-malades (consulté le 17 août 2014).

173)Circulaire DGES-GGS 95-15 du 9 mai du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et du Ministère de la Santé relative aux enseignements de 1er et 2ème cycles des études médicales [en ligne]. Disponible sur : http://www.sfap.org/system/files/circulaire-dges-dgs-15-9mai1995.pdf (consulté le 17 août 2014).

174)Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs [en ligne]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-12/a0121073.htm (consulté le 17 août 2014).

175)Circulaire N°DHOS/O2/2004/290 Guide pour l'élaboration du dossier de lits identifiés en soins palliatifs. [en ligne]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_pour_l_elaboration_du_dossier_de_demande_de_lits_identifies_en_soins_palliatifs.pdf (consulté le 17 août 2014).

176)Claeys, A., Leonetti, J. (2014). *Rapport de présentation et texte de la proposition de loi de MM. Alain Claeys et Jean Leonetti créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.* [en ligne]. Disponible sur : http://www.elysee.fr/assets/Uploads/Rapport-et-proposition-de-loi-creant-de-nouveaux-droits-en-faveur-des-malades-et-des-personnes-en-fin-de-vie.pdf (consulté le 4 février 2015).

177)Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé. (2000). *Avis n°63 du 27 Janvier 2000 du comité consultatif national d'éthique (CCNE) : "Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie".* [en ligne] disponible sur : http://www.ccne-

ethique.fr/fr/publications/fin-de-vie-arret-de-vie-euthanasie#. WQ9THoXc478 (consulté le 17 août 2014).

178)Commission de réflexion sur la fin de vie en France. (2012). *Rapport à François Hollande Président de la République Française.* [en ligne] disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf (consulté le 17 août 2014).

179)Conseil de l'Europe comité des ministres. (2003). *Recommandation 24 du Comité des ministres aux États membres sur l'organisation des soins palliatifs* [en ligne]. Disponible sur : https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805de841 (consulté le 17 août 2014).

180)Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier [en ligne]. Dans *Journal Officiel*, n°63 du 15 mars 1993 p. 4098. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000178583&categorieLien=id (consulté le 17 août 2014)

181)Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. Dans *Journal Officiel* n°209 du 8 septembre 1995 page 13305. [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FEABB2B3AA9A145A1FE68BC2247368EF.tpdjo14v_3?cidTexte=JORFTEXT000000555170&categorieLien=id (consulté le 17 août 2014).

182)Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). Dans *Journal Officiel* n°32 du 7 février 2006 page 1973 [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000456203 (consulté le 17 août 2014).

183)Décret n° 2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). Dans *Journal Officiel* n°32 du 7 février 2006 page 1974. [en ligne] disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000264708 (consulté le 17 août 2014).

184)Décret n° 2006-122 du 6 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs. Dans *Journal Officiel* n°32 du 7 février 2006 page 1977. [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/2/6/SANA0620163D/jo/texte (consulté le 17 août 2014).

185)Décret n° 2007-573 du 18 avril 2007 relatif au congé de soutien familial et modifiant le code du travail (troisième partie : Décrets) et le code de la sécurité sociale (troisième partie : Décrets). Dans *Journal Officiel* n°93 du 20 avril 2007 page 7052 [en ligne] disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000246623&categorieLien=id (consulté le 17 août 2014).

186)Décret n° 2007-1348 du 12 septembre 2007 relatif aux heures de sorties autorisées en cas d'arrêt de travail et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). Dans *Journal Officiel* n°213 du 14 septembre 2007 page 15304 [en ligne] disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2007/9/12/SJSS0762156D/jo/texte (consulté le 17 août 2014).

187)Décret n° 2010-158 du 19 février 2010 portant création de l'Observatoire national de la fin de vie. Dans *Journal Officiel* n°0044 du 21 février 2010 page 3242 [en ligne] disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021852122 (consulté le 17 août 2014).

188)Delbecque, H. (1993). *Les soins palliatifs et l'accompagnement des malades en fin de vie : rapport et propositions pour la généralisation des soins et le soutien des personnes en fin de vie.* Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville.

189) Hennezel, M. De, (2003). *Mission "Fin de vie et accompagnement".* [en ligne]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000617.pdf (consulté le 17 août 2014).

190) Inspection Générale des Affaires Sociales. (2009). *La mort à l'hôpital.* [en ligne]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_Mort_à_l'hôpital_-_Igas_-_Tome_1_-_janvier_2010.pdf

191) Leonetti, J. (2004). Rapport n°1708. Respecter la vie. Accepter le mort. *Assemblée Nationale*, 2 tomes. Paris.

192) Leonetti, J. (2008). Rapport d'information n° 1287. Solidaires devant la fin de vie. *Assemblée Nationale,* 2 tomes. Paris.

193) Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière [en ligne]. Dans *Journal Officiel* n°179 du 2 août 1991 page 10255 Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668&categorieLien=id (consulté le 17 août 2014).

194) Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000212121 (consulté le 17 août 2014).

195) Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Dans *Journal Officiel* n° 54 du 5 mars 2002 – p. 4118. [en ligne].

Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JOR (consulté le 17 août 2014).

196) Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Dans *Journal Officiel* n°95 du 23 avril 2005 – p. 7089. [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id (consulté le 17 août 2014).

197) Loi n° 2010-209 du 2 mars 2010 visant à créer une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie. Dans *Journal Officiel* n°0052 du 3 mars 2010 – page 4310 [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021897739&categorieLien=id (consulté le 17 août 2014).

198) Ministère de l'emploi et de la solidarité. (2002). Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005. Paris.

199) Ministère de l'emploi et de la solidarité. (2008). Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012. [en ligne]. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_de_developpement_des_soins_palliatifs_2008_2012.pdf (consulté le 17 août 2014).

200) Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Conférence de consensus : l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. Mercredi 14 et jeudi 15 janvier 2004. Faculté Xavier-Bichat – PARIS [en ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Accompagnement_long.pdf (consulté le 17 août 2014).

201) Ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Circulaire n°DHOS/o2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. [en ligne]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-04/ste_20080004_0100_0113.pdf (consulté le 17 août 2014).

202) Ministère de la santé et de la protection sociale. (2004). Guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissement. Paris.

203) Ministère de la santé et des solidarités. (2006). Circulaire N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée. [en ligne]. Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_10571.pdf (consulté le 17 août 2014).

204) Neuwirth, L. (1998, 1999). Rapport d'information sur les soins palliatifs et l'accompagnement n°207 - Commission des Affaires sociales - [en ligne]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/r98-207/r98-207_mono.html (consulté le 17 août 2014)

Table des matières

RE*MERCIE*MENTS 5

SOMMAIRE 7

CITATION 9

PROLOGUE 10

QUELQUES PRÉCISIONS SUR LES CAS CLINIQUES QUI ÉGRAINENT CE TRAVAIL 12

PROBLÉMATIQUE 14

PARTIE 1 : ÉTAT DES LIEUX THÉORIQUE 18

CHAPITRE 1 : LA THÉORIE FREUDIENNE 18

1.1 INTRODUCTION 18
1.2. LA PSYCHANALYSE : FONDEMENTS ÉPISTÉMOLOGIQUES 21
1.2.1. La psychanalyse comme science ? *22*
Arguments de Freud 22
1.2.2. Inconscient *24*
1.2.2.1. Inconscient freudien 25
1.2.2.2. Une preuve empirique de l'inconscient freudien 26
1.2.3. Les frontières des instances psychiques *27*
1.2.4. Le point de vue économique *29*
1.2.5. Évolution de l'appareil psychique freudien : seconde topique *29*
1.2.6. Elaboration de la pulsion *30*
1.2.6.1. Théorie des pulsions (libidinale/narcissique - de vie/de mort) 38

CHAPITRE 2 : LE TRAUMATISME PSYCHIQUE 44

CHAPITRE 3 : LA MORT 55

3.1. TENTATIVE DE DÉFINITION 55
3.2. LA MORT À L'HÔPITAL : RAPPORT DE L'IGAS 57
3.3. L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE 58
3.3.1. Avènement des soins palliatifs en France *58*

PARTIE 2 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE 77

CHAPITRE 1 : LE LIEU DE RECHERCHE : L'HOSPITALISATION A DOMICILE 77

1.1. INSTITUTION 77
Quelques chiffres clés : 77
1.2. LE SERVICE D'HOSPITALISATION À DOMICILE (HAD) 77
1.3. LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN EN H.A.D. 78
1.4. LA RENCONTRE EN H.A.D. 81
Monsieur M. 81
Monsieur V. 83
1.5. FIN DE PRISE EN CHARGE 84

CHAPITRE 2 : LA DÉMARCHE CLINIQUE 85

2.1. L'ÉCOUTE 86
2.2. LE TRANSFERT, OUTIL PRIMORDIAL 86
2.2.1. Travers d'un transfert qui peut ne plus en être… *90*

CHAPITRE 3 : LES RENCONTRES CLINIQUES DE NOTRE TRAVAIL DE RECHERCHE 92

3.1. ÉTENDUE GÉOGRAPHIQUE 92
3.2. SPÉCIFICITÉ DU DOMICILE 93
3.3. LA PLACE DU PSYCHOLOGUE 95
3.4. LE TISSAGE D'UN LIEN - UNE RENCONTRE 96
3.5. ÉLÉMENTS DE LA RENCONTRE 98
L'exemple 98
3.6. PROPOSITIONS À LA RENCONTRE 98
3.6.1. La disponibilité 98
3.6.2. Chemin faisant : « l'allusivité » 99
3.7. TRAVAIL DE CONCERT AVEC LES SOIGNANTS 102
Attitudes défensives (situation de Mme V.) 104

4. QUELQUES RÉFLEXIONS SUR NOTRE CLINIQUE 106

4.1. LA NOTION D'AURA 106
4.2. PARADOXE DE LA TEMPORALITÉ 107
4.3. ÉCLAIRAGE DE NOTRE SOUS-TITRE 108

5. DIGRESSION : DE L'OBSERVATION À LA LOGIQUE D'UNE SCIENCE 109

5.1. PENSER LA CLINIQUE 109
5.2. DIALOGUE ENTRE LE PHYSICIEN ET LE PSYCHANALYSTE 110

6. RETOUR À LA PSYCHANALYSE 112

6.1. QUELLE LOGIQUE ? 112
postulat 112
6.2. DE LA PREUVE À LA VÉRITÉ 115
6.2.1. Question du "désir" sous un éclairage phénoménologique 117
6.2.2. Ce désir qui nous échappe 119
6.2.3. Concept pour notre clinique 120

PARTIE 3 : ARTICULATION THÉORICO-CLINIQUE 122

CHAPITRE 1 : LA RENCONTRE DU TRAUMATISME PSYCHIQUE EN H.A.D. 122

1.1. CRISTALLISATION EXCESSIVE 125
1.2. L'ÉVÉNEMENT STRESSANT N'EST PAS TOUJOURS CELUI QUE L'ON SOUPÇONNE 128
1.3. TRAUMA/POSITIF 129

CHAPITRE 2 : LE DEUIL : PROCESSUS À VIVRE PAR ÉTAPE ? 132

2.1. DEUIL BLOQUÉ PAR UN SAVOIR OPÉRANT 132
2.2. LORSQUE L'ARRÊT DES TRAITEMENTS GÉNÈRE COLÈRE ET AGRESSIVITÉ CONTRE L'AUTRE MÉDICAL. 134
Madame R. 134
2.3. DEUIL ET PHASES 137
Élisabeth Kübler-Ross 137
Notre critique 140
2.4. DEUIL EN PHASES 142
John Bowlby 142
2.5. INFLATION DES ÉTAPES 144
Jean Monbourquette 144
La vision du deuil chez Michel Hanus 147
Critique : 149
2.6. UNE COLÈRE PERPÉTUELLE ? 150
Madame A. 150

CHAPITRE 3 : DEUIL ET TRAUMATISME 151

Madame F. 151
Madame G. 153

CHAPITRE 4 : LA PULSION DE MORT 158

Madame I. 159

CHAPITRE 5 : PENSER LA MORT, PENSER SA MORT 161

Madame E. 161

CHAPITRE 6 : LA MORT ET LA MÉDECINE 164

Madame O. 164
6.1. LA MORT EN INSTITUTION 165
6.2. LA MORT ET LÉVINAS 170

CHAPITRE 7 : LA PLACE DU LANGAGE 173

Monsieur R. 173

CHAPITRE 8 : LE DEUIL, UNE DÉCHIRURE, UN ARRACHEMENT… ? 180

8.1. LE DEUIL COMME SYMPTÔME DU DYSFONCTIONNEMENT PULSION DE VIE/MORT ? 181
Apparté ou une tentative de guérison comme l'ombre d'une conclusion ? 184

ÉLÉMENTS DE CONCLUSION 186

BIBLIOGRAPHIE 199

Textes législatifs et rapports parlementaires de référence. 208

TABLE DES MATIÈRES 214

Deuil, Mort et Trauma – cheminements cliniques

Résumé : Notre question de départ émerge du discours des patients de leur famille et des soignants auxquels nous sommes confrontés dans notre clinique quotidienne, celle de la médecine palliative.

Les mots "deuil", "mort" et "traumatisme" se dévoilent sans que pour autant les sujets confrontés à un ou des drames de la fin de vie ne les articulent ; se contentant la plupart du temps de les déposer tel quel dans l'intensité de la situation vécue.

Notre ambition a été de tenter de trouver une articulation, de venir interroger cet état de fait.

Pour avancer, nous avons dans un premier temps voulu assumer l'héritage freudien et parcourir ce dernier avec cette question.

Dans un second temps, nous avons posé le cadre de notre activité, le contexte de notre clinique qui se déroule principalement au domicile des patients entourés ou non de leurs proches, communément appelés "aidant" avec les soignants impliqués dans le soin et les traitements. Ce contexte posé, nous sommes venus interroger conceptuellement le sens de notre clinique inscrite dans l'héritage freudien.

Dans la dernière partie de notre travail, nous nous sommes employés — après être revenus sur le paradigme psychanalytique et tenté de le penser dans la spécificité de notre activité professionnelle — à revenir sur ces discours qui nous étaient adressés par des sujets en souffrance. Revenir à ce discours, non pour l'opposer a des concepts, mais pour apporter un éclairage qui nous permis de remettre sur le métier l'ouvrage de la pensée freudienne mêlé au vécu dans l'actuel de la rencontre — chose impossible dans l'instant de la rencontre — la théorie nous est apparue comme un outil précieux qu'il nous a fallu ajuster, remanier à la lumière de l'enseignement des sujets qui sont venus nous confier une part intime et singulière de leur histoire.

Nous espérons être parvenus à ne pas trop trahir cet "enseignement" qui est selon nous le plus précieux qui soit pour ne pas s'enfermer dans la commodité confortable de nos certitudes. Le prix à payer est le doute *a posteriori*, que nous avons tenté d'apprivoiser avec notre travail.

Nous avons découvert que notre travail, bien loin de nous apporter des certitudes potentiellement espérées, s'est ouvert sur de nouvelles questions dont il nous faut aujourd'hui travailler et que nous travaillons dans notre clinique actuelle.

Mots clefs : rencontre clinique, deuil, mort, traumatisme psychique, pulsion de mort.

Mourning, Death and Trauma – clinical paths

Summary: Our initial question comes from listening to patients, their families and nursing staff with whom we deal with in our daily clinic, the palliative medicine.

Words such as "mourning", "death" and "trauma" are revealed by patients, or those affected by the end of life drama, without actually being acknowledged; most of the time they are verbalised casually, contradicting the intensity of the experienced situation.

Our ambition was to try to locate and articulate the link between these words, and to analyse the reasons behind this situation.

To make progress, first of all we used the Freudian legacy to examine this question. Secondly, we defined the framework of our activity and the environment of our clinic, which mostly takes place at patients' homes – patients who are supported, or not, by family or close relatives commonly called "carers" – with nursing staff involved in care and treatment. Once this context was set, we conceptually questioned the meaning of our clinic within the Freudian legacy.

In the last part of our work – after revisiting the psychoanalytic paradigm and trying to apply it to our specific professional activity – we endeavoured to come back to the suffering patients' conversations. The purpose was not to oppose this conversation to existing concepts, but to bring a new perspective. This, indeed, allowed us to constantly rework and improve the Freudian thinking by combining it with the patient's life experience, from our appointments – this was impossible to do during the encounter itself. The theory turned out to be a valuable tool which we had to review and adjust in light of what we had learnt from these patients who confide in us a very personal and unique part of their story.

We hoped not to distort these "lessons" too much, which are, according to us, the most precious asset that avoids locking us into the comfortable convenience of our certainties.

Upon reflection we discovered that our work, instead of providing us with the anticipated certainties, ended up raising new questions, on which we are now working on in our current clinic.

Keywords: clinical appointment, mourning, death, psychological trauma, death wish