Le Bulletin Freudienne n°41-42
Février 2003

Yo no voy a morirme...

Christine Bonnet

Des passants, ainsi s'appelaient les gens qui avaient marché là et qui avaient à présent disparu après avoir marqué l'endroit par où ils étaient passés. [1]

« Ca ne fait pas partie de nos missions ».

Nous sommes probablement sorties d'une même école, nos préoccupations et le métier ont fait le reste.

Je n'entends pas cette réponse, résolument j'insiste : non, il ne s'agit pas de thérapie, ni de guidance... il s'agit d'être là. Je ne trouve pas d'autres arguments pour ébranler ce refus, je n'ai pas encore lu cet article de P. Bessolès qui introduit son propos en évoquant « la simple qualité présentielle »[2]. Je ne trouve pas d'autres arguments, peut-être trop occupée à contenir une colère qui monte : est-ce que ça fait partie des missions d'un père de mourir ? Et cet appel que j'adresse, par lequel je relaie la demande de ce père, d'enseignants, d'enfants : passage à l'acte qui guette tout intervenant du monde hospitalier – faire quelque chose, agir ? Mission en faillite ?

---

1. Cees Nooteboom, *Le Jour des Morts*, Arles, Actes Sud, 2001, p.129.

2. « Entre transfert et contre-transfert, solitude et travail d'équipe, le clinicien œuvre dans un espace, aussi ténu soit-il, où du lien s'éprouve fut-ce dans la simple qualité présentielle de l'un et de l'autre, dans leur dissymétrie nécessaire. » In Ph. Bessolès, « La mort et le mourir Double figure de la temporalité », *Cahiers de psychologie clinique*, pp. 283-293.

Je ne trouve pas d'autres arguments et pour le coup, j'entends : « Nous n'avons pas de réponse alors nous n'intervenons pas ».

Il n'y a plus rien à défendre. Sans doute un de ces moments où les enfants éprouvent le plus vivement la dérobade des adultes quand leur savoir se troue.

A., le père, sait : « Mon cancer a l'âge de mon fils », dit-il lors de notre première rencontre, en traçant sur son corps le parcours de la maladie. Les cicatrices facilitent le cheminement, elles sont belles dans la bouche des soignants. Il sait qu'il n'y en aura plus d'autres et que malgré elles, sous cette peau, la chair est meurtrie de façon sournoise et continue. Il dit aussi ne pas avoir peur de la mort mais de la douleur : elle a déjà commencé son œuvre.

Ce savoir de A. est l'objet de tous les soins. Les « stades psychologiques du mourir » d'Elisabeth Kübler-Ross sont largement diffusés par la culture palliative : déni, révolte, marchandage, dépression, acceptation ; quelle que soit sa formation, un « tablier blanc » est initié à repérer au travers de ces stades où se situe un patient par rapport à sa mort prochaine.

« Ca pue dans cette maison ! »

« Ce sont les égouts qui refluent »

Déni, dit-on, ignorant dès lors ce qui se dit ainsi.

Je ne savais pas que l'odeur d'un sein qui suinte était si tenace. Déni ? Impossible de m'en tenir à ce « stade », l'odeur ne s'efface pas d'un mot.

Mais les soignants ne comprennent pas toujours ma réticence à utiliser une terminologie... œuvre de collègues pourtant.

Les formations en soins palliatifs abondent et répandent une théorisation où notamment la psychanalyse semble être requise comme garante d'un savoir sur la mort, le mourant, ce que vivent les proches. Banalisée, une vie psychique est plane, observable, objectivable et aussi descriptible que l'état d'une plaie. Ces *formations* s'actualisent dans le quotidien d'une manière parfois caricaturale...

« Ne sommes-nous pas tous tentés de croire :

– que la mort peut et doit être bonne ;
– que l'accompagnement peut et doit être « total », à chaque instant, avec chaque personne ;
– que les soins palliatifs ont, ou auront les moyens d'effacer toute douleur, physique ou psychique, par la magie de la morphine et de la présence ;
– que les stades d'Elisabeth Kübler-Ross sont les marches ascendantes d'une échelle à gravir, dont le stade ultime est l'acceptation, dans cet Himalaya de sérénité ;
– que les sentiments "négatifs", dépression ou colère sont des passages obligés mais momentanés, et doivent être dépassés ;
– que l'angoisse est mortifère et doit être dissoute par la parole, les groupes de parole, l'écoute des malades... et que la parole est un outil thérapeutique tout-puissant... qui efface toute peine.

Si je souligne ces présupposés "mythiques", c'est qu'ils s'insinuent à notre insu dans nos esprits tant l'idée, le spectacle de la souffrance et de la mort nous est "naturellement" insupportable. » [3]

Les maîtres-mots « qualité de vie » et « confort » sont portés par une bonne volonté de tout et bien faire. « Faire » les soins palliatifs revêt pour certains une dimension héroïque, comme ce soignant qui s'exclame lors d'un exposé : « Comme c'est beau, ce qu'ils font ! » [4]

« Inspiré des meilleures intentions, animé de respect et d'amour, porté par des valeurs humanistes, ce projet d'une mort sous contrôle pharmaceutique et relationnel appartient encore à l'idéologie d'une société sans la mort, c'est-à-dire *sans limite*. » [5]

Le courant des soins palliatifs, avec sa volonté de « réintroduire la mort dans la société » et de lire la société d'hier comme marquée par un tabou, serait la version moderne d'une tentative longue comme l'histoire humaine de « gérer » la mort, la peur et l'art de bien mourir, de s'en (r)assurer [6].

Dès lors le psychanalyste est peut-être là requis pour entendre la répétition de l'échec de cette *nécessaire* entreprise.

En 1982, Ginette Raimbault donnait le ton et à la lecture de ces lignes, bien des tabliers blancs ont dû ou doivent aujourd'hui avoir des yeux ronds et incrédules :

« Nous terminerons ces réflexions par ce qui nous semble caractériser à ras de terre – mais de façon massive – les conditions de travail à l'hôpital. Elles consistent à vivre quotidiennement au sein d'une énorme agressivité, sans rapport mathématique avec la somme des agressivités individuelles. Dans de telles conditions on abandonne la tranquillité du fantasme d'un patient dont le corps est supposé sain – pour être affronté au poids des règles du fonctionnement du corps biologique. Enfin, l'extrême proximité de la mort supprime à la durée son inconnue et ce qu'elle garde de possible, dont tient compte habituellement le projet analytique. » [7]

Affrontement structural ?

Passage obligé du devenir malade : récemment, lors d'une discussion à propos

---

3. D. Deschamps, « Mourir, ou la métamorphose du lien », in *Cahier de Psychologie clinique*, n° 3, 1994, pp. 139-154.

4. Une patiente a ainsi refusé d'entrer dans un centre de soins palliatifs qu'elle visitait : « C'est beau, trop beau. Et puis les plantes... Elles poussent. »

5. P. Baudry, « Violence, soins et tiers social », JALMALV, n° 46, 1996, pp. 8-13.

6. M. Vovelle, « La peur de la mort a-t-elle une histoire ? », *Autrement*, La mort à vivre, série Mutations, n° 87, 1987.

7. G. Raimbault, *Clinique du réel*, Paris, éd. du Seuil, 1982, p. 41.

de « la compliance » un soignant (dont l'avis n'était pas unanimement partagé !) déclarait sans hésitation qu'un patient qui est hospitalisé doit forcément se soumettre aux règles en vigueur à l'hôpital. Il incluait parmi ces règles l'acceptation inconditionnelle au traitement, y compris dès lors le traitement qui consiste, en un moment où la vie bascule, à devenir « objet de soins », de bons soins, certes, savamment dosés et programmés : à six heures, la température, à sept heures, la médication puis le petit déjeuner, huit heures, neuf ou dix parfois, le lange, enfin... Cette « objectalisation » passe inaperçue pour la plupart des tabliers blancs : elle fait partie intégrante de leur univers professionnel. C'est par contre son refus qui paraît étrange voire violent : les tabliers blancs ne veulent que le bien.

A quel prix la vie psychique continue-t-elle quand « l'épée de Damoclès » n'est plus une image ?

L'effraction psychique que représente la maladie grave, mortelle, pétrifie, sidère, bouleverse l'économie psychique. Le corps, habituellement silencieux dans sa fonctionnalité tranquille, exige une recentration des énergies... « au trou étroit de la molaire » (1914). De même, l'appareil psychique dont le pare-excitations est mis en déroute de toutes parts se met-il à hurler. Monsieur R. disait qu'il lui était si pénible de rêver et en même temps d'observer ce rêve, « c'est comme une surexcitation de mes pensées ». Celle-ci tranche avec l'épuisement du corps. Désormais, et parfois avant même l'annonce du diagnostic (« les égouts qui refluent »...), l'appareil psychique est sous le coup d'une menace d'effondrement [8]. Les « stades du mourir » paraissent quelque peu dérisoires pour parler de cet effort pour ne pas devenir fou – quand « savoir médical » et vérité intime font collusion en une certitude qui ne laisse plus aucun espace à la vie : monsieur E. avait ainsi très bien organisé son retour à domicile. Le soir même, il s'est allongé, la tête dans le four, gaz ouvert, après avoir pris la peine de couper le courant afin que l'infirmière ou sa compagne ne fasse pas exploser la maison en sonnant le lendemain. Encore en vie, ré-hospitalisé, il n'a cependant plus jamais tenu de propos cohérents : une confusion fréquente en fin de vie.

Souvent l'angoisse peut devenir étrangement intime : « Je me lève le matin, je pense que ça va aller. Je vis ! Puis je bouge et je sens l'odeur. C'est moi qui sens comme ça ? Je me regarde dans la glace : mes cheveux sont déjà morts sur ma tête. Là, il y a un trou, si j'y mets mon doigt il ira jusqu'au poumon. Et on voudrait que j'accepte ça ? »

Vivre ça : un corps, pas son image, troué, amputé, rongé, pourri.

Même quand « la compliance » est acquise, conquise, aucun médecin, aucun soignant n'échappe à cette confrontation difficile avec les patients. La maîtrise a changé de camp pour tous. « C'est le corps qui est maître », disait cette patiente : « Chaque fois que quelqu'un part, je suis prise d'angoisse, mon corps se met à trembler, d'abord ce bras qui pend puis le reste, je tombe les genoux par terre et je pleure à ne plus savoir respirer, je vais mourir étouf-

---

8. D.W. Winnicott, *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, NRF Gallimard 2000, pp. 205-216.

fée... »

Le corps (seul ?) force l'avancée vers cette collusion mais là où les soignants souhaiteraient une « acceptation » pleine, sereine, les tentatives d'endiguer le cataclysme psychique font désordre, c'est plus souvent le clivage qui permet de continuer à vivre. Mais ces équipes-là n'ont jamais entendu parler de psychothérapie institutionnelle, encore moins de transfert. Des énoncés sont dits contradictoires, (« l'année prochaine les traitements seront terminés, je travaillerai... », « si je pouvais au moins encore fêter Noël... ») et dans la rivalité groupale, celui qui entend parler de la mort remporte la palme de l'écoute.

Tels qu'ils sont véhiculés sur le terrain, les « stades psychologiques du mourir » ravalent la vie psychique à ce savoir qui intéresse les tabliers blancs. Part laissée à l'autre parfois (« c'est lui le médecin, c'est lui qui sait »...), le « déni » de ces stades ne dit rien ni de la vérité ni de la complexité en jeu quand les mécanismes de défense sont invalidés [9]. La communication fait l'objet d'études diverses et approfondies, notamment en cancérologie, avec l'espoir d'une communication un jour *sans failles*. Avec des résultats, si l'on peut dire, sidérants : 70% des informations passent à la trappe lors de l'annonce de mauvaises nouvelles [10]. Le lit de quelques conflits entre médecins et soignants est ici préparé : « Il ne sait rien, il ne lui a rien dit », « il est bien au courant »...

La relation médecin-soignant est connue sous le mode d'une conjugalité laborieuse ou d'une menace de divorce imminente [11]. Dans leur relation spécifique au patient, l'agressivité est elle aussi inéluctable : celle-ci à bas bruit le plus souvent mais pas pour autant sans dommages... et intérêts.

G. Raimbault rapportait des extraits d'entretiens entre médecin, parents et patiente atteinte d'un syndrome de Turner. Elle soulignait ainsi la double méconnaissance de la réalité psychique en jeu :

> « La réalité anatomique et physiologique fait obstacle et barrage à la connaissance que le médecin peut avoir de la réalité psychique de sa patiente dont, après tout, rien n'interdit de penser qu'elle soit aussi vivante, difficile et pénible qu'une autre. De plus, il semble qu'il soit nécessaire au médecin de maintenir la méconnaissance où il est de ses propres positions fantasmatiques devant cette patiente : le maintien de cette méconnaissance vis-à-vis de sa propre réalité psychique surdétermine l'impossibilité à écouter l'autre. » [12]

---

9. Bessolès, op. cit, p. 284. « Le déni court dans ses conjugaisons de clivage et de dénégation, d'annulation et de projection, de pensée opératoire et de "délire intellectualisé" », p. 289.

10. L. Copel, « La communication médecin-patient en cancérologie », symposium de psycho-oncologie, Bruxelles, 10 mars 2001.

11. J-P. Lebrun, « Monde médical et monde infirmier, une conjugalité obligée », *Cahiers de Psychologie clinique*, n° 2, 1994, pp. 181-196. Au-delà de la réalité de terrain particulièrement bien « saisie » dans ce titre, c'est de positions dans le discours dont il s'agit.

Entre autres, des chirurgiens font ce choix et le soutiennent parfois violemment. Mais souvent aussi, des spécialistes tentent d'aborder, d'approcher, de laisser un espace au « vécu »... *du patient* et d'en tenir compte dans le traitement. Ils se rapprochent ainsi des médecins traitants et des soignants.

L'accueil de l'hypothèse fantasmatique du patient sur la maladie par exemple témoigne le plus souvent de cette réception psychique clivée et sans élaboration possible : en quête de sens dans un chaos absurde, le déclenchement de la maladie est attribué à un événement, *une construction* qui semble rocambolesque *s'esquisse* : le savoir médical porté par un tablier blanc empathique ou non laisse (un peu) dire (ou non) mais ne cède pas. La méconnaissance est préservée.

A bon escient ? Résistance bien placée ?

Parmi d'autres, les formations et le discours propres aux soins palliatifs sont écartés d'un geste éloquent (quand ce n'est pas l'interlocuteur...), par des chirurgiens et autres spécialistes rivés au discours techno-scientifique : ils gardent la main ferme sur un corps sans trop d'histoire.

Sans ces formations en soins palliatifs, ceux qui prennent le risque d'écouter le patient ne sont-ils pas *embarrassés* par une vie fantasmatique qu'ils ne savent comment entendre, embarrassés aussi voire *angoissés* s'ils ne l'entendent : renvoyés à une confrontation actuelle et réelle, les spécialistes se replieront peut-être sur le discours qui leur est propre, et les soignants et quelques autres, qui ne peuvent que se référer à ce discours ? Avec des stades en main, ils s'appuient sur des bribes d'histoire confiées entre deux soins ou en un temps plus long pris sans souci d'un cadre, bribes qui permettent de « comprendre » en ficelant *une construction hâtive*.

Il reste si peu de temps...

Des formations abondent, elles épluchent l'abord pluridisciplinaire, axées sur « la qualité de vie et le confort » ... En fin de vie.

Comme si en d'autres temps... « Dans le temps... » Avant. Cees Nooteboom laisse lire ce temps qui n'est plus le même, fracturé par la mort.

« On ne comptera plus le temps en mois mais en semaines ou même en jours, Monsieur ». En d'autres temps, sous d'autres formes, l'effraction psychique que constitue la maladie est tout aussi bouleversante mais un jour elle devient ou peut devenir un élément du passé qui s'érode. Par contre, le vertige du temps compté jusqu'au tréfonds du corps ne permet plus de supposer le réel comme une parenthèse dans la vie.

A quel prix la vie psychique continue-t-elle... Le patient se défend comme il peut, les tabliers blancs comme ils veulent : l'un et l'autre palliant leur point de vue, pas de représentation inconsciente de la mort. L'attente aussi impossible qu'improbable de part et d'autre se joue différemment selon les positions respectives de ce jeu où le psychanalyste n'est pas sans savoir.

---

12. G. Raimbault, op. cit, p. 59.

Les *formations* soutiennent l'art du tablier blanc, toutes fonctions confondues : l'art de rester dans une chambre, l'art de passer d'une chambre à l'autre, l'art de continuer à vivre, envers et contre tout, envers et contre tous, y compris le psy...

La nécessité de « groupes de parole » pour les tabliers blancs est elle aussi largement soutenue par la culture palliative. Nous serions tentés de les rapprocher du travail en groupe avec certaines victimes d'un traumatisme grave afin de se référer encore - mais autrement après la transgression - à une communauté humaine[13]. Recentration des énergies au trou étroit de la molaire écrivait Freud, tentative de faire bord. « Partage d'un vécu » effectivement souhaité, parfois, par les soignants, par des tabliers blancs, s'y retrouver dans ce tablier et le garder [14], partage qui véhicule l'appartenance à une équipe et ses affres... C'est assez déroutant de travailler avec ces soignants qui « savent », de source sûre, formation oblige, qu'il faut dire... Le glissement subtil à « ce » qu'il faut dire n'est qu'à un pas, beaucoup le franchisse... « Ça a été dit à ma formation ». Ils ne sont *pas seuls* ainsi, dans tous les sens : « Ce n'est pas bien ce que je fais », disait cette patiente lors d'une seconde rencontre. Elle avait dit comment elle vivait ce cancer et les traitements. Comment elle s'était entourée, ne parlant de sa maladie qu'à un cercle restreint d'intimes. « Ce n'est pas bien... » parce qu'elle réservait ce droit de parler avec quelques-uns et non à la cantonade. C'est ainsi qu'elle comprenait le message des professionnels, médiatiquement soutenu : *il faut en parler...* Il paraît que ça fait du bien, de parler...

Il y a d'autres moments, d'autres *lieux de parole* [15] dans un hôpital, *où sans le fard d'un prêt-à-porter se dit un savoir* : des années plus tard un nom évoque pour l'un sa maladie, pour l'autre son odeur, son adresse hospitalière, chambre 140 lit 2, quelques éléments d'une histoire, d'une intimité voire d'une résonance intime. *Une trace étonnamment vive est là*, à entendre entre deux coups de fil ou deux sonnettes, dans la précipitation d'un « staff » ou dans l'échange convivial autour des pralines et du café [16]. Le cadre y est : une trace qui tranche et rompt le style du discours en cours, une trace à entendre là où elle se pointe comme témoignage, en passant, d'une rencontre. Fugaces retrouvailles, peut-être pas vers l'oubli.

En soins palliatifs, la « non compliance » n'est pas censée bousculer ou questionner les tabliers blancs ; elle est elle aussi prévue : « Il est révolté... ».

---

13. A. Bool, J. Roisin, « La clinique psychanalytique du trauma », journée d'étude FBP, Bruxelles, 9 mars 2002.

14. Une étude européenne est en cours afin de déterminer les raisons pour lesquelles les infirmières quittent prématurément leur profession (projet NEXT, Nurses early exit study, UCL).

15. « Les lieux de parole en soins palliatifs : un défi ? », 30 novembre 2000, journée d'étude des psychologues en soins palliatifs organisée par Belgique-Sud.

16. A. Véga, « Pauses et pots à l'hôpital : une nécessité vitale », *Management*, n° 7, septembre 2001, pp. 38-41.

Quoi de plus normal ?

Mais quand elle dénonce le leurre du savoir et pointe l'illusion de la maîtrise, « Il est psy... », abréviation pour indiquer qu'un patient relève de la psychiatrie ! L'audace du patient à vouloir dire ce qu'il sait, le principe de cristal et ses effets sont affaires de psy en effet. « Il dit qu'il sait ! Il sait que je ne vais plus savoir marcher, que je vais étouffer. Mais c'est moi qui vais mourir et ça, c'est terrible »[17]. Elle ne marche plus mais e.a., cette patiente apprend encore à qui veut l'entendre que ce n'est pas un discours, fut-il techno-scientifique pur et dur, qui est ravageant, mais la position tenue pour le soutenir. Qu'à ce titre le discours humaniste des soins palliatifs peut casser, la casse. Lors des formations, il n'est pas prévu que la construction hâtive ne tienne pas la route voire vole en éclat, que la vie, encore, exige un espace sans l'étau de ce « savoir », que la crainte de l'effondrement ne prenne ni les allures de la révolte ni celle de la dépression sur « les marches ascendantes d'une échelle à gravir »[18]. Ou peut-être n'est-il surtout pas prévu que choix opérotropique et position à l'égard du savoir sont conséquents : les tabliers blancs ont pour bon usage de suivre des formations pour se donner les outils d'une bonne maîtrise sur le terrain et c'est bien avec cette compétence (« expertise ») qu'ils sont attendus.

Ma réticence à « ingérer » tout crû de telles formations a probablement son origine dans les raisons qui conduisent à cette formation qui consiste à faire une analyse puis devenir analyste (sans fin, paraît-il, mais...). C'est plus difficile, après, de se barrer (ou plutôt se barder !) devant cette terrible détresse. Les enfants de A. ont été rencontrés bien après la mort de leur père, en un temps et pour des raisons fonctionnairement définis. « Retardée », M., sa fille, n'était pourtant pas sans savoir, elle qui quelques heures avant le décès avait fait le dernier dessin avec pour texte un adieu sans équivoque. Toute la fratrie l'a signé. Avec ses proches A. avait laissé là le savoir si soigné et parlait de la vie, encore. Quelques jours après sa mort, sa garde-malade est venue répéter les paroles qu'il ne cessait de dire avec un regard perdu, des paroles sans adresse connue : « Pas encore... »

Aujourd'hui, d'un lieu à l'autre, il m'arrive de fredonner la première phrase d'une chanson dont j'ai oublié l'histoire : Yo no voy...[19]

Je ne vais pas mourir. Je pars
en ce jour rempli de volcans
vers l'homme en foule, vers la vie.
J'ai tout réglé. Je laisse tout ceci en ordre
Aujourd'hui que les gangsters se promènent
Avec dans les bras la « culture occidentale »,

---

17 Cf. note 4.

18 D. Deschamps, « Mourir, ou la métamorphose du lien », op. cit.

19. P. Neruda, *Chant général*, Paris, NRF Gallimard, 1977, p. 516, Canto general, Mikis Theodorakis : « Je vais vivre » (1949), « Voy a vivir »... « Yo no voy a morirme... », « Je ne vais pas mourir... »

Avec des mains qui assassinent en Espagne
Et des gibets qui se balancent sur Athènes
Et le déshonneur qui gouverne le Chili.
Je cesse de conter.
Me voici
Avec des mots, des peuples, des chemins
Qui à nouveau m'attendent, et dont les mains
Constellées frappent à ma porte.

« Et puis les plantes... Elles poussent. »