



ORDRE HOSPITALIER  
SAINT JEAN DE DIEU

[www.saintjeandedieu.fr](http://www.saintjeandedieu.fr)



SOEURS  
HOSPITALIERES  
du Sacre-Coeur de Jesus

[www.hospitalieres-scj.org](http://www.hospitalieres-scj.org)

# *Accompagner les soignants et les familles en situation de souffrance*



19 et 20 février 2009

Les Journées Hospitalières

*Accompagner  
les soignants et les familles  
en situation de souffrance*

Maison Nicolas Barré  
83, rue de Sèvres 75006 Paris



SOEURS  
HOSPITALIERES  
du Sacre-Coeur de Jesus

<http://www.saintjeandedieu.com>  
<http://www.hospitalieres-scj.org>

## LES ACTES DES JOURNEES HOSPITALIERES

- 19 et 20 février 2009 -

*Un geste pour l'autre. On est riche de ce que l'on donne.  
Aussi convient-il de donner chaque jour ne serait-ce qu'un  
regard à autrui. Mais aussi de l'écoute et du temps...*

*Catherine Rambert*

## CONFERENCE N° 1 : Père Bruno CADORE, op.

*La fatigue du soignant : Est-il possible de supporter pleinement le soignant dans sa posture d'humanité ?*

### **Introduction**

Le fait même de poser la question « *est-il possible ?* » souligne ce qu'il peut y avoir de moments difficiles dans l'expérience d'un soignant. Et il me semble important d'évoquer d'emblée ces « possibles » difficultés :

- moments où l'intolérable de la souffrance, compagne familière et pourtant toujours étrange du soignant, est tel que cela peut « démobiliser » le soin, donner la tentation de désertier le combat du soin ;
- moments où la confrontation au mal et au malheur de la maladie nous contraint à parcourir, à nouveau, notre propre parcours de la souffrance, et peut en venir à déstabiliser notre « assise intérieure » d'humanité ;
- moments où le travail du soin lui-même se manifeste pouvoir exposer le soignant à des attitudes « hors d'humanité », de violence, d'absence de parole, de brusquerie, de jugements, de violence ;
- moments où le petit monde d'une équipe de soins se disloque, ou s'abîme dans le dérisoire des querelles, jalousies, jeux de pouvoir, entraves gratuites au bon déroulement du travail... ;
- moments où les difficultés organisationnelles, jointes ou conséquentes, aux exigences de rationalité, voire de productivité, conduisent à trop d'objectivation (et où on dirait qu'on semble être contraint de travailler comme un « robot »)...

Toutes ces questions mettent en évidence que le travail de soignant est la conjugaison d'une exigence rigoureuse de compétence professionnelle, d'une convocation des ressources personnelles d'humanité, et d'une solidarité dans l'affrontement au mal.

Poser la question « *est-il possible* », signifie qu'on entrevoit comme un « devoir de soutien », ce qui veut dire :

- prendre au sérieux les exigences énumérées plus haut ;
- donner ce soutien aux soignants comme visée du travail d'encadrement et d'institutionnalisation du soin (et il est important de souligner ici cette fonction de l'institution) ;
- désigner aussi, et l'accepter, la « possibilité de l'échec », de l'insuffisance, c'est-à-dire reconnaître qu'il est peut-être impossible de tout tenir, tout colmater, tout mettre en ordre.



Dans ce « *est-il possible* », il ne faut pas oublier les différents niveaux de réponse à envisager

- il s'agit bien sûr de proposer le soutien adéquat pour les personnes ;
- mais il faut aussi penser au contexte collectif, au niveau d'organisation institutionnelle, aux implications sociales et politiques du soutien à apporter ;
- de plus, on ne doit pour autant pas oublier que, pour commencer, il s'agit de s'appuyer sur la propre capacité (et ses limites) des personnes soignantes elles-mêmes. « empowerment », en quelque sorte.

Après ces mots d'introduction, je me propose de traiter la question posée en trois étapes : oui, c'est possible du fait même des traits caractéristiques de la relation de soin ; mais, précisément, cette relation de soin peut être source de souffrance ; alors que peut-on faire ?

### *Oui, c'est possible du fait des caractéristiques de la relation de soin*

La relation de soin est l'exercice d'un savoir, c'est-à-dire le déploiement de la conjonction d'un ensemble de connaissances et de pratiques, exercice d'un savoir pétri tout à la fois d'une forte empreinte technoscientifique, et d'un engagement d'humanité.

La relation de soin est le déploiement d'une capacité de sollicitude pour autrui, c'est-à-dire de la capacité de répondre d'autrui à cause de la capacité de non-indifférence à la souffrance d'autrui à laquelle le sujet est éveillé précisément par la rencontre d'un semblable souffrant. De ce point de vue, la relation de soin tout à la fois révèle dans le soignant une structure fondamentale d'humanité, et met en évidence un trait essentiel de la socialité humaine, à savoir le caractère décisif pour la socialité humaine de la place faite au plus vulnérable de ses semblables.

La relation de soin s'établit dans un contexte de dialogue avec le patient et son entourage, c'est-à-dire d'échange entre des humains. En de tels échanges, les interlocuteurs du dialogue sont conduits les uns par les autres à toucher du doigt ce qui constitue le fondement de l'humain, le fait essentiel d'être introduit dans le dialogue d'humanité par autrui, d'être en quelque sorte donné à soi-même à travers la rencontre avec autrui, et d'être ainsi donné comme semblable. Autrement dit, expérience d'une socialité qui toujours nous précède, et qui, singulièrement, précède notre liberté.

La relation de soin s'inscrit dans une socialité institutionnalisée (une réalité sociale, politique, économique) qui porte ses contraintes, dont les acteurs singuliers ne sont pas maîtres. Mais en même temps, cette réalité « contextuelle » met aussi en évidence que, comme toute institution « instituée », elle en appelle aussi à ses acteurs les plus directs pour s'engager comme « instituant ».

Cet engagement requis de la part des soignants se voit donner comme un horizon prioritaire puisqu'il s'agit d'être « instituant » de l'institution du soin, à travers l'engagement à prendre soin de l'être humain souffrant, respectant sa dignité dans la globalité de ce qui constitue son être, en tant qu'il est un être de générosité et de promesse, de raison et d'affection, de finitude et de mortalité. Un homme considéré en son corps, en son histoire, en son psychisme et son intelligence, en son aspiration spirituelle comme en sa réalité sociale. Or, un tel engagement pour cette dignité d'autrui renvoie inévitablement à la dignité propre de celui qui s'engage. Autrement dit, il y va, dans le soin, non seulement de la dignité du soigné, mais aussi de la dignité du soignant.

### ***Mais la relation de soin peut être source de souffrance***

a) On peut en effet décrire une « souffrance multiforme » du soignant :

- C'est, d'abord, la souffrance devant la souffrance de l'autre. Ici, il ne s'agit pas seulement de décrire la compassion, mais bien du fait de souffrir d'une souffrance qui écrase et qui disloque, qui effondre et qui enferme.

Il peut y avoir plusieurs « motifs » d'une telle souffrance : la peur de la souffrance, l'affrontement à la douleur et à la mort et l'expérience terrible d'être réduit à ne rien pouvoir dire ni faire, sinon assister à ce qui semble être la victoire de la mort, la rage ou l'effondrement de l'impuissance, les processus d'identification à autrui souffrant, la difficulté de trouver la juste distance par rapport à la personne soignée, ou par rapport à l'entourage de cette dernière.

- La souffrance du soignant peut trouver son origine dans le fait d'être comme « dépossédé » par les circonstances de sa capacité de soigner : à cause de l'organisation des soins, de la hiérarchie, voire parfois parce qu'un « désaccord thérapeutique » (qui est souvent « désaccord de conscience ») empêche d'adhérer au plan de soin, d'être pleinement acteur d'une alliance thérapeutique qu'on récuserait.
- Le soignant peut éprouver la souffrance de l'isolement institutionnel, l'institution définissant les objectifs du soin, mais risquant de déconnecter la dimension d'engagement du service des personnes. Par exemple, la rationalisation du temps du soin peut conduire à diminuer le temps disponible pour l'échange avec les patients ou entre les soignants (par exemple le temps de la transmission, de l'évocation des perceptions à propos de tel ou tel soigné). Un tel isolement fait éprouver la disjonction des temporalités : celle de la personne soignée et de son entourage, celle de la personne soignante, celle de la pratique du soin, celle de l'institution du soin (sans oublier celle, toujours mystérieuse, de la maladie elle-même).

b) A l'origine de la souffrance du soignant peuvent se trouver des ***représentations sociales***, et on pourrait ici retenir quelques éléments :

- Nos sociétés ont élaboré une notion de *toute puissance* de la médecine, refusant ou refoulant toute confrontation à la mort qui s'apparenterait à la manifestation de l'échec ou de l'impuissance de la rationalité biomédicale. La biomédecine, de ce point de vue, est investie d'un pouvoir bien plus large que celui du savoir du soin : elle est médiatrice du rapport de nos contemporains aux frontières qui séparent la vie et la mort, le bonheur et le malheur, l'identité et l'altérité. De ce point de vue, le soignant est placé en une posture qui n'est pas simplement celle de sa propre humanité mais qui l'instaure en situation de médiateur d'un pouvoir quasi sacré. La vulnérabilité de cette posture peut provoquer l'effondrement du sujet.
- Paradoxalement, cette posture en quelque sorte un peu « magique » invite l'acteur du soin à se situer par rapport à deux modèles de soin : technoscientifique, ou holiste. Mais il est à remarquer que la posture de médiateur tient sa force d'être parée du « pouvoir supposé omnipuissant de la techno science », alors même que cette posture

est convoquée pour faire fonctionner un modèle tout différent, davantage proche de celui du bien-être global.

- Ceci n'est pas le seul paradoxe affronté par le soignant. En effet, ce dernier éprouvera souvent la tension d'être l'objet d'une sorte d' « *injonction paradoxale* » : être proche de la personne soignée dans l'empathie, et par là même être convoqué au plus essentiel de sa subjectivité ; mais en même temps mettre en œuvre de la manière la plus rigoureuse possible la techno-science objective. Cette tension place le sujet soignant devant la difficulté de trouver la posture la plus juste du point de vue du soin, difficulté renforcée par le fait que la position d'humanité peut se trouver en porte-à-faux face aux exigences de la rationalité technique.

Une autre manière de rendre compte de ces difficultés rencontrées par les soignants serait d'évoquer la relation de soin *sous l'horizon de l'expérience de l'excès*. Il me semble en effet qu'un soignant est très souvent dans cette position d'être « *requis* » en son humanité de manière « excessive », ou plutôt d'éprouver une requête à son endroit qui excède la capacité qu'il aurait de la thématiser, de l'appréhender. Certes, une part de cet « excès » est à mettre en lien avec la requête d'humanité que nous avons déjà évoquée, et qui désigne le lieu en chaque humain où chacun éprouve qu'il est précédé par la responsabilité de la socialité humaine. A ce titre, un humain est toujours dépassé par la découverte que sa propre liberté est comme toujours déjà saisie de la responsabilité pour autrui. Le soignant est face à l'irruption d'un appel toujours en excès par rapport à ce qu'il pense connaître de sa capacité de répondre d'autrui.

Mais, à cet excès fondamental font écho trois autres, qui renforcent encore le premier :

- c'est l'excès de la situation responsoriale, provoqué par une réelle incertitude de la bienfaisance. Si le soin vise à procurer du bien à la personne soignée, le bien qu'il est possible, souhaitable, d'atteindre n'est pas toujours évident. L'appréciation du bien pour autrui n'est pas toujours la même, d'un acteur à un autre. De plus, la promotion du bien pour une personne peut ne pas atteindre l'objectif fixé, voire parfois provoquer des dégâts collatéraux plus graves que le motif du soin, voire contradictoires avec l'objectif visé.
- c'est l'excès de la prise de décision, qui confronte toujours aux incertitudes et perplexités de l'autonomie. Dans bien des situations de soin, après un vrai travail de correction des tendances paternalistes de la médecine, on en appelle à l'autonomie de la personne soignée. Cependant, cet appel n'est pas toujours facile : l'exercice de l'autonomie est souvent thématisé en rapport à une personne en pleine, ou au moins bonne, possession de ses moyens, ce qui n'est pas toujours le cas ; l'autonomie suppose de s'inscrire dans le récit de l'histoire de la personne, et confrontera parfois à des dimensions de l'existence qui rendent plus difficile l'appel à l'autonomie et l'argumentation de la décision, laissant le soignant dans une certaine impuissance ; le rapport d'un patient à sa dimension charnelle peut le conduire à une vision « instrumentale » de son corps, en contradiction avec ce que le soignant aimerait promouvoir en terme de « soin global ».

- c'est *l'excès, encore, du cadre collectif et temporel*, qui oblige à situer toujours un acte particulier de soin dans son contexte, dans son environnement, dans des perspectives plus larges que le seul colloque singulier. Cela implique alors une prise de distance par rapport à la situation prise en charge, afin de pouvoir évaluer les soins dispensés à une personne au regard du souci de la justice pour le maximum possible de personnes. Autrement dit, le soignant est contraint de laisser place, dans son souci du soin, pour le souci de tous.

Au fond, s'interroger sur la souffrance des soignants, c'est poser la question de ce que l'épreuve d'être soignant révèle d'une société et de son souci de la santé de tous, à travers la situation singulière dans laquelle il exerce le plus souvent sa compétence précise.

### ***Comment peut-on faire pour exercer ce soutien de la posture d'humanité ?***

L'hypothèse ici défendue sera qu'il est possible de soutenir le soignant dans sa posture d'humanité, engagée dans le soin, en soutenant l'exercice de sa capacité éthique. Entendons bien qu'il ne s'agit pas ici de répondre à toutes les questions qui peuvent se poser dans l'accompagnement de personnes en souffrance « morale », de fatigue professionnelle, ou de découragement. Nous soutenons donc ici qu'il faut prendre au sérieux la dimension de la personne soignante qui est essentiellement sollicitée par le soin. Pour se faire, il faut s'atteler à soutenir les trois fondamentaux de l'humain :

- Que puis-je connaître ? Il convient ici de souligner que l'acte de connaître n'est pas réductible au seul « contenu de connaissance », mais relève bien de l'ordre du savoir, où les compétences de mise en œuvre du soin se conjuguent avec les connaissances nécessaires pour soigner. Cela veut dire aussi que l'enjeu est celui d'un savoir critique, capacité d'interroger les compétences engagées au regard de la situation qu'il faut affronter. Savoir critique qui ne saurait s'exercer dans l'isolement, mais requiert impérativement la confrontation à d'autres. C'est pour cela qu'il semble indispensable de promouvoir l'existence de groupes de travail, et de réflexion critique, à partir des situations concrètes. A travers de tels groupes d'étude, on expérimente combien l'acquisition du savoir est lieu de devenir humain.
- Que dois-je faire ? C'est probablement la question la plus essentielle – au moins en apparence – dans le soin. L'intérêt des groupes de réflexion d'éthique clinique n'est pas d'abord de déclarer ce qu'il faut faire dans chaque situation précise, mais plutôt d'inscrire la réflexion critique comme base possible pour l'acquisition et le développement d'« habitus » moraux. Il s'agit ici de définir une conception plus complète du savoir. Cela dit, on doit aussi opérer la distinction entre : ce qui est mis en jeu de la compétence, technique et d'humanité, dans la situation concrète ; ce qui est au-delà de la situation mais relève d'un contexte plus large, jusque éventuellement dans la dimension politique ; ce qui peut relever, enfin, de l'engagement personnel des soignants, au-delà de la compétence seule. La tâche d'humanité du soignant est de faire hospitalité à la personne souffrante, à un moment de son existence où la souffrance la conduit comme en « exil » d'elle-même, en un lieu étrange et perçu souvent comme inhospitalier. Trois repères peuvent être donnés comme appui à cette tâche, repères qui manifestent combien si la relation de soin est toujours singulière, sa portée est universelle.

- C'est, d'abord, l'attention à la qualité de la parole adressée au patient, et échangée avec lui : ce qui est en question dans le soin n'est pas seulement le « contenu de vérité » du discours tenu, mais surtout l'authenticité de la parole échangée, la qualité de l'engagement de chacun dans sa propre parole ;
  - C'est, ensuite, le souci de résister à la violence, dans ce contexte d'asymétrie qui caractérise la relation de soin : face à une personne vulnérable, et fragilisée par la souffrance, la tentation peut surgir de lui faire violence, par des paroles, des attitudes, des humiliations... Etre hospitalier, c'est offrir réellement sa pleine place dans l'humanité à celle ou celui que sa fragilité même expose encore davantage à la violence d'autrui.
  - C'est, enfin, prendre tous les moyens possible pour éviter d'instrumentaliser autrui, de réduire autrui à la seule réalité physique accessible à la technique biomédicale, de ne pas le considérer vraiment comme une personne à part entière, être de promesse et d'autonomie, d'initiative et d'histoire.
- La dernière question fondamentale de l'humanité de l'humain est, selon E. Kant, « que m'est-il permis d'espérer ? ». Cela paraîtra peut-être décalé de parler d'espérance dans le soin. Pourtant, cet horizon semble important, y compris parce que la confrontation aux limites de la relation de soin, et aux limites des potentialités du soin, fait naître l'aspiration à dépasser les contraintes, à ne pas se représenter l'humain à travers ces contraintes. Que m'est-il permis d'espérer de l'humain, et de la société ? Mais, au-delà, puis-je m'autoriser à espérer à partir de mes convictions philosophiques ou religieuses ? Puis-je faire entrer en ligne de compte mes convictions propres quant à ce qu'il convient de faire pour devenir l'humain que nous sommes ?

Pour conclure, est-il possible de soutenir pleinement le soignant, au cœur de la fatigue, dans sa posture d'humanité ? Sans doute, puisqu'il s'agit de le soutenir dans ce qui est au cœur même de son engagement dans le soin. Sans doute, en soutenant tout ce qui, dans cette relation de soin singulière, renvoie à des éléments fondamentaux de l'humanité partagée par chacun. De manière décisive à la mesure où l'on soutient, avec le soignant lui-même, l'enjeu universel de l'hospitalité singulière. Humblement, dès lors qu'on accepte de considérer les possibilités d'échec, d'insuffisance, d'inachèvement, de toute relation de soin. Au cœur de la solidarité dans la confrontation à ce qui fait souffrir l'homme, donner les moyens aux soignants de ne pas se dérober à leur tâche d'hospitalité, à travers laquelle ils déploient leur propre humanité en pleine dignité.



## CONFERENCE N° 2 : Anne LECU, op.

### *Les soins et le temps*

#### INTRODUCTION

Le fait d'être soignant en milieu carcéral est source de double questionnement, lié d'une part à la souffrance de la maladie et d'autre part à l'épreuve de l'enfermement. Alors que ces deux réalités sont *a priori* différentes, elles relèvent néanmoins de la même énigme : comment continuer de vivre au cœur de cette épreuve, comment traverser, avec qui et par où ?

En effet, il semble que l'épreuve du passage en prison évoque, comme par analogie, ce que pourrait être l'épreuve que tout homme peut un jour rencontrer, épreuve de la maladie, de la lassitude, de la faute, de la mort. Le point commun de ces épreuves en est la dimension existentielle qui ne recouvre pas forcément la souffrance physique ou psychique. Pourtant, il arrive bien souvent, et en prison peut-être plus qu'ailleurs, que ce soit vers le médecin que l'on se tourne pour soulager la souffrance existentielle. Or, il n'est pas dit qu'il soit mieux armé que d'autres (ni moins bien). Il se pourrait même que, concernant l'épreuve de l'existence, « *seul le profane ait la compétence et le pouvoir nécessaires* » pour comprendre ce qui lui arrive, et agir dans sa propre vie. Nous voudrions ce matin réfléchir à la dimension temporelle de l'épreuve, afin d'éclaircir nos pratiques soignantes.

L'autre raison d'aborder la question du soin par le biais de l'épreuve est une raison chrétienne : l'épreuve fondamentale est celle du Dieu que nous confessons, qui prend sur lui la chair humaine, la vie de l'homme, notre vie, jusqu'à l'abandon, jusqu'à la torture, jusqu'à l'échec, jusqu'à la mort. Vie Dieu éprouvée dans une vie d'homme. Or, le fondement de notre foi, c'est que lui, Dieu, traverse l'épreuve par le dedans de l'épreuve, par « en bas » dirait M. Bellet, et cela est à méditer.

---

1 Ivan Illich, *Némésis médicale*, Seuil, Points, Paris, 1975, p. 17.

## Chapitre premier - L'ÉPREUVE CARCÉRALE

L'épreuve carcérale se caractérise par un **arrêt**, lequel est figuré par la **cellule** et par une **durée**, le temps de la peine. Le premier moment de l'incarcération est celui de l'arrestation, et l'on pourrait presque décrire le séjour en prison comme une arrestation qui dure. Cette arrestation provoque un changement brutal dans le cours ordinaire des jours, et cette rupture a deux conséquences : la limitation des mouvements et la durée de cette limitation.

### 1. *L'arrêt* (rupture de *chronos* et occasion, *kirs*)

L'arrestation, dans le langage des personnes incarcérées, est une **chute** : de même que l'on « tombe » malade, l'on « tombe » en prison. Ce vocabulaire marque la rupture. Les bâtiments où l'on emmène les personnes que l'on vient d'arrêter sont donc des « maisons d'arrêt ». Mais plus encore, ces mots montrent combien le temps de l'enfermement est un temps « arrêté », qui ne passe pas, dans un lieu clos qui oblige à l'immobilité.

Comme rupture imprévue, l'**arrêt** est le plus souvent une catastrophe, dans les liens familiaux, dans le travail, dans toutes les dimensions de la vie sociale d'une personne. Pour autant, l'on pressent que le temps de l'arrêt peut aussi être une **occasion** (*kairos*) de s'arrêter. L'arrêt peut être assimilé à une **crise**, et en ce sens, avoir une fonction critique au double sens du mot crise : fonction de jugement<sup>2</sup> sur les événements qui ont décidé de l'arrêt, et incertitude quant à l'issue. C'est ce que l'on appelle « le choc de l'incarcération ». Kierkegaard, déjà, faisait ce constat : « *La plupart des hommes vivent du berceau jusqu'à la tombe, sans discontinuer ni être arrêtés, dans le medium de ce qui ne peut s'arrêter...* »<sup>3</sup>. Il poursuivait : « *Certes, la mort et l'arrêt ont beaucoup de points communs [...]* », suggérant que l'arrêt comme la mort permettaient devant l'inconnu de faire le tri entre ce qui compte et ce qui ne compte pas. De même que lorsqu'on tombe malade, l'indispensable peut se révéler relatif et l'urgent doit attendre. C'est là sa fonction critique, à l'image de la mort devant laquelle se fait ce même tri.

---

<sup>2</sup> Article « Crible », *Dictionnaire étymologique du français*, Jacqueline Picoche, éditions Les usuels du Robert poche, Paris, 2002, p. 143. Le verbe *krinô* en grec a le sens de séparer, trier, juger, décider.

<sup>3</sup> Sören Kierkegaard, *L'école du Christianisme*, Œuvres Complètes XVII, traduction Paul -Henri Tisseau, éditions de l'Orante, Paris, 1978, note p. 281, sur "l'arrêt nécessaire pour devenir attentif au christianisme et pour devenir chrétien".

## 2. La peine (*chronos* et durée)

L'arrêt et l'immobilité qu'il engendre sont matérialisés par un espace clos, la **cellule**, dans laquelle la personne est contrainte de rester pendant un certain temps, le temps de la peine. Il est remarquable que la sanction ait précisément pour principale mesure le temps. Le prononcé de la sanction, la peine, est un *quantum* de jours, un espace de temps (*chronos*). Le mot peine est ici pris dans son sens primitif de rançon<sup>4</sup>. Ainsi, la peine, en son sens archaïque, est ce qui est rendu à la société en échange d'un mal commis. C'est du temps vécu par quelqu'un que l'on compte comme peine, ce sont donc des jours de vie qui sont demandés comme prix, même si la vie n'est pas amputée comme dans la peine de mort.

En effet, l'arrestation engendre un rapport paradoxal au temps : d'une part, il continue de s'écouler, et pourtant il ne passe plus, ou plus comme avant, ou plus comme pour « les autres ». Si le temps chrono logique est **mesurable**, il n'en est pas de même de la **durée** ressentie. Comme si le décompte horaire et calendaire était insuffisant pour rendre compte de ce qu'est le temps. On connaît ces films où les détenus dessinent des petits bâtons sur le mur pour compter le temps, puisqu'il a cessé de passer. Bergson avait raison lorsqu'il montrait que le temps calendaire était un espace, à la différence de la durée ressentie<sup>5</sup>. L'arrestation maintient la personne incarcérée dans une sorte de présent duquel elle ne peut s'échapper. Le confinement produit la même chose que la douleur : de même qu'on ne peut se détacher de la douleur, la vie d'un détenu en vient à se résumer à l'acte qui l'a conduit en prison, et il est difficile de s'en détacher. Voilà que l'on est comme arraisonné à soi-même, d'autant plus que les autres renvoient quelque chose comme « Tu es ta faute ». L'arrêt et l'immobilité dans le présent produisent ce retour à soi. L'identification réduite au geste commis enchaîne, comme dirait Nietzsche, « *au piquet de l'instant* »<sup>6</sup> de ce même geste dont il n'est plus possible de se détacher. Or, Levinas l'a bien vu, « *l'identité n'est pas une inoffensive relation avec soi, mais un enchaînement à soi...* »<sup>7</sup>.

Cet arraisonnement à soi-même peut-être une manifestation du remords, qui comme l'a si bien décrit Vladimir Jankélévitch, dans *La mauvaise conscience*, est « *une présence obsédante..., une sorte de souvenir cancéreux, un souvenir qui accapare toute la*

---

4 Article « Peine », *idem*, p. 420 : « Mot de la famille du latin *poena* « rançon d'un meurtre », « réparation, punition » : emprunté au grec *poinë* « prix du sang », « argent qu'on paie aux parents de la victime d'un meurtre », d'une racine \**kwei* - « payer ». Cf. également l'article « Peine » dans le *Dictionnaire historique de la langue française*, *op. cit.*, vol. 3, p. 2634. Ce n'est que plus tard, au XI<sup>e</sup> siècle qu'il prendra le sens de « fatigue » (pénible), puis au XII<sup>e</sup> siècle de « chagrin », et enfin, au XIV<sup>e</sup> siècle, celui de « souffrance ».

5 Henri Bergson, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, PUF, Quadrige, Paris, 1927, (8<sup>e</sup> édition 2003).

6 « Observe le troupeau qui pâit sous tes yeux : il ne sait ce qu'est hier ni aujourd'hui, il gambade, broute, se repose, digère, gambade à nouveau, et ainsi du matin au soir et jour après jour, étroitement attaché par son plaisir et son déplaisir au piquet de l'instant, et ne connaissant pour cette raison ni mélancolie ni dégoût. » Friedrich Nietzsche, *Considération inactuelle II*, trad. P. Rusch, Gallimard Folio Essais n°191, 1990, p. 95.

7 Emmanuel Levinas, *Le temps et l'autre*, PUF, Quadrige, Paris, 1983, p. 37.

*place, qui veut être seul et qui intéresse la totalité de la personne et son ipséité intime... »*<sup>8</sup> Cette pensée de l'acte passé qui le rend continuellement présent est un des éléments qui font que le temps ne passe pas puisqu'il reste comme bloqué sur cet instant. Jankélévitch poursuit : « *De là vient ce qu'on peut appeler le parasitisme du remords ; le remords [...] habite notre présent comme un intrus.* »<sup>9</sup>. Ce remords isole, à tel point qu'on pourrait se demander si la cellule carcérale n'en est pas au fond une métaphore.

### 3. *La cellule.* (L'instant)

Ce « piquet de l'instant » peut être figuré par la **cellule**, dont le seuil ne peut être passé quand on le souhaite. Mais, hors de la cellule, la contrainte se manifeste par d'autres mécanismes comme les différentes grilles à franchir pour aller d'un endroit à un autre, et les contentions lorsqu'il faut sortir de l'établissement pénitentiaire (fourgon pénitentiaire, menottes, entraves). La cellule pourrait donc bien être la figure type de l'enfermement. Le mot « cellule » provient de la famille de *celere*<sup>10</sup>. Michel Foucault a montré comment l'invention d'un système d'encellulement individuel dans le monde carcéral correspond d'abord à une logique de quadrillage, de discipline et de surveillance<sup>11</sup>. En reprenant le *Panopticon* de Bentham<sup>12</sup>, il en fait la figure de la visibilité nécessaire au pouvoir, une « *visibilité isolante* »<sup>13</sup>. Il y aurait donc deux façons de comprendre la cellule, d'une part dans sa parenté avec le cachot (le côté « isolant »), et d'autre part comme moyen de contrôle des individus (le côté « visibilité »). C'est là un paradoxe : le détenu dans sa cellule est caché de la société par les murs de la prison, et isolé des autres détenus par l'architecture carcérale conçue afin qu'il y ait le moins de lieux de rencontre possible. En même temps, tout de sa vie doit être contrôlable et visible, depuis les vêtements qu'il reçoit au parloir, jusqu'aux courriers ouverts, en passant par son propre corps lors des « fouilles intégrales » qui obligent les personnes incarcérées à se dévêtir devant un surveillant après chaque parloir et chaque extraction. Cette surveillance est une **intrusion** par

---

<sup>8</sup> Vladimir Jankélévitch, « La mauvaise conscience », in *Philosophie morale*, Flammarion, mille et une pages, Paris, (Texte de 1966, édition de 1998), pp. 80-81.

<sup>9</sup> *Idem*, p. 82. Et plus loin : « L'homme de la mauvaise conscience est rongé par ce que Balzac (dans le *Père Goriot*) appelle les « ténias du remords ». » p. 122.

<sup>10</sup> La racine indo-européenne *\*kel \*kol \*kl* signifiant « cacher », apparaît dans *celare* « cacher » ou *cela*, petite chambre, cachette, cf. *Dictionnaire étymologique du français*, article « Celer », *opus cité*, p. 80.

<sup>11</sup> « La discipline est avant tout une analyse par l'espace, le placement des corps dans un espace individualisé qui permet la classification et les combinaisons. » Michel Foucault, *Dits et Ecrits*, Tome III, n°229, éd. Gallimard, Paris, 1994, p. 516.

<sup>12</sup> Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Gallimard, Tel, n°225, Paris, 1975, p. 233 et suivantes.

<sup>13</sup> François Boullant, *Michel Foucault et les prisons*, PUF, Philosophies, n°156, Paris, 2003, p. 69.

l'extérieur 14, une « extrusion » en somme, qui s'ajoute à l'intrusion interne du remords. Ainsi, de cette « visibilité isolante », l'on peut dire qu'elle est paradoxale : tout est caché, rien n'est caché.

Au terme de cette description, il est possible de retenir quelques traits marquants de l'incarcération. L'arrêt est une **rupture** dans le cours du temps, c'est une **crise** sans certitude quant à l'issue. Il est matérialisé par la cellule, idéalement pensée comme moyen de ne pas se fuir soi-même. Pourtant, la monotonie des jours et l'isolement peuvent rendre impossible ce réveil de la conscience imaginé par ceux qui ont pensé le régime cellulaire. On en arrive donc à une sorte de torsion, qui rend la prison **inhabitable**. D'une part, l'arrêt, le remords et le confinement arraisonnent à soi-même et au présent, en gommant la possibilité de se projeter dans l'avenir, d'autre part, la surveillance et la visibilité qui en est la condition **expulsent** l'intimité en la publiant. D'une part, on est absent au monde et trop présent à soi, d'autre part on est visible aux surveillants et dépossédé de l'intime jusqu'à être absent à soi.

Il est étonnant que l'expérience de la maladie ait tant de points communs avec celle de l'incarcération. Nous allons maintenant la décrire.

---

14 Philippe Maître, ancien chef de l'Inspection des services pénitentiaires décrit ainsi la fouille intégrale : « Elle est, sur un plan strictement moral, évidemment dégradante. Elle consiste à être nu, à s'agenouiller, à tousser, à subir des inspections extrêmement minutieuses, ce qui, vous l'imaginez n'est absolument pas agréable. [ ... ] C'est humiliant pour la personne et pour nous -mêmes. » *Le Guide du Prisonnier*, Editions La Découverte, Paris, 2004, p. 342.

## Chapitre II - L'ÉPREUVE DE LA MALADIE

La prison est à la liberté ce que la maladie est à la santé : une diminution des possibles. En effet, comme l'incarcération, la maladie induit un changement de rapport au temps et à l'espace ainsi qu'un changement de rapport à soi et aux autres. D'ailleurs, ce que dit Canguilhem du « vivant malade » pourrait être dit du « vivant incarcéré » : « *le vivant malade est normalisé dans des conditions d'existence définies et il a perdu la capacité normative, la capacité d'instituer d'autres normes, dans d'autres conditions.* »<sup>15</sup>. Pour faciliter la description, nous choisirons la figure de la maladie grave, qui induit un changement dans toutes les dimensions de la vie quotidienne.

### 1. Tomber malade

L'entrée dans la maladie peut être insidieuse ou aiguë. Mais à un moment donné, il y a **crise**, et la rupture avec le temps d'avant est marquée soit par le **diagnostic** (dans le cas des maladies silencieuses telles les séroconversions virales), soit par les symptômes qui conduisent à une impossibilité à poursuivre la vie « d'avant ». De même que l'on « tombe » en prison, l'on « **tombe** malade ». Et l'entrée dans une maladie, c'est d'abord une absence, **absence** de la vie sociale de laquelle on est contraint de se retirer, absence parfois à soi-même qui n'est pas sans rappeler le choc de l'incarcération. Le diagnostic de maladie grave comme l'arrivée en prison évoque le brouillard <sup>16</sup> qui tombe subitement sur la vie, au point d'éteindre les couleurs du jour. Tout devient gris, épais, lourd. Le choc est parfois tel que l'on se sent dédoublé : à la fois là, dans cette nuée et en même temps ailleurs, absent de ce qui arrive, mais où ? Cette absence annonce d'emblée que la maladie a quelque chose à voir avec la mort<sup>17</sup>. Elle est doublée d'un **rétrécissement** de l'espace : la maladie enferme dans le corps immobilisé. Mais en même temps, c'est une présence ou plus exactement, la présence d'un quelque chose qui **envahit** tout. Ce peut-être le diagnostic, inintégré, ou la douleur : « *La souffrance physique à tous ses degrés, est une impossibilité de se détacher de l'instant de l'existence. Le contenu de la souffrance se confond avec l'impossibilité de se détacher de la souffrance.* » <sup>18</sup>. Cet état d'hébétéude, Levinas le décrit comme insomnie :

---

<sup>15</sup> Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, PUF, Quadrige, n°65, Paris, 1966 (9<sup>e</sup> édition), p. 120.

<sup>16</sup> Le mot obnubilation est de la famille du latin *nubes*, « nuage ».

<sup>17</sup> Ainsi Lydie Violet, à propos de la crise comitiale inaugurale de sa maladie (une tumeur cérébrale) écrit : « De cet événement je n'ai aucun souvenir. A l'instant où je suis en train de tomber, un voile se lève. Il tend un écran noir entre le monde et moi, entre ma conscience et mon corps [...]. Quand j'arrive au plus près de ce qui sera, au bout du compte, le virage en épingle de mon existence, il se trouve que je n'y suis pas. Absente à moi-même, j'expérimente ma première petite mort. Je la traverse et j'en reviens. » Lydie Violet, Marie Desplechin, *La Vie sauve*, Paris, Seuil, 2005, pp. 13-14.

<sup>18</sup> Emmanuel Levinas, *Le temps et l'autre*, op. cit., p. 55.

« *Vigilance sans aucun but [...]. C'est toujours le même présent ou le même passé qui dure [...]. Vigilance sans refuge d'inconscience [...]. Cet exister n'est pas un en-soi, lequel est déjà la paix ; il est précisément absence de tout soi, un sans-soi.* » 19 On retrouve la tension déjà décrite : à la fois **arraisonnement** à soi par la douleur et **expulsion** de soi par cette même douleur, au sein d'une temporalité réduite au « piquet de l'instant », temporalité appauvrie.

## 2. Une intrusion

Dès lors que le recul devient possible, apparaît la maladie dans toute son étrangeté. C'est l'irruption de l'inconnu, l'intrusion 20. Celui dont la maladie provient d'un agent pathogène extérieur éprouve l'intrusion d'un hôte indésirable. Mais lorsque l'agent vient de l'intérieur, comme dans les maladies auto-immunes, l'intrusion n'en est pas moins grande. D'où vient que quelque chose de moi-même se retourne contre moi ? Qu'est-ce qui en moi me devient étranger ? Dans son splendide ouvrage sur sa greffe de cœur, Jean-Luc Nancy décrit la difficulté de dire justement cela : « *Etranger à moi-même et moi-même m'étrangeant. Comment dire ?...* » 21. Et là encore, la recherche d'une cause s'apparente parfois à la recherche d'un coupable : qu'ai-je fait (ou que n'ai-je pas fait que j'aurais dû) pour que cela m'arrive ? Cette intrusion en quelque sorte s'identifie à la maladie ; elle ne cesse pas.

Là où la prison était la venue incessante, chaque jour recommencée tant que dure la peine, d'une intrusion par l'intérieur (le remords), doublée d'une autre par l'extérieur (la surveillance), la maladie aussi soumet le malade à une double intrusion, puisque les **scopies** en tout genre vont exposer l'intérieur du corps. Ainsi, comme pour le prisonnier en cellule, rien n'est caché, tout est transparent. Qui a, un jour, fait l'expérience de voir sur un négatoscope son propre intérieur éprouve comme un sentiment d'éventration : il y a du double en moi puisque je peux me voir comme si j'étais à l'extérieur de moi. Mais s'agit-il encore d'intrusion ? Ne peut-on pas plutôt parler ici aussi d'extrusion ? En exposant la maladie hors du corps malade, c'est le corps malade qui est **expulsé** 22. On pourrait dire tout autant : en exposant le délit (dans les médias), c'est l'homme coupable qui est expulsé (de la société). La maladie, alors mise au centre, se met à exister et à renforcer ce sentiment d'intrusion par un quelque chose d'étranger, qu'éprouve le malade.

---

19 *Idem*, p. 27.

20 De *trudere* « pousser ». Il existait au XIV<sup>e</sup> siècle *abstrus*, de *abstrusus* « cacher » et *abstrudere* « repousser au loin ». *Dictionnaire étymologique du français*, *op. cit.*, art « intrus », p. 296.

21 Jean-Luc Nancy, *L'intrus*, Galilée, Paris, 2000, p. 37. (Je souligne).

22 « Au XIX<sup>e</sup> siècle, [...] la maladie était encore regardée par le praticien comme la souffrance qu'éprouvait un être. La transformation de cette image médicale en entité clinique représente, dans la médecine, un événement comparable à la révolution copernicienne dans l'astronomie : l'homme cessait d'être le centre de son univers pour en être catapulté aux confins. » Yvan Illich, *Némésis médicale*, *op. cit.* p. 158.

### 3. Un exil

Cette intrusion est doublée d'un **exil**. Ainsi l'exprime Raphaël Célis : « *Ce qui est en question dans la santé, c'est la possibilité de surner* »<sup>23</sup>. La maladie, quand elle est grave, conduit à l'hôpital. Ce « transfert » est parfois brutal, comme une expulsion de chez soi, dans un transport inhabituel (l'ambulance), dans une position inhabituelle (couché). Et là encore, l'analogie avec la prison est possible : l'arrestation est brutale, le transport – en fourgon pénitentiaire – inhabituel, ainsi que la position – menotté. Souffrance de partir sans but, sans savoir quand on reviendra et comment l'on reviendra. Lorsque la maladie dure, le retour au domicile est un nouvel exil. L'incertitude est majorée par le fait qu'on est livré aux mains d'un autre, et que l'on perd en partie la maîtrise de sa propre vie. Cet exil est irrévocable, car même si la guérison advient, ce n'est jamais un retour à l'état antérieur, car le temps est **irréversible**. On n'est certes plus cette fois dans le remords, mais plutôt dans le **regret**. Regret de ce qui a pris fin, conscience du « jamais plus » qui est une autre façon de dire la finitude. Ce « jamais plus » prend la figure parfois très consciente des « dernières fois », obéissant à une sorte de condamnation définitive, sans espoir d'amélioration. « Jamais plus je ne marcherai ». Exil irréversible. Ce qui fait écrire à Jankélévitch : « *L'irréversibilité est peut-être la clef de toute douleur en général.* »<sup>24</sup>

A s'arrêter là, notre description serait tragique. Les détenus comme les malades seraient des exilés, et leurs vies inhabitables. Mais Fritz Zorn, dans *Mars*, décale le propos en décrivant, dès les premières lignes de son récit au scalpel, sa maladie comme un réveil : « *Depuis que je suis malade, je vais beaucoup mieux qu'autrefois, avant de tomber malade* »<sup>25</sup>. Le tragique n'est pas sa maladie, mais la situation d'absence à lui-même dont il n'était pas conscient avant elle. Ce qu'il suggère ainsi en filigrane, c'est que le véritable tragique n'est pas l'exil, mais d'être **exilé de cet exil**, d'en être absent, de ne pas le percevoir. Il y aurait donc au sein de l'épreuve, une sorte de niveau de second degré : la maladie ne serait pas seulement la « non-santé », mais la mise en tension de la question de la santé, l'occasion d'éprouver la santé, et de faire émerger ce que Nietzsche appellera une « santé supérieure », voire une « grande santé » : « *Je me suis souvent demandé si je n'étais pas beaucoup plus redevable aux années difficiles de ma vie qu'à n'importe quelles autres [...]. En ce qui concerne mon long état valétudinaire, ne lui dois-je pas incomparablement plus qu'à ma santé ? Je lui dois une santé supérieure, une santé telle qu'elle se renforce de ce qui ne la tue pas !* »<sup>26</sup>. De même l'incarcération ne serait pas seulement la « non-liberté », mais l'occasion d'éprouver la liberté intérieure d'un homme.

La question posée à l'entourage (et donc au soignant) comme au malade est celle -ci : comment faire pour qu'il y ait des « premières fois » au cœur même des « dernières fois » ? Autrement dit comment faire pour que le présent soit à nouveau habitable ? Pour étayer ce propos, il convient désormais de nous attarder sur les mots grecs pour dire le temps.

---

23 Notes prises dans la conférence donnée par Raphaël Célis dans le cadre du Master de Philosophie pratique en décembre 2005.

24 *La mauvaise conscience, op. cit., p. 99.*

25 Fritz Zorn, *Mars*, Paris, Gallimard, Folio n° 1368, traduit de l'allemand par Gilberte Lambrichs, 1979 pour l'édition française, p. 34.

26 Friedrich Nietzsche, *Contre Wagner*, « Epilogue », Traduction Henri Albert, Flammarion, mille et une pages, (2000), Paris, p. 1324.

### Chapitre III. LE TEMPS POUR LES GRECS<sup>27</sup>.

Au fil des descriptions, on commence à apercevoir que l'épreuve est double : une épreuve insupportable de laquelle il faut sortir, au risque d'en mourir, et une épreuve qu'il ne faut pas fuir, faute de quoi c'est la vie que l'on fuit. Cette difficile tension se tisse avec un double visage du temps, *chronos* et *kairos*. Mais on peut encore enrichir ces catégories puisque les Grecs disposaient de cinq mots pour signifier le temps : *Chronos* ; *Kairos* ; *Schôlè* ; *Diatribè* ; *Aiôn*.

#### 1. *Chronos*

*Chronos*, le plus connu, renvoie au temps mesuré, au temps mesurable, au temps de la science et de la technique, au temps des chronomètres, des calendriers, des rendez-vous, des synchronisations et aussi au temps des intérêts bancaires. [...]. Bref, c'est le temps calculable, fractionnable, comptable.

#### 2. *Kairos*

*Kairos* dénote une autre texture du temps, plus qualitative que quantitative. C'est l'occasion. Ainsi, le « temps qui reste » est riche d'occasions. L'expression désigne le temps favorable à une action particulière (454) : le temps des semailles, le temps de la récolte ; le temps de féconder, le temps d'accoucher ; le temps de travailler, de se restaurer, de se reposer. [...]. Le temps de se taire et le temps de parler, le temps de recevoir et le temps de donner. (Cf. Qo 3). Bref, c'est le temps de l'initiative risquée que l'on ait de bonnes raisons d'espérer heureuse. Pour Hippocrate, c'est le moment opportun pour le soin : « *Le chronos est ce en quoi il y a le kairos, et le kairos est ce en quoi il y a peu de chronos.* »<sup>28</sup>. Le *kairos*, c'est du *chronos* saisi. Un soin n'est pas bon en soi, il dépend du moment opportun ! Par exemple, le soin au moment d'une visite (à l'hôpital ou pire, au parloir) peut être rejeté par le patient.

#### 3. *Schôlè*

*Schôlè*, dont la plupart des langues européennes ont tiré « école » (*school, escuela, Schule*) signifie pour les anciens Grecs un temps de « loisirs ». C'est le temps de ne rien faire, c'est le temps d'être. C'est le temps de méditer, de laisser monter en nous ce qui était caché, secret. C'est le temps de la vérité vécue ; c'est le temps de la disponibilité, de l'accueil de l'inattendu, du surprenant <sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> Source : Jean -François Malherbe, *Sujet de vie ou objet de soin ?*, Québec, Fides, 2007, pp. 454s.

<sup>28</sup> Hippocrate, *Préceptes*, Corpus Hippocratique, Tome IX, pp. 254 -255, accessible (en grec aussi) sur le site <http://194.254.96.21/livanc/?p=254&cote=34859x09&do=page>

<sup>29</sup> Le mot latin correspondant est *otium*. Au Moyen Âge, on parlait de l'*otium monasticum* pour désigner ce temps pendant lequel les moines s'abandonnaient à la méditation. Le contraire d'*otium*, c'est *negotium* qui désigne le doute à ce temps là que Nietzsche est reconnaissant quand il dit : « *La maladie me libéra lentement : elle m'épargna toute rupture, toute démarche violente et choquante. [...] La maladie me conféra du même coup le droit à un bouleversement complet de toutes mes habitudes ; elle me permit, elle m'ordonna l'oubli ; elle me fit le cadeau de l'obligation à la position allongée, au loisir, à l'attente et à la patience... Mais c'est cela justement qui s'appelle penser ! ... Mes yeux décidèrent tout seuls d'en finir avec toute bibliomanie, traduction allemande : [...] J'étais sauvé du livre, je ne lus plus rien des années durant.* »<sup>30</sup>

#### 4. *Diatribè*

*Diatribè* se compose de la racine *trib* qui réfère à « l'usure » (au sens mécanique du terme) et du préfixe *dia* qui connote une nuance d'intégralité. La *diatribè*, c'est pour un tapis, l'usure « à la corde ». Il faut du temps pour user un tapis, pas à pas. Il faut du temps pour que le torrent transforme la roche en galet, goutte à goutte. Il faut du temps pour que peu à peu le pommier s'incline sous le vent. C'est le temps de l'entropie qui sculpte notre univers ; c'est le temps du vieillissement. C'est le temps du travail de la mort dans la vie et de la vie dans la mort<sup>31</sup>. C'est la lenteur nécessaire au mûrissement de toute existence... Le temps nécessaire à la convalescence, à la guérison, à la rééducation. Le temps nécessaire à la croissance, au mûrissement, à la conversion... à la pensée, à l'amitié pour se consolider.

Nietzsche a de très belles pages sur la lenteur. « *On n'arrive à se débarrasser de rien, on n'arrive à bout de rien, on n'arrive à rien repousser, - tout blesse - êtres et choses se font importuns en se rapprochant, les expériences touchent trop profond, le souvenir est une plaie qui suppure. L'état de maladie n'est rien d'autre qu'une espèce de ressentiment. Contre cela, la maladie n'a qu'un grand remède que j'appelle le fatalisme russe, ce fatalisme sans révolte qui fait qu'un soldat russe, qui trouve la campagne trop rude, finit par se coucher dans la neige. Ne plus rien accepter, ne plus prendre sur soi, ne plus rien avaler du tout, ne plus réagir du tout... La grande raison de ce fatalisme, qui ne se réduit pas toujours au courage de mourir, [...] c'est l'abaissement du métabolisme, son ralentissement, une sorte de volonté d'hibernation. En suivant un peu cette logique, on retrouve le fakir, qui dort des semaines dans une tombe... Comme on se consumerait trop vite si jamais on réagissait, on ne réagit plus du tout.*»<sup>32</sup>

---

C'est sans négoce. Le négociant est quelqu'un qui n'a pas de loisirs. Aujourd'hui encore, en grec, un « homme d'affaires » se dit *ascholos* : quelqu'un qui est privé de loisirs, quelqu'un pour qui « le temps c'est de l'argent. »

30 Nietzsche, *Œuvres*, « Ecce Homo », Flammarion, p. 1260.

31 [En note : Dans son sens premier, le mot *diatribè* désigne l'usure par frottement mécanique. Dans la problématique des pratiques usuraires, il désignerait métaphoriquement non plus l'usure mécanique du métal précieux composant une monnaie évaluée à sa valeur pondérale, mais l'usure de l'emprunteur qui se trouve littéralement exténué par le prêt qu'il a sollicité. ] (p. 456)

32 « Ecce homo », *op. cit.*, p. 1216.

## 5. Aiôn

*Aiôn* est un terme sans équivalent moderne 33. Il désigne en effet dans les poèmes homériques le fluide vital, donc la durée de vie et le destin d'un homme, l'intensité d'une part de temps 34. Dans l'*Odyssée*, Ulysse pleure abondamment. « Ses yeux étaient toujours mouillés de larmes, et, pour lui la douce vie (*aiôn*) s'écoulait à pleurer son retour perdu. » 35. Par ses larmes, il « consume ses jours » (son *aiôn*). Richard Broxton Onians commente ce passage en montrant qu'en fait « le liquide qui s'écoule est l'*aiôn* et que c'est ce même liquide qui est dit "s'épuiser" lorsque le mari ou la femme pleure. » 36. Les larmes coulent comme coulent les jours et le temps. « Le temps s'écoule sous forme de larmes » 37. L'*aiôn* écoulé, à la fois larmes et temps.

L'*aiôn* chez Homère, c'est d'abord un fluide vital, « le doux *aiôn* qui s'écoule » 38 : larmes, sueur et plus tard, liquide cérébro-spinal, sperme, tout ce qui fait la vie et la force, qui fond quand on pleure et disparaît avec le souffle de l'âme quand on meurt 39 – *stuff of life* -, la « matière de la vie », dit Onians 40. La signification temporelle de l'*aiôn*, « durée de vie », « existence », s'affirme chez Pindare 41 et les tragiques avec, en particulier, l'alliance *moira-aiôn* indiquant la part (le lot) de vie, assigné à chacun, « la durée de vie impartie par le destin » 42. En ce sens, l'*aiôn* est une limitation, ou une délimitation, de *khronos*, le « temps » en général : c'est « le *khronos* d'une vie particulière » 43 ; *aiôn* est ainsi, selon l'expression d'Euripide, « fils de *Khronos* » 44.

L'opposition grecque *aiôn / khronos* ne recouvre donc d'abord aucune de celles qui nous sont familières, ni celle entre durée subjective et temps objectif, ni celle entre éternité et temps. Elle renvoie plutôt à deux modèles de temps : celui de *kosmos* physique et mathématisable, dont relève *khronos*, et celui de la vie et de la durée, linéaire, avec un début et une fin.

---

33 « Aiôn », *Vocabulaire européen des philosophies*, p. 44 et suivantes, article d'Eric Alliez.

34 Mais quand dans le *Timée*, Platon rapporte l'*aiôn* à la vie divine et non plus à la part humaine, alors intervient le sens « d'éternité », qu'Aristote retient aussi pour son premier moteur immobile, et dont Plotin fait la manière d'exister de l'Être, *Khronos* devient « l'image immobile » de l'*aiôn*, et dans les lectures néoplatoniciennes, son fils.

35 Homère, *L'Odyssée*, Chant V, 151, traduction par Médéric Dufour et Jeanne Raison, Paris, Garnier Flammarion n° 64, 1965, p. 81.

36 Richard Broxton Onians, *Les origines de la pensée européenne, sur le corps, l'esprit, l'âme, le monde, le temps, le destin*, traduit de l'anglais par Barbara Cassin, Armelle Debru, Michel Narcy, Paris, Seuil, L'ordre philosophique, 1999, p. 246.

37 *Idem*, p. 254.

38 Homère, *Iliade*, XXII, 58 ; *Odyssée* V, 160 sq.

39 « *psukhè te kai aiôn* » : *Iliade*, XVI, 453

40 Onians, *Les origines de la pensée européenne*, chapitre VI, Seuil, 1999.

41 Pindare, *Pythiques*, VIII, 97

42 Euripide, *Iphigénie à Aulis*, v. 1507 -1508

43 A.-J. Festugière, « Le sens philosophique du mot *aiôn* », *Etudes de philosophie grecque*, Vrin, 1971, p. 271.

44 Euripide, « *Aiôn te Khronou pais* », Les Héraclites, v. 900

## Chapitre IV. L'ACÉDIE

Un dernier exemple peut venir éclairer l'expérience de la maladie et de la prison : celui des moines du désert au début du christianisme. En choisissant l'épreuve du désert, ils avaient précisément choisi d'habiter l'inhabitable. Il n'est pas étonnant que la tentation de la fuite, qu'ils nommaient l'acédie, ait été décrite comme la figure par excellence de l'épreuve existentielle. La décrire peut nous éclairer, car l'acédie étymologiquement, c'est l'absence de **soin**, et elle se manifeste par la tentation de fuir le présent.

Le moine choisit de vivre dans sa cellule pour signifier l'unité de sa vie devant Dieu, mais cette cellule peut devenir **inhabitable**. Evagre le Pontique, ermite du désert d'Egypte au IVE siècle de notre ère, est un de ceux qui dans le monachisme primitif a le mieux décrit cette acédie (qui, longtemps absente des dictionnaires, revient à la mode). Son étymologie est à relier au verbe *akèdeô* : « négliger, ne pas prendre soin »<sup>46</sup>. L'acédie, bien avant Evagre, désignerait donc un défaut de *praxis*, engendré par un « esprit insouciant de lui-même »<sup>47</sup>, et non une tristesse au sens de l'affect, ce qui serait un anachronisme. Il s'agit donc de ne pas trop « psychologiser » l'acédie. Pour la comprendre, le mieux est d'écouter les subtiles descriptions qu'Evagre en fait :

*« Le démon de l'acédie, qui est appelé aussi « démon de midi » est le plus pesant de tous ; il attaque le moine vers la quatrième heure et assiège son âme jusqu'à la huitième heure. D'abord, il fait que le soleil paraît lent à se mouvoir, ou immobile, et que le jour semble avoir cinquante heures. Ensuite, il le force à avoir les yeux continuellement fixés sur les fenêtres, à bondir hors de sa cellule, à observer le soleil pour voir s'il est loin de la neuvième heure, et à regarder de-ci, de-là, si quelqu'un des frères... En outre, il lui inspire de l'aversion pour le lieu où il est, pour son état de vie même, pour le travail manuel, et, de plus, l'idée que la charité a disparu chez les frères, qu'il n'y a personne pour le consoler. Et s'il se trouve quelqu'un qui, dans ces jours-là, ait contristé le moine, le démon se sert aussi de cela pour accroître son aversion. Il l'amène alors à désirer d'autres lieux, où il pourra trouver facilement ce dont il a besoin, et exercer un métier moins pénible et qui rapporte davantage ; il ajoute que plaire au Seigneur n'est pas une affaire de lieu : partout en effet, est-il dit, la divinité peut être adorée. Il joint à cela le souvenir de ses proches et de son existence d'autrefois, il lui présente combien est longue la durée de la vie, mettant devant ses yeux les fatigues de l'ascèse ; et, comme on dit, il dresse toutes ses batteries pour que le moine abandonne sa cellule et fuie le stade. Ce démon n'est suivi immédiatement d'aucun autre : un état paisible et une joie ineffable lui succèdent dans l'âme après la lutte. »<sup>48</sup>*

---

45 Cf. la volumineuse étude de Bernard Forthomme, *De l'acédie monastique à l'anxi-dépression*, Les empêcheurs de tourner en rond, Paris, 2000, un essai d'Anne Larue, *L'autre mélancolie, acédia ou les chambres de l'esprit*, Hermann, Paris, 2001 ; sans compter les ouvrages traitant de l'introduction du concept en psychiatrie, par exemple (cité par B. Forthomme, *op. cit.* p. 227) : A. Porot, *Manuel alphabétique de la psychiatrie*, PUF, Paris, 1996, article "Acédie" (Occurrence absente dans l'édition de 1975) : « Etat de marasme, d'atonie, ou l'esprit flotte... On utilise ce terme en psychiatrie pour désigner un état dépressif atypique caractérisé, par un dégoût de vivre avec inhibition et indifférence affective ».

46 Traductions proposées par l'*Abrégé du dictionnaire Grec Français*, A. Bailly, Hachette.

47 Bernard Forthomme, « Emergence et résurgence de l'acédie », *op. cit.*, p. 20.

48 *Traité pratique ou du moine*, *op. cit.*, chapitre 12, pp. 521 -527.

« L'œil de celui qui est dans l'acédie regarde fixement les fenêtres, et son esprit se représente les visiteurs. La porte a grincé, il bondit ! Il a entendu une voix, il regarde par la fenêtre et ne s'en éloigne que pour s'asseoir et somnoler. Quand il est en train de lire, celui qui est victime de l'acédie baille abondamment et se laisse aisément emporter par le sommeil. Il se frotte les yeux, étire ses bras, puis, ayant écarté ses yeux du livre, il considère le mur ; puis il se remet à lire quelque peu ; il feuillette le livre pour voir quand finit le texte et il perd ainsi son temps ; il compte ainsi les feuillets, suppute le nombre de cahiers ; il critique l'écriture et l'ornementation ; enfin il ferme le livre, le met sous sa tête et il s'endort d'un sommeil qui n'est pas profond, car bientôt la faim le réveille et le fait se soucier de lui-même. »<sup>49</sup>.

1) L'acédie est une maladie de la **solitude**. La pensée de l'acédie est une **intrusion** qui expulse le moine de lui-même : elle cherche à l'expulser de sa cellule et elle l'expulse du temps présent. Il se met à éprouver de l'aversion pour le lieu où il est, il retourne en pensée avec nostalgie à son existence d'autrefois, et il imagine ce que serait sa vie future dans des conditions meilleures <sup>50</sup>. Il est remarquable que cette expulsion se présente à la fois comme exil de soi <sup>51</sup>, à travers la figure de la sortie de la cellule et comme exil du temps, dans un appauvrissement du rapport au temps, où le moine n'est plus du tout dans l'épiphanie du présent, mais **exilé du kairos**.

2) Moins perceptible d'emblée, l'acédie est aussi une épreuve de la **sensibilité**, en ce sens qu'elle **anesthésie** et durcit le moine. C'est toute son ambiguïté : là où l'arrestation et le diagnostic avaient une fonction de réveil, l'acédie est avant tout un endormissement. Evagre parle de « relâchement de l'âme »<sup>52</sup>, manifeste dans l'état de somnolence du moine, mais aussi dans la fuite. Acédieux, le malade ignore qu'il l'est. Cet aspect de fuite associée à une anesthésie douloureuse rend bien compte que l'épreuve existentielle, c'est *in fine* la tentation de fuir l'épreuve.

3) Enfin, l'acédie peut être décrite comme épreuve de la **volonté**. Car au fond, la question « est-ce que je ne devrais pas partir ? » est en réalité davantage « est-ce que je veux vraiment rester ? ».

---

49 *Les huit esprits de malice*, 14 (PG 79, 1160 A -B) traduit par Antoine Guillaumont, Evagre le Pontique, *Traité pratique ou du moine*, (*Praktikos*), Tome I, SC 170, Cerf, Paris, 1971, p. 88. Voir aussi le *Traité pratique ou du moine*, *op. cit.*, chapitre 12, pp. 521 -527

50 « Contre la pensée de l'acédie qui nous montre d'autres lieux et nous conseille d'y acquérir une cellule, sous prétexte que nous y trouverons sans peine ce dont nous avons besoin, ainsi que le repos et la consolation des frères qui viendront nous voir... » *Antirrhétique* (syriaque) VI, 33, Frankenberg, p. 520-531, cité en note par Antoine Guillaumont, *Traité pratique ou du moine*, SC 171, *op. cit.*, p. 525.

51 Cf. *Mars*: « Ce qui était déterminant pour moi, c'était simplement qu'au moment où ces choses se passaient, une fois de plus, je n'y étais pas, alors que mes camarades, eux, y étaient. » *op. cit.*, p. 90.

52 « « Le moine en proie à l'acédie est nonchalant dans la prière et parfois il ne dira même pas du tout les mots de la prière. Car comme le malade [...] est privé de la force du corps, et [l'acédieux] a les ressorts de l'âme détendus. », cité par Gabriel Bunge, *La doctrine spirituelle d'Évagre le Pontique sur l'acédie*, (traduit de l'allemand) *Spiritualité orientale*, n° 52, Abbaye de Bellefontaine, 1983, p. 55.

L'épreuve de l'acédie n'est pas une épreuve comme les autres. C'est plus exactement une épreuve au carré, une épreuve de l'épreuve. Sorte d'épreuve à l'envers, elle se dissimule. Elle est bien un exil, mais en fait un exil de l'épreuve. L'inhabitabilité de la cellule n'est finalement que la métaphore de l'inhabitabilité du temps qui reste. Le présent n'est plus un maintenant, un temps favorable.

Pour vaincre la pensée de l'acédie, Evagre conseillera la **persévérance** dans la cellule (apprivoisement de la *diatribè* et de la *scholè*), « la garde de la cellule », qui est garde de soi), le **travail manuel** (apprivoisement du *chronos*), la **pensée de la mort et le soin du corps** (*kairos*) et les **larmes** (*aiôn*) (qui sont une façon de vaincre l'anesthésie). Mais surtout, il conseillera au moine acédieux d'aller voir l'Abba , un ancien plus expérimenté. Comme si habiter sa vie ne pouvait se faire que grâce à autrui. Comme si c'était la présence (d'autrui) qui rendait possible d'habiter le présent. Comme si la présence d'autrui était la réponse hospitalière, l'hospitalité offerte à l'exilé. Toutes les dimensions du temps sont présentes dans la rencontre.

## CONCLUSION

Je voudrais conclure ce propos en montrant comment les remèdes de nos premiers moines étaient imprégnés du visage du Christ et de l'évangile.

Les moines aujourd'hui, (et pas seulement eux), s'accordent à penser que l'acédie est une épreuve normale de la vie spirituelle : tous, nous y passons. Autrement dit, la tentation de fuir la dimension éprouvée de l'existence est de tout temps. Or, si l'un de nous ne l'a pas fuie, c'est Jésus-Christ. Et comme le rappelle l'épître aux Hébreux : « Du fait qu'il a lui-même souffert par l'épreuve, il est capable de venir en aide à ceux qui sont éprouvés » (Hb 2,18).

Le Christ ne fuit pas ; il demeure un homme jusque dans le tombeau. Il n'est pas anesthésié devant l'homme, mais il pleure. Il prend soin du corps de ses semblables, et du sien propre (il mange, il boit, il est fatigué et se repose, il dort). Il ne fuit pas la mort pour autant. Il habite le temps : tout instant est pour lui un moment favorable, un *kairos* ; parfois ce sont même ses proches qui l'incitent (Marie à Cana) : il n'œuvre pas seul. Il vient rejoindre l'homme en son exil, se fait un exilé, un exilé définitif, car en ressuscité, il ne laisse pas l'homme à sa peine mais il l'emmène avec lui chez Dieu. En cela, il rend chacune de nos vies habitables et nous invite à poursuivre son œuvre pour que ce soit vrai, aujourd'hui pour des hommes et des femmes, qu'il est possible d'habiter sa vie.

Viktor von Weizsäcker écrivait à des médecins : « *Avez-vous seulement fait l'expérience de l'écroulement complet et radical de vos valeurs spirituelles, morales, religieuses, à la rencontre d'un malade du cancer ?* »<sup>53</sup>. Cette réflexion amène un commentaire : il n'est pas certain que le médecin ait fait l'expérience de l'effondrement que traverse son patient. C'est particulièrement vrai en prison, car pour travailler là, il faut ne pas avoir été incarcéré. Mais pour pouvoir, un peu, se faire proche, il est bon que le soignant soit parfois **ébranlé** lui aussi, et que lui non plus ne sache pas très bien de quoi sera fait « le temps qui reste ». Reconnaissance d'une humanité commune traversée par cette « expérience de l'écroulement » évoquée par Weizsäcker : comment serait-il possible de soigner en prison sans l'intime conviction que l'on pourrait être à la place de celles et ceux qui sont incarcérés ? Cette reconnaissance produit quelque chose d'impalpable : la « bonne présence ». Nul n'en est maître. Elle dépasse bien évidemment les limites de la consultation médicale. Elle peut arriver par surprise entre deux êtres qui se reconnaissent, d'où qu'ils viennent. Elle est une façon d'honorer la dimension secrète de toute vie, car au final, cette bonne présence s'ignore elle-même et peut-être ne se révèle-t-elle qu'après -coup. Elle est une façon de retrouver en son exil l'exilé, [et cela ne peut se faire qu'en **partant** soi-même en exil] qui n'y est plus si seul. Elle transfigure le temps et enracine dans le présent. Il se pourrait enfin qu'au terme d'une vie, ce soit ces moments-là dont on se souviendrait, les moments de bonne présence <sup>54</sup> [*parousie ?*], comme s'ils ne pouvaient pas passer, comme s'ils demeureraient là, en nous, la terre ferme sur laquelle il est possible de vivre, avec autrui, « le temps qui reste ».

---

<sup>53</sup> Citation d'un petit livre paru en 1948, *Questions fondamentales de l'anthropologie médicale* ), non traduit, p. 274 ; Cf. Anne Fagot Largeault, Collège de France du 21 janvier 2004, « De l'anthropologie philosophique inhérente à la médecine » <http://www.bium.univ-paris5.fr/acad-chirurgie/seancesol2004/210104d.htm>

*« Les sages, les saints, les philosophes, qu'ont-ils à dire à l'homme d'en-bas ? Il ne suffit pas de se pencher sur lui, comme le riche se penche vers le pauvre, le civilisé sur le barbare, le croyant vers l'incroyant. Il ne suffit même pas de descendre pour se faire proche, si c'est dans cette espèce de scaphandre que constitue la certitude inentamable de pouvoir remonter, quand on en aura assez de l'exercice.*

*Qu'ont-ils à dire à l'homme d'en bas tous ces gens là ? Rien.*

*Il faudrait qu'ils descendent pour de bon ; qu'ils acceptent d'être ce qu'ils sont, pour cette part d'eux-mêmes qui communie avec la détresse innommable. Ils auront alors une chance d'entrer dans la grande humilité, qui les rendra capables d'écouter ; et il pourra même se faire que leur savoir et leur expérience ne soient pas vains, que leur parole puisse être, à ceux et celles d'en-bas, conforation et nourriture. Mais quelle fin de monde. »<sup>55</sup>.*

Anne Lécu, o.p., Paris, pour le 19 février 09

---

<sup>54</sup> Le mot grec *parousia* signifie « présence » au sens « d'être -à-côté de ». Or, en théologie, la *parousia* est aussi le mot pour décrire la manifestation pleine et entière de la présence de Dieu, qu'espèrent les chrétiens à la fin des temps. Qu'il soit possible d'en percevoir une analogie dans la « bonne présence » nous a paru intéressant. <sup>55</sup> Maurice Bellet, *La traversée de l'en -bas*, Paris, Bayard, 2005, pp. 47 -48.



### CONFERENCE N° 3 : Brigitte HUERRE

« *La souffrance du malade, de son entourage, et la souffrance des soignants dans une unité de soins palliatifs .. comment accompagner ?* »

Mon travail de médecin en soins palliatifs me met en permanence devant la souffrance de l'autre. Le thème de ces journées est « la souffrance des familles et des soignants », mais dans ce contexte de fin de vie, avec la proximité de la mort, je trouvais difficile de ne pas parler d'abord de la souffrance du malade, qui est centrale et intriquée avec celle des familles.

Quant à la souffrance des soignants (donc la mienne aussi !..), il est bien sûr très important de la reconnaître et de la considérer pour pouvoir durer dans ce lieu.

Je ne pourrai ici qu'évoquer des grandes lignes, car le sujet est très vaste ! Disons que je vais souligner quelques aspects qui me semblent essentiels, au vu de mon expérience de 12 années à Jeanne Garnier. Ce n'est pas exhaustif !

#### **1) Souffrance du malade.**

La souffrance du malade qui arrive en soins palliatifs est multiple « souffrance globale ». Les différentes facettes de cette souffrance sont interdépendantes, car la personne est UNE, et non pas « découpée en rondelles » !!

**La souffrance physique** : elle est la première à considérer parce qu'en général la plus « criante », la plus évidente. Son soulagement fait partie de l'accompagnement, au sens où elle le conditionne, elle est le *préalable indispensable* aux autres dimensions de l'accompagnement (humain, psychologique, spirituel...). Inversement d'ailleurs, la qualité de l'environnement humain, des relations, du « climat », peut participer au soulagement des symptômes physiques (douleurs, dyspnée...).

Je ne m'étendrai pas sur ces symptômes, car il ne s'agit pas ici de faire un cours de médecine. Les plus fréquemment rencontrés sont les douleurs, la gêne respiratoire (dyspnée) qui s'accompagne d'angoisse de façon quasi systématique, les nausées et vomissements, l'extrême fatigue....

Le soulagement physique est premier, car quelqu'un qui a de très fortes douleurs ou qui a en permanence envie de vomir ne peut pas être disponible à autre chose, la douleur l'envahit, empêche les relations, la détente, le repos, la réflexion, le travail intérieur....

Il existe fréquemment aussi des troubles neuropsychiques ou psychiatriques : la confusion mentale que vous connaissez bien je pense, et dans certains cas des manifestations psychiatriques aiguës, notamment le délire et l'agitation parfois majeure, qui traduisent ou s'accompagnent souvent d'une angoisse massive. J'en parle parce que ce sont pour les proches des troubles particulièrement éprouvants et déstabilisants : « ce n'est plus lui »... Elles surviennent dans des situations diverses notamment, mais pas

seulement, quand il y a une atteinte cérébrale. On voit bien là comment se conjuguent ce qui est somatique et ce qui est d'ordre « psy » au sens large....

### La souffrance psychologique et spirituelle.

Elle est éminemment personnelle, particulière à chacun, liée à l'histoire de la personne (histoire personnelle, familiale, parcours de maladie, symptômes physiques passés et actuels ...).

J'en relève deux facettes ou plutôt deux « fondements » : la perte et la peur.

#### La perte, source d'angoisse et de douleur morale...

- En fait la perte a commencé dès le début de la maladie : perte de la bonne santé, altération de l'image de soi : perte de poids, des cheveux etc.
- Perte de telle et telle activité qu'on n'arrive plus à faire, perte de sa place sociale, professionnelle et même familiale (on ne peut plus assumer l'éducation des enfants etc.)
- Perte des repères familiaux, de son environnement, quand on est hospitalisé.

Dans ce qu'expriment certains malades, on perçoit qu'ils ne se sont pas sentis considérés comme des êtres humains à part entière, dans leur parcours hospitalier.... C'est évident que la façon dont on parle mais aussi plus largement dont on se comporte face à la personne malade, dont on la regarde etc..... n'est pas neutre. Le malade, déjà fragilisé par tout ce qui lui arrive, reçoit de plein fouet telle parole ou absence de parole, tel geste brutal, tel regard.... et certains ont eu le sentiment d'être devenus un *objet* manipulé par les médecins, les soignants... dans des services souvent débordés, où la parole et la relation humaine manquaient cruellement. Du coup, c'est une « perte de soi-même au regard de l'autre », douleur qui se surajoute...., et se retrouver considéré, respecté, écouté, est absolument capital, « vital »...même et surtout quand la mort est si proche. (Ex. des propos très crus, voire cyniques, de Mr W. témoignant d'une blessure immense, de l'humiliation ressentie au cours des toilettes et des soins, dans certains services...).

Puis la perte d'autonomie : on est tellement faible qu'on ne peut plus marcher, faire sa toilette, manger seul, tenir une conversation, lire, on devient incontinent etc....

Tout cela, *c'est le deuil de soi-même à vivre*.... ou en tout cas d'une partie de soi-même. Et la proximité de la mort fait ressentir viscéralement que les pertes ne sont pas finies, qu'il va falloir tout quitter, tout ce qui faisait notre vie sur terre. Certaines relations s'estompent déjà : des amis qui ne viennent plus parce que c'est trop difficile, qu'ils ne savent pas quoi dire, comment se comporter...ou bien c'est le malade qui les met à distance « pour ne pas qu'on le voit ainsi », ou bien parce qu'il a besoin d'une certaine solitude pour commencer ce travail de détachement.

La perte du sens : on l'entend souvent, encore plus de la part des familles que des malades, surtout quand la situation se prolonge, alors que la personne est dans un état de totale dépendance, et ne peut plus rien faire qu'attendre la mort : « à quoi cela sert-il ?? »

## La peur.

La peur de devenir dépendant, la peur d'avoir mal, la peur d'étouffer sont souvent entendues. Il est très important de pouvoir entendre ces peurs, de favoriser leur expression, et de rassurer le malade en lui expliquant qu'on ne le laissera pas souffrir, qu'on pourra atténuer la sensation d'asphyxie, voire endormir la personne si besoin (dans la mesure du possible c'est bien de pouvoir en parler à l'avance, pour savoir ce que désire la personne.).

- La peur de l'inconnu, de la mort... : peur souvent diffuse, sous-jacente, ayant du mal à se dire.

La solitude devant la mort est inévitable, je pense. Certains malades sont effectivement très isolés. Mais de toute façon on meurt seul, on est le seul à mourir, à faire le passage.

Parfois l'entourage est là mais avec un poids de non-dits, des silences pesants ou des mots maladroit, qui peuvent isoler la personne malade alors même qu'on cherche à la rassurer (ex. : « ne t'inquiète pas, tu vas bientôt aller mieux, tu vas rentrer à la maison... » etc.). Le malade n'est pas dupe, mais il n'est pas rejoint là où il est, dans la réalité de ce qu'il vit. Il y a comme un fossé qui se creuse entre lui et ses proches, qui empêche un échange plus profond.

Beaucoup de personnes parlent aussi de l'inquiétude qu'elles ont pour ceux qui vont rester : le conjoint, les enfants... Parfois, cette angoisse pour ceux qui restent semble plus forte que l'angoisse de la mort elle-même, du moins dans le discours de la personne. Parfois, je me demande si ce n'est pas aussi une façon de déplacer l'angoisse de sa propre mort ( ?).

Je n'ai pas parlé de la fameuse « vérité au malade », expression que je ne trouve d'ailleurs pas très juste. Cela nécessiterait tout un développement. Les situations sont très diverses et on ne peut pas schématiser. Je dirais simplement que certains malades ont besoin de parler, de poser des questions précises, et d'autres, (qui sont la majorité), ne verbalisent pas grand-chose et ne demandent pas de précisions sur l'évolution de leur état. Mais je suis convaincue que les malades savent bien au fond d'eux-mêmes qu'ils vont mourir, et qu'il faut respecter chacun dans sa façon de réagir, de gérer son angoisse...il ne faut rien vouloir forcer....

La souffrance psychologique du malade se manifeste de façon variable. Il y a les malades qui pleurent (ce n'est pas si fréquent d'ailleurs !), ceux qui sont fermés à la relation, ceux qui sont en colère et qui en veulent à la terre entière, ceux qui sont angoissés, ceux qui sont dans le déni.... tout cela s'exprime parfois verbalement, mais aussi par l'attitude, le regard, la mimique, la façon de réagir etc.

La détresse peut être masquée, enfouie derrière une façade apparemment sereine, et qui peut s'effondrer d'un seul coup.... Notamment, je me méfie un peu des personnes qui affirment un peu trop fort, à leur arrivée, qu'elles sont parfaitement au clair et parfaitement paisibles.... et qui peuvent basculer ensuite.

On constate souvent l'ambivalence, qui je pense est au cœur de tout homme : paroles de lucidité sur la mort prochaine, et projets complètement irréalistes dans un avenir lointain....désir que la mort arrive, et désir de vivre....qui traduit bien le combat qui se joue en chacun.

Enfin, il faut dire que certains malades sont, de fait, paisibles, confiants, dans une certaine acceptation de leur état et de la mort prochaine... et ce n'est pas toujours en lien avec une foi religieuse.....

Et tout cela sans compter les malades très somnolents ou comateux, ne pouvant s'exprimer.

### Comment aider, accompagner ?

Un psychologue est disponible pour les malades qui le souhaitent, et qui sont à même d'effectuer un certain travail sur eux-mêmes, d'élaboration, de réflexion...au cours d'entretiens. La proximité de la mort provoque bien-sûr la question du sens de sa vie, de ce qu'on a fait, pas fait, manqué, les regrets, le questionnement sur « l'au-delà » etc.....

Cette période peut être donc l'occasion d'une certaine relecture de sa vie, avec la psychologue éventuellement, mais aussi seul, ou avec quelqu'un d'autre....d'échanges avec ses proches....certains leur laissent un « testament » moral, spirituel... mais en fin de compte beaucoup n'en parlent pas ouvertement.

Ex. de Mme X et de son livre : récit du travail intérieur que lui fait vivre sa maladie et la préparation à la mort.

Mais il y a aussi tout ce qui se vit au quotidien avec l'ensemble des soignants, au cours de la journée (et la nuit !!), des soins, des repas... les mots prononcés, les petits gestes, les sourires, les regards.... Je dirais quelque chose d'un « tissu d'humanité » qui entoure le malade, qui le soutient, qui l'accompagne, au-delà des mots. Je pense que cette qualité d'environnement relationnel est capitale, et qu'elle participe pleinement à l'accompagnement psychologique « informel », qui permet un cheminement, qui en tout cas le favorise.

Nous avons un atelier d'art-thérapie, lieu très important pour certains : lieu d'expression, de créativité, qui permet au malade de se « dire » autrement.

Les contacts avec les bénévoles font partie de ce tissu d'humanité que nous cherchons à réaliser. Ils sont positionnés différemment des soignants ; ils sont là « gratuitement », sans fonction professionnelle, et cela peut susciter un autre type d'échange, de dialogue, de simple présence.

L'entourage familial ou amical est souvent une aide essentielle pour le malade. C'est le cas le plus fréquent, et je suis assez impressionnée par l'accompagnement réalisé par beaucoup de familles, proches et attentives. (Mais il y a aussi des situations difficiles, où la famille est tellement angoissée, ou dans la colère, ou dans le déni, qu'on a l'impression qu'à la limite elle devient un poids supplémentaire pour le malade....ou du moins que son attitude n'est pas aidante !).

Nous cherchons à favoriser tout ce qui peut faire vivre jusqu'au bout, donner du goût, de la douceur, du plaisir...Propositions de permissions, de petites sorties, restau, ciné.....pas fréquents mais c'est parfois possible ! Anniversaires et autres petites fêtes, jeux.....

Retours au domicile : on fait le maximum pour les favoriser, quand c'est le désir du malade et que c'est possible.

Nous proposons aux malades qui le souhaitent de rencontrer l'aumônerie, et pour les croyants d'autres confessions ou d'autres religions des rencontres sont bien sûr possibles (pasteur, rabbin, imam...).

Il y a une chapelle dans la maison médicale, où la messe est célébrée actuellement 3 fois par semaine. Les malades peuvent y accéder même dans leur lit. La messe est aussi retransmise sur l'écran de TV, pour ceux qui restent dans leur chambre. Et bien sûr les membres de l'aumônerie passent dans les services pour voir les malades et les familles qui le souhaitent.

Certains font vraiment tout un chemin spirituel.

Il y a déjà eu des mariages et des baptêmes dans la maison médicale....quelques jours ou semaines avant de mourir....

Ce qui importe, c'est que chacun puisse trouver l'aide dont il a besoin pour sa vie intérieure, spirituelle au sens large....

Pour clore ce chapitre, j'ai envie de dire qu'accompagner la personne malade nécessite d'être conscient et respectueux de cette réalité : que *le mystère de la personne demeure*.

Nous n'en percevons que quelques aspects, ou un reflet. Je pense que, souvent, nous nous imaginons connaître une personne, parce que nous avons un peu échangé avec elle, ou que nous sommes témoins de telle ou telle réaction : rapidement nous en tirons des déductions, nous interprétons. Mais au fond, nous ne savons pas grand-chose... Il me semble que c'est un aspect important du respect des personnes : de ne pas « mettre la main » sur eux, plus ou moins consciemment, en leur collant une étiquette : tel malade est comme ci ou comme ça....Cela vaut pour toute relation humaine, mais de façon encore plus forte ici. De par notre fonction de soignant, nous entrons dans l'intimité des gens, d'une façon dont nous pouvons finir par ne plus avoir conscience. Garder à l'esprit et au cœur cette réalité : que l'autre demeure un mystère pour moi, dans sa grandeur d'être humain, et que je ne peux pas le saisir.

Je lui propose mon aide, ma présence, mais il ne m'appartient pas.

## **2) Souffrance de l'entourage**

Cette souffrance est un peu comme en décalque de celle du malade. Evidemment, c'est avant tout la douleur de savoir qu'on va perdre un être aimé. Il y a celui qui s'en va, et ceux qui restent..... Mais déjà toute la souffrance dont je viens de parler, les douleurs, les peurs et les pertes vécues par le malade sont partagées par l'entourage.

Souvent, nous entendons une grande souffrance liée au *manque de communication* avec les médecins, manque d'informations, d'explications. Il est capital que les familles puissent poser leurs questions pour mieux comprendre ce qui se passe, qu'elles puissent aussi exprimer leurs sentiments, leur peine, leurs angoisses...sans crainte d'être jugées. Elles ont besoin d'écoute, de compassion, de réconfort, de chaleur, et n'ont pas toujours pu trouver cela dans les services de soins aigus.

Les proches peuvent être dans la tristesse et l'abattement ; dans la colère, la révolte et le déni. Certaines familles expriment leur souffrance par de l'agressivité ; rien ne va, quoi qu'on fasse...et parfois il y a une réelle violence, difficile à gérer, et qui s'accompagne de suspicion. Les soignants sont les mauvais objets, responsables de l'aggravation et de la mort (le malade peut aussi penser cela). Dans certains cas, l'écoute peut suffire à désamorcer les choses....

Parfois, la famille est dans le déni et du coup ne peut pas communiquer vraiment avec le malade qui voudrait parler de sa mort. On essaye alors de cheminer avec la famille. Parfois, on sent que c'est impossible de les faire bouger, ...qu'il faut simplement laisser faire le temps.....

D'autres fois, c'est l'inverse, les familles voudraient parler de l'essentiel avec leur proche malade, et lui n'évoque pas sa mort... Ce n'est pas toujours facile, et quand le malade n'en parle pas spontanément une grande délicatesse et intelligence du cœur est nécessaire pour essayer de tendre la perche, et sans insister.... Les familles ne sont pas forcément les mieux placées pour cela, ça peut être plus facile avec les soignants, plus « neutres » affectivement.

Le fait de vivre au jour le jour, dans *l'incertitude quotidienne*, est très éprouvant. C'est une tension qui s'accumule au fil des jours, et qui rend très vulnérable (on guette le téléphone etc.).

Un autre aspect de la souffrance des familles : *le sentiment d'impuissance et de culpabilité*.

Culpabilité d'avoir « placé » son conjoint, alors qu'il aurait voulu rester à la maison, mais la prise en charge devenait vraiment trop lourde. Culpabilité de ne pas en faire assez.....

Sentiment d'impuissance : « Que puis-je faire pour lui ? ». Cela s'exacerbe quand le malade n'arrive plus à manger, car c'est souvent l'une des dernières choses que pouvait faire la famille : aider aux repas.....avec en plus l'aspect très fort symboliquement de la nourriture qui fait vivre....

### Comment aider, accompagner ?

Nous passons donc du temps, nous les soignants et aussi les bénévoles, avec les familles. Cela fait partie de notre travail, et dans certains cas nous passons plus de temps avec eux qu'avec le malade lui-même. *L'écoute et le dialogue* sont vraiment deux piliers de l'accompagnement des familles.

La qualité de l'accueil, le jour de l'arrivée, est particulièrement importante...car c'est un passage très douloureux que cette arrivée en USP. On sait que celui qu'on aime va mourir ici.

Et ensuite, c'est l'écoute au jour le jour, et parfois plusieurs fois par jour.....

Elles peuvent rencontrer le psy ; cela leur est proposé surtout si on les sent particulièrement mal, en difficulté.

Certains souhaitent rencontrer l'aumônerie, et des gens qui ne sont pas forcément des chrétiens fervents éprouvent à cette période le besoin de parler, d'échanger.

Le moment des « départs » (= des mises en bière le jour de l'enterrement) est très important, et certaines familles demandent la présence de l'aumônerie pour un temps de bénédiction. C'est un « moment fort ».

Il y a aussi un bénévole présent au funérarium, pour l'accueil des familles lors des présentations et des mises en bière.

Un accompagnement pour la période du deuil est proposé par les psychologues, soit individuellement, soit en groupes.

Une « messe des familles » rassemble tous ceux qui le souhaitent, ayant perdu un proche au cours des 3 mois précédents. C'est un moment fort, où viennent aussi beaucoup de non-chrétiens, qui ont besoin de faire cette démarche de mémoire, de célébration. Un moment convivial suit la célébration. Cela peut être l'occasion de revoir aussi les soignants qu'on a connus.

### **3) La souffrance des soignants.**

C'est aussi un vaste sujet, que nous ne pouvons qu'effleurer...

Le fait d'être en permanence devant la souffrance de l'autre et devant la mort nous « entame » forcément. Ce travail nous met devant notre propre finitude, notre propre mort.

Nous sommes placés devant notre impuissance radicale face à la mort : rappel que nous ne maîtrisons pas tout, que nous ne sommes pas maîtres de la vie... dans notre société qui vit souvent dans l'illusion de la toute-puissance.

Limites des thérapeutiques, surtout dans les situations difficiles à apaiser. Et alors, quand on n'y arrive pas assez bien ou assez vite, on s'estime « vraiment pas bon !! », on est vite dans l'auto-jugement et la culpabilité.

Limites inhérentes à toute relation, celles qui viennent de nous : dans l'écoute, la patience... car nous ne sommes pas des surhommes ou des « sur-femmes » !! Limites imposées par l'autre aussi, qui ne veut pas forcément aller là où nous le voudrions dans le dialogue ; qui peut aussi parfois refuser les soins, l'aide ou les traitements qui nous semblent pourtant les meilleurs pour lui. Cela nous renvoie au mystère de chacun, à sa liberté, à son désir... mais ce n'est pas forcément simple à vivre pour nous les soignants. L'autre nous met en échec, si on peut dire...

Les soignants peuvent souffrir du manque de communication avec les malades confus, somnolents, comateux... même si une certaine communication reste souvent possible, mais malgré tout quand il n'y a aucun « retour » ce n'est pas évident !

La fin de vie est une certaine violence : violence de la mort qu'il ne faut à mon sens pas édulcorer...même si certaines personnes meurent très paisiblement. Cela n'empêche pas que la mort reste une rupture, un scandale pour l'être humain créé pour la vie. C'est pourquoi j'ai du mal avec certains textes, prières ou poèmes, disant que « la mort n'est rien »...Non, elle n'est pas rien, elle reste une rupture douloureuse, et l'édulcorer est une façon de la nier (à mon sens !).

Certaines situations nous font plus violence que d'autres, à cause de l'intensité de la souffrance physique ou morale, de la difficulté à apaiser, de l'atteinte à l'intégrité physique (cancers de la face, cachexie extrême...) etc.....

Les soignants reçoivent cette violence.

Ils doivent aussi « encaisser » parfois celle des malades et des familles, et le manque de confiance qui va alors de paire. Il faut apprendre à gérer cela ! Mais certaines situations sont vraiment très dures pour l'équipe.

Qui dit violence dit tensions ..... entre soignants et soigné/famille, ou bien au sein de l'équipe. Il peut y avoir des conflits...d'autant que certains soignants ne perçoivent pas telle situation de la même façon que leurs collègues (et c'est normal !)...et que certains malades ou familles se comportent différemment avec tel ou tel.

Une autre souffrance des soignants : les liens tissés avec un malade, surtout s'il est resté un temps assez long. C'est tout le travail qui se fait pour chaque soignant, de s'investir dans les relations, de donner de soi-même, de vivre une compassion, sans s'attacher affectivement d'une façon qui serait destructrice, et qui rendrait la durée dans ce type de travail totalement impossible.

#### Comment aider, accompagner ?

*Les groupes de parole* (avec un psychologue) sont une aide proposée à l'équipe soignante. Le fait de pouvoir parler de soi, de ses réactions, dire ce qu'on ressent, ce qui nous a heurtés, mis mal à l'aise, bouleversé etc..... met une certaine distance qui est déjà « thérapeutique ». Le psychologue nous aide à repérer ce qui se passe, les mécanismes psychiques qui sont en jeu....tout cela est une grande aide pour notre pratique quotidienne.

Dans certaines situations particulièrement difficiles, on peut proposer une réunion « extraordinaire » de service, avec la psychologue voire avec quelqu'un d'extérieur au service, afin de mettre les choses à plat et prendre ensemble une décision.

Les soignants qui le désirent ou en éprouvent le besoin peuvent rencontrer personnellement le psychologue (ou voir quelqu'un à l'extérieur bien- sur !)

Des *formations* sont régulièrement proposées dans la maison : formations « internes » pour le personnel, chaque mercredi pendant 1h30, avec des thèmes divers concernant notre travail, des questions éthiques etc. et des formations organisées par l'organisme « CARTE Soins Palliatifs », qui dépend de Jeanne Garnier, et qui propose différentes sessions pour le personnel mais aussi pour des soignants de l'extérieur (« L'écoute, la gestion du stress, les soins palliatifs en institution » etc.).

Il y a une *attention mutuelle* dans l'équipe, ou du moins nous tendons à cela. Cela se manifeste par un geste ou une parole, par la possibilité de demander l'aide d'une collègue, de prendre le relais ...

L'infirmière coordinatrice de chaque unité a une place particulière pour veiller à chacun et à l'ensemble.

Les soignants peuvent s'exprimer, il y a une qualité d'écoute dans la maison qui n'est pas réservée aux malades, mais qui est globale, et chaque salarié est respecté et aidé au

mieux en cas de difficultés.

*L'équilibre de la vie personnelle* est bien évidemment une aide dans ce genre de travail : lieux de détente, de ressourcement...

### **En conclusion : y a-t-il toujours une réponse à la souffrance de l'autre ?**

Je pense surtout à la souffrance morale, car au plan physique il y a toujours des possibilités, même si parfois c'est difficile. Mais la souffrance morale est beaucoup plus difficile à cerner et à soulager. Sans parler de l'aspect médicamenteux, il y a tout cet accompagnement que nous essayons de vivre avec ces personnes, le climat d'écoute, d'une certaine tendresse, de chaleur, d'attention.

Parfois, nous nous sentons bien impuissants, et je dirai qu'il reste alors la *présence*. La présence qui doit rester discrète, ne pas s'imposer, mais qui est accueil, disponibilité. « *Etre là où l'on meurt* » a en soi du sens, humainement et donc a fortiori chrétiennement, et d'autant plus que notre société tend à évacuer la mort. Oser être là, oser rester alors même qu'on se sent faible, démuné, ou que parfois l'autre ne semble pas prêt à recevoir ce que nous voudrions lui donner. C'est le respect du mystère de l'autre, que j'évoquais tout à l'heure. Je ne peux rien forcer... mais l'autre sait que je suis disponible.

*Brigitte HUERRE,  
médecin à la Maison Jeanne Garnier, Paris*

*NB. Je n'ai pas parlé des demandes d'euthanasie...car elles sont rares dans mon expérience. Ce sont les familles plus que les malades qui y font parfois allusion. Les demandes réelles, fermes et réitérées, sont vraiment très peu fréquentes. Il y a, à mon sens, un gros décalage entre le « battage médiatique », qui fait penser que cette demande est quasi omniprésente dès qu'il y a maladie grave, et la réalité de ce qui se vit dans une USP.*



## CONFERENCE N° 4 : Luce JANIN DEVILLARS

### *Souffrance et agressivité / Tensions agressives*

“Pourquoi l’agressivité traverse-t-elle si souvent les relations entre les soignants, les patients et leurs familles ?

Quelles sont les raisons pour lesquelles – au moment crucial où chacun devrait se souder autour de la personne malade, rester à l’écoute de la souffrance de ses proches, tenir compte de la fatigue des soignants, de leurs doutes quant à la validité d’un traitement, est-on confronté à des tensions, voire à des empoignades verbales qui vont altérer, plus ou moins durablement, le nécessaire climat de retenue qui serait nécessaire ?

Ce sont la peur et la culpabilité qui sont au centre de toutes ces tensions :

- Peur du patient devant la maladie et la perspective d’une issue peut-être fatale, peur partagée par ses proches qui se doublera de leur culpabilité car ils se demandent s’ils ont vraiment fait *tout ce qu’il fallait* pour celui ou celle qui souffre.
- Inquiétude et culpabilité des soignants confrontés aux mêmes doutes.
- Peur et culpabilité qui renvoient à des comportements archaïques où la violence et l’agressivité nous débordent en prenant le pas sur notre humanité.

Le patient s’interroge, il est en colère et se demande :

- *Mais pourquoi est-ce ça m’est arrivé à moi ?*
- *Qu’est-ce que j’ai fait ?*
- *Je n’ai pas mérité cela.*
- *Qu’est-ce que j’ai fait au Bon Dieu (même quand il ne croit pas).*

Ce temps se double des mêmes interrogations pour ses proches :

- *Est-ce qu’on a fait le maximum ?*
- *Est-ce le bon hôpital, la bonne clinique ?*
- *Que vaut l’équipe médicale ?*
- *Est-ce que les médecins font bien ce qu’ils devraient faire ?*

Car, aujourd’hui, les gens participent beaucoup plus à la maîtrise de leur santé : ils lisent, ils regardent des émissions médicales. Ils ont l’impression qu’ils peuvent choisir, décider de ce qui leur convient le mieux en termes de traitement.

Ils sont d’ailleurs associés à la maîtrise de leur santé avec les Chartes, les Codes de

Déontologie. Ce qui constitue un progrès en terme d'autonomisation, de respect de la personne souffrante, mais du coup les patients qui sont devenus des usagers, soient aussi des « consommateurs », se mettent à douter, ils ne font plus confiance « au docteur » comme autrefois.

Doutes, perte de confiance et inquiétudes qui font d'ailleurs le lit de la judiciarisation, devenue de plus en plus fréquente, lorsqu'une famille estime, à raison ou à tort, que l'un des siens n'a pas reçu les soins qu'il méritait. La Science, avec un s majuscule, a fait de si grands progrès et porté tant d'espoirs qu'elle relaie aujourd'hui le fantasme du « jamais mourir », dans une existence sans fin, réparable *ad aeternam*, à condition d'utiliser les bons outils de santé.

Le versant négatif de la science, des progrès de la médecine, s'instaure donc pour renforcer l'illusion qu'on peut tout maîtriser, que la maladie est toujours contrôlable, qu'on ne mourra jamais.

D'où la fureur, les doutes qui s'emparent des différents acteurs quand leur espérance est déçue. Les soignants vivent aussi cela à partir de leurs propres questionnements :

- *Est-ce le bon traitement ?*
- *On est complètement débordés.*
- *On n'a plus le temps de parler avec les malades.*
- *Il faut faire du soin comme on fait du chiffre.*
- *L'hôpital est aussi une entreprise, c'est difficile à « avaler ».*

Mais ils vivent aussi, à partir de leur ressenti émotionnel - les êtres humains sont des sortes d'éponges - toutes les angoisses du malade et de sa famille. Ils en éprouvent de la frustration, le sentiment de ne pas être reconnus à la hauteur de leur investissement, de leur fatigue.

A ce moment là, seule la parole, l'empathie, l'écoute active, au sens où l'entendait le psychologue américain, Rogers, constituent des outils essentiels qui vont pouvoir lutter contre les tensions.

Dans toute la création, nous sommes les seuls à parler, l'être humain se constitue d'abord comme un être de langage. La parole nous lie les uns les autres dans les engagements, les contrats. Avant d'être écrits les actes qui nous unissent se font en premier lieu dans la parole : « *Au commencement était le Verbe* ». Cette parole, qui suppose aussi une écoute, va nous lier et nous délier tout au long de notre existence. Elle peut porter la haine, la colère mais aussi l'apaisement, la délivrance.

Pour lutter contre les tensions agressives qui surgissent de toutes parts dans le climat hospitalier, il faudra donc que l'ensemble des personnes en jeu, patient, familles et soignants puissent reconnaître que le traitement ne fait pas tout, qu'il ne permettra pas toujours de guérir définitivement le malade mais que tout peut être dit et entendu, dans le calme et le plus grand respect de la place de chacun.



## CONFERENCE N° 5 : Anne-Marie SAUNAL

### *L'être humain, veut-il vraiment guérir : une analyste face à la souffrance*

*Merci Frère, de m'avoir invitée à cette Rencontre avec votre communauté chère à mon cœur. Ma joie est grande de venir vous transmettre ce matin ma conception de la souffrance de mon prochain, de mon proche-en-humanité, et la manière dont je vis mon métier de soignante de la psyché. Vous êtes chacun à votre manière des soignants, votre superbe tâche, votre appel est d'être au service de la souffrance, de la douleur de l'autre. Vous en connaissez les difficultés, la fatigue, le découragement, mais aussi, comme moi, par moments la joie, joie profonde, féconde, toujours renouvelée. Cette joie naît du service et de l'inextinguible souci de l'autre, de notre sollicitude : celle-ci est un composite d'attention à l'autre, de bienveillance et de disponibilité. C'est la sollicitude, naissant chez le bébé, qui nous permet d'effectuer des soins répétitifs sans nous lasser.*

*Après m'être brièvement présentée, je vous parlerai dans un premier temps du mal, de la souffrance que j'écoute jour après jour, de la répétition, du symptôme, des formes de pathologies extrêmes (le malheur, la perversité narcissique...). Ensuite, je vous expliquerai en quoi la psychanalyse constitue une authentique aventure intérieure et en quoi elle peut apporter une relative guérison, en nous humanisant. Enfin, comme issue au mal et à la souffrance, je conclurai avec lumineux pardon.*

## Introduction

### Une supplique, une provocation

Le divan du psychanalyste est un lieu singulier où l'on cherche à transformer les forces du mal en nous, de haine, en quelque chose de constructif, à leur donner un sens. Soigner, devenir psy a été ma vocation. Je me sens appelée à soigner tôt, à l'adolescence, lors d'un séjour avec des jeunes filles handicapées physiques. Rien ne me semble plus beau et passionnant que d'accompagner un être dans cette authentique aventure intérieure qu'est une cure analytique. C'est plus qu'un métier - j'aime mettre au service de l'autre mon écoute et mon expérience. Confrontée au mal qui me heurte et me révolte très jeune, je n'ai pu manquer de m'interroger sur son origine et les moyens de le combattre. En psychanalyse, le « pire mal » n'est-il pas notre recherche inconsciente de la souffrance, quand bien même nous affirmons vouloir guérir, tant nous sommes au fond persuadés qu'il faut souffrir pour aimer ?

### Le mal en l'homme, sa souffrance

Le psychanalyste est concerné par le mal de diverses manières : quand il écoute le mal commis ou le mal reçu, quand il cherche à comprendre la nature du mal dans la psyché. Le mal suscite tant de révolte car il est toujours « en excès », déjà-là, injustifiable. Le

mal nous heurte car il n'a pas de sens, il est absurde, sa finalité nous échappe. Il nous altère, nous rend méconnaissables à nos propres yeux.

Le psychanalyste envisage la souffrance en se demandant si le sujet la recherche dans son inconscient et à qui elle s'adresse.

### **L'énigme du mal**

Le mal est une question travaillée depuis des siècles mais qui reste toujours sans résolution. Paul Ricœur nous invite à faire le deuil de la question de l'origine du mal, à regarder et accepter notre souffrance comme ni voulue par Dieu, ni punitive, ni rétributive. Le mal est ce qui doit être combattu. Il convient d'agir, de s'intéresser à ce qu'on peut en faire. « Nous sommes conduits en direction d'un unique mystère d'iniquité, par le pressentiment que péché, souffrance et mort expriment la condition humaine dans son unité profonde »<sup>1</sup>, écrit Paul Ricœur.

On cherche toujours à s'accuser lorsqu'un malheur arrive. Cette culpabilité qui se retrouve en analyse est comme originaire en l'homme. Quoi qu'il arrive, on se sent toujours responsable, voire coupable.

Si le travail du psychanalyste est si éprouvant pour l'âme, c'est qu'il consiste à être chaque jour confronté au mal, à ses effets. Le mal est considéré comme une atteinte de soi par l'autre ou une atteinte de l'autre, entraînant maladies psychiques et traumatismes.

L'existence du mal se manifeste par la pulsion de mort. Cette redoutable pulsion se manifeste par la répétition, le sadisme, le masochisme moral, beaucoup plus présent qu'on ne le croit dans les relations entre les êtres.

Christophe n'arrive pas à oublier la violence de son père malade alcoolique quand il était enfant. Aujourd'hui, vingt ans plus tard, il est envahi non plus par la souffrance mais par le néant : le mal subi lui enlève la sensation d'exister.

Est « mal » ce qui suscite en l'être humain une souffrance, une peine, un malaise; que cela vienne de sa vie psychique ou de l'action d'autrui.

### **Le mal que j'écoute**

J'ai soigné Guillaume, un homme de quarante ans, au bord du suicide : enfant, il avait été abusé sexuellement par sa mère qui lui a fait subir aussi une violence psychologique en se confiant exagérément à lui. A l'adolescence, il souffre de grave dépression et subit de nouvelles violences. Pour moi, il représente la souffrance la plus insoutenable qui soit.

Ce sont des crises d'angoisse invalidantes qui poussent Muriel, musicienne, à venir me voir. Elle est hantée par des fantasmes sexuels violents et sadiques qui la font cruellement souffrir. Lors des séances, Muriel décrit la violence de sa mère, laquelle n'a pu assumer son rôle.

---

<sup>1</sup> Ricœur Paul, *Le mal*, Genève, Labor et Fides. 2004

Ces deux patients ont été atteints, abîmés par des parents pervers ou psychotiques. Le mal subi est presque irréparable.

Nous sommes ici au cœur du mystère du mal. Si c'est éprouvant pour le psy, le pire est d'écouter ceux qui jouissent du mal fait à l'autre. Le psychanalyste écoute des fantasmes inavouables, parfois horribles, sans les juger. Pour ma part, je peux tous les entendre sans frisson moral, sauf les fantasmes de torture et d'abus sexuels d'enfants.

### **La pulsion de répétition : mal reçu, mal commis**

Il arrive souvent que les patients dans leur inconscient ne veulent pas aller mieux. Ils ont peur de quitter leur souffrance et de guérir. Cependant, il faut bien reconnaître que les patients qui ont toujours beaucoup souffert ne peuvent pas imaginer exister autrement. Ils ont fini par s'attacher à la douleur, à la souffrance de l'enfance, souvent pour prouver leur amour à un de leurs parents.

### **Souffrir pour aimer : rester dans une communion de souffrance**

Hortense n'a jamais vu sa mère que souffrante. Pour lui prouver son attachement, elle n'arrive pas à faire autrement que de souffrir comme elle et avec elle. Du coup, elle se gâche totalement la vie. « Si je m'éloigne, ma mère ne va plus m'aimer. Et si ma mère ne m'aime plus, je mourrai », clame le petit enfant en elle. Souffrir constitue ici une manière parmi d'autres, pour la fille, de demeurer dans le désir inconscient de sa mère pour elle, rester avec elle dans la douleur.

Il arrive que les mères aiment leurs filles à l'excès, d'une passion ravageante. Elles constituent alors un couple, aux prises duquel la fille demeure à jamais. La cure permet à Hortense de distendre le lien, de s'éloigner intérieurement de sa mère.

Une autre patiente, Lucie, dénie la capacité destructrice de sa mère. Tous les jours, elle lui rend visite et tous les jours sa mère lui assène une parole mauvaise, néfaste. Le regard triste, Lucie ne reconnaît pas que sa mère la détruit. Elle retourne le ressentiment contre elle-même, souhaite se rendre gravement malade. Dans le passé, sa mère lui faisait sans cesse le reproche d'exister et elle l'a repris à son compte, avec une culpabilité sans fond.

### **Le besoin de punition inconscient**

Il s'exprime par une complaisance dans des situations humiliantes et pénibles, à cause d'un besoin de punition inconscient. Les patients éprouvent de la culpabilité par rapport à leur désir inconscient œdipien et cherchent à s'en punir de différentes manières. Leur surmoi sévère les y contraint. Ce besoin est un symptôme majeur de la névrose obsessionnelle dans laquelle le sujet devient un vrai bourreau pour lui-même. Le sujet vit un véritable combat contre ses pensées et désirs répréhensibles.

Pierre se punissait d'un désir excessif qu'il avait nourri pour sa mère. Provenant d'un milieu aisé, il s'obligeait à vivre comme s'il était pauvre. Ayant mis des années à l'admettre, il a fini par apprendre sur le divan à moins se torturer, à ne plus s'en prendre à Dieu ni diable.

Mireille, quant à elle, se brosse les dents dix bonnes minutes avant d'aller à la messe ; elle souffre d'autres actes compulsifs. Elle a peur de commettre un péché mortel sans

s'en apercevoir. Elle craint d'aller en enfer et souffre d'un désir sexuel inconscient obsédant qui se traduit dans des fantasmes avec le diable. Son complexe d'Œdipe a été particulièrement important et le désir de supprimer sa mère à sa mesure. Elle a élaboré tout cela après en avoir pris conscience.

Cependant, la seule prise de conscience ne suffit pas à guérir mais permet un allègement de ces mauvais traitements car le surmoi s'assouplit, devient moins sévère.

**L'homme est lui-même son propre bourreau, « L'inconscient ne veut pas son bien »** (Freud).

### **Le « mal » dans l'inconscient : la pulsion de mort**

Cette pulsion destructrice, on a du mal à la penser. On croit ordinairement qu'il s'agit de la peur de la mort, une mort irreprésentable. La pulsion de la mort défigure, elle est un ensemble de forces de destruction et de « dé-liaison » opposées aux pulsions de vie qui tendent à la conservation de la vie.

Très présentes dans le psychisme, ces pulsions sont redoutables. Elles sont tout ce qui nous fait rester au fond de notre lit. Notre psychisme vit un combat entre ces pulsions. Il provoque une résistance car « on n'aime pas entendre ce penchant inné au mal en nous, à l'encontre de l'homme créé à l'image de Dieu », écrit Freud. Il faudrait demander compte à Dieu sur l'existence du diable.

Cette pulsion de mort, je la vois à l'œuvre chez mes patients. Elle possède une emprise hors du commun dans la répétition inlassable d'une situation que Freud appelle compulsion de répétition. L'étape décisive de la cure est d'être en mesure de regarder en face la pulsion de mort, la repérer, puis l'atténuer. Le but du travail psychique est de fortifier la pulsion de vie.

### **Le masochisme moral**

L'être jouit de se faire du mal. Il se torture ou incite l'autre à le torturer. Freud écrit que l'homme est « plus attaché à sa névrose qu'à lui-même ». Ainsi, la recherche de la douleur devient une raison de vivre.

Évelyne avait vu sa mère se faire maltraiter, « sadiser » par son mari. Devenue adulte, elle cherche à reproduire cela et accepte les pratiques sadomasochistes que lui propose son nouvel ami. Le masochisme sexuel d'Évelyne reflète un profond masochisme moral. La cure lui a permis de le rendre moins offensif.

### **Le sadisme : autre face du masochisme**

La personne sadique jouit de la douleur qu'elle inflige à l'autre en s'identifiant à lui. C'est une perversion comme le masochisme, tellement liée à lui qu'en psychanalyse on parle en fait de « sadomasochisme ».

Le sadisme peut être sexuel ou pas. La pulsion de mort s'allie aux pulsions sexuelles : si le côté passif domine, le sujet est masochiste; si c'est le côté actif qui domine, il est sadique.

Chacun a une petite tendance de sadomasochisme : on peut parler de « sadisme au quotidien ». En revanche, si l'on fait mal à soi ou à l'autre, on s'interroge, on se sent coupable. Le vrai pervers, lui, ne s'interroge pas, ne se sent pas coupable, ni honteux.

### **La mise en échec de la cure : la réaction thérapeutique négative**

Freud parle d'une force chez le patient qui se défend par tous les moyens contre la guérison, surtout après avoir fait des progrès, après avoir avancé.

Gwenaëlle a souffert un véritable martyre dans sa famille. Après un grave épisode d'anorexie, elle commence à aller mieux, se remettant des traumatismes. Malgré cela, trois ans de traitement n'ont pas empêché la pulsion de destruction de faire son œuvre en elle, à travers son refus masochiste de guérir.

Si l'homme peut devenir son pire bourreau jusqu'à mettre en échec la psychothérapie, nous allons tenter de comprendre sa relation avec la souffrance, notamment avec le symptôme, qui peut devenir parfois un « moindre mal ».

**Le symptôme, un moindre mal** « *Le symptôme est un lien qui s'enroule et serre un peu trop, au mieux un rituel intime.* » Daniel Sibony.

Le symptôme paraît un mal, il nous gêne la vie, ce que nous voulons consciemment. Freud parle du symptôme de « souffrance », du symptôme comme d'un « style de vie ». Pour la psychanalyse, il est une sorte de compromis entre désir inconscient et le surmoi. Il finit par apporter des satisfactions au Moi et peut lui devenir indispensable.

Le symptôme est, en effet, paradoxal : il est l'envers d'un désir inconscient vécu comme impossible. « Tout symptôme est inconsciemment choisi, voulu, désiré<sup>2</sup> ».

Anne-Lise souffre de migraines. Peu à peu, elle découvre que la douleur lui rend service : elle réduit à néant sa pensée et empêche de ressentir de la tristesse.

Caroline avait peur de prendre l'avion. Lors des séances, elle met à jour un vœu de mort pour sa famille dans un accident d'avion. Ce désir inconscient masquait pendant longtemps son symptôme.

Natacha, quant à elle, cachait sous une forte timidité face aux hommes un désir sexuel réprimé depuis longtemps. Il lui a fallu beaucoup de temps pour admettre l'existence de ce désir.

D'autres patients ont peur de commettre un jour du mal. Ils sont fascinés par les « serial killers » ce qui les inquiète beaucoup car ils ne se sentent pas violents par ailleurs. Accusée pendant toute sa vie d'être méchante et vilaine par sa mère brutale, Isabelle en arrive à se haïr. Elle a besoin de s'alcooliser pour se sentir mieux. C'est dans ces moments qu'elle craint de faire du mal à quelqu'un. C'est bien sa mère qu'elle désire tuer dans son inconscient, sans s'autoriser à le penser.

Le symptôme est lié à la pulsion de mort en tant qu'il est la reproduction de certains

---

<sup>2</sup> Bonnet Gérard, *Le transfert dans la clinique psychanalytique*, Paris, PUF, 1991.

éléments d'un conflit inconscient chez le sujet.

Le symptôme est à certains égards un mal car il fait souffrir, mais il peut être un bien, une tentative de guérison. C'est particulièrement net avec le délire : le malade tente de se soigner lui-même en délirant. Il clame tout haut ce qui le torture intérieurement.

Un jour, j'ai vu un homme dans le métro qui répétait sans cesse mécaniquement la même phrase : « Ont-ils une figure salissante ceux que Dieu a créés, sans pitié et sans grâce? » On devine qu'il est torturé par son propre statut face à Dieu et combien il doit souffrir de se sentir ni secouru, ni sujet de grâce.

### **La douleur physique n'est pas seulement physique**

Lévinas parle de la douleur « appelée à la légère, physique<sup>3</sup> ». Son drame est qu'elle ne reste pas seulement physique, créant une douleur morale. La maladie peut provoquer la dépression et l'isolement du sujet. Lévinas définit cette douleur comme « impossibilité de se détacher de l'instant de l'existence, avec une absence totale de tout refuge ».

La douleur physique chronique constitue en soi un malheur car « elle entame l'être humain dans toutes ses dimensions affective, psychique, et même spirituelle...<sup>4</sup> ».

La dépendance liée à la maladie ou au handicap est une véritable souffrance, une des plus grandes pauvretés des temps modernes. L'autre devient indispensable et son absence est cruellement ressentie.

### **Les phobies d'impulsion, ou la peur de commettre un mal irréparable**

Dans ce symptôme, le sujet a peur de commettre un mal terrible à autrui. Pourtant, il n'est ni pervers, ni cruel mais simplement névrosé, obsessionnel. Son sens moral est intact. Les jeunes mamans ont souvent peur de devoir, sous l'emprise de la compulsion, faire du mal à leur enfant. Cela peut venir de leur propre mère qui a ressenti des pulsions violentes à leur endroit.

### **Le « sentiment » de culpabilité**

Ce sentiment peut être éprouvé à la suite d'un acte, répréhensible à nos propres yeux. Dans cette situation on s'accuse, on éprouve de la honte, de l'indignation. Pour Freud, la culpabilité naît d'un conflit entre le moi et le surmoi plus sévère, interdicteur, défenseur. Elle est l'héritière du complexe d'Œdipe, le retournement sur soi de l'agressivité envers le parent œdipien.

La théologienne Lytta Basset<sup>5</sup>, à la suite de Marie Balmay, considère que la culpabilité apparaît chez l'enfant bien avant le surmoi. L'enfant ne peut supporter une insuffisance de ses parents ou une faute commise par eux : pour pouvoir continuer à les aimer, il préfère s'accuser lui-même. Il existerait ainsi une culpabilité originaire, que le pardon pourrait réduire.

Néanmoins, toute généralisation est vaine en ce qui concerne la vie psychique. Le domaine le plus culpabilisant est la sexualité, particulièrement la masturbation.

---

<sup>3</sup> Lévinas Emmanuel, *Espace et temps*, Paris, PUF, 1983

<sup>4</sup> Weil Simone, *Attente de Dieu*, Paris, Fayard, 1966

<sup>5</sup> Basset Lytta, *Culpabilité, paralysie du cœur*, Genève, Labor et Fides, 2004

Pourtant, cette pratique est universelle. Ce sont les fantasmes inconscients qui accompagnent l'acte d'auto-érotisme qui culpabilisent la personne.

Je ne vise que la culpabilité pathologique et non la culpabilité normale, saine, et même nécessaire au sens d'un sentiment de responsabilité, par exemple.

### **Peut-on encore parler de « névrose chrétienne » ?**

Mes patients chrétiens pratiquants ne me semblent pas plus culpabilisés que les autres, non-croyants. Souvent, la notion du péché originel qui marque tout homme depuis « la chute », fait d'eux des pécheurs nés, sans exception. C'est ce qui a pu conduire à parler de « culpabilité chrétienne » ou encore de « névrose chrétienne ».

Mes patients chrétiens se sentent davantage coupables dans le domaine de sexualité.

Pour l'historien contemporain français Jean Delumeau<sup>6</sup>, le christianisme a nourri une culpabilité collective en Occident, à cause du devoir de la confession.

Pour le jésuite et psychanalyste Antoine Vergote<sup>7</sup>, la pathologie de la faute a constitué une des « maladies congénitales du christianisme ».

La culpabilité du Moi est différente du « sens du péché », qui peut nous être révélé avec douceur. Cela n'est pas du même registre. On est aimé sans limites par Dieu, même pécheurs.

### **Les chrétiens pratiquants et l'idéal**

Beaucoup de chrétiens souffrent de ne pas être à la hauteur de l'idéal proposé par Jésus, surtout en ce qui concerne l'idéal de l'amour donné par les Évangiles.

Leur idéal du moi est très élevé et peut susciter un sentiment de honte, autre forme de la culpabilité. Le modèle de référence pour les chrétiens est le Christ, le modèle des modèles, mais inatteignable à jamais. La religion seule ne crée pas le poison de la culpabilité mais le renforce.

Madeleine est obligée de demander pardon lors de la prière familiale du soir, si elle a touché son sexe dans le bain.

### **Les pathologies de l'extrême**

Je suis parfois saisie par la souffrance extrême, le malheur de certains de mes patients. Je suis touchée au plus profond de moi, je ressens une vraie colère. Je constate les effets déshumanisants du mal : le patient n'est plus un être souffrant qui peut parler, élaborer, mais un être en grande partie détruit, ravagé par le mal.

Le patient est mon prochain, mon proche-en-humanité.

### **Le « Mal-malheur »**

Le « Mal-malheur » peut se manifester dans notre vie de deux manières :

---

<sup>6</sup> Delumeau Jean, *La peur en Occident du XIV-XVIII siècles*, Paris, Hachette littérature, 1999

<sup>7</sup> Vergote Antoine, *Dette et Désir*, Paris, Le Seuil, 1978

- La première, c'est le « malheur » innocent : une maladie, un handicap, la mort d'un proche. Ce ne sont pas toujours de véritables malheurs. On peut les traverser, en parler.
- La deuxième manière est le traumatisme grave, causé le plus souvent par un pervers : grave violence physique et psychique. Pour le pervers, sa victime n'est pas un humain mais une chose, un objet.

La victime ne sait parfois plus se respecter elle-même. Une de mes patientes, Géraldine disait: « Je ne suis pas une jeune fille, je suis un truc sale, répugnant ! ». Le mal subi détruit le regard sur soi : un long accompagnement par un autre bienveillant s'impose. C'est éprouvant d'accompagner ces êtres.

Anna a été durement éprouvée dans sa famille. Parfois, lors des séances, elle ne pouvait même pas parler, elle pleurait d'une manière particulièrement difficile : une lamentation sanglotée. A d'autres moments, il me fallait écouter son silence de plomb. A ces moments-là, je ne me sens plus une psychologue mais un être humain qui a charge d'une âme brisée.

Le malheur c'est l'atteinte de notre être, de notre identité et non pas de notre avoir. Le malheur détruit les capacités de notre psychisme. « La morsure du mal est si puissante qu'il n'y a plus ni défense ni retrait. Le sanctuaire de l'âme est envahi », écrit Maurice Bellet<sup>8</sup>.

La philosophe mystique Simone Weil<sup>9</sup>, quant à elle, définit le malheur comme « un déracinement de la vie, un équivalent plus ou moins atténué de la mort ». Le malheur doit atteindre la vie de la personne dans toutes ses dimensions : psychologique, affective, physique et sociale. « J'avais l'âme et le corps en morceaux », écrit Simone Weil.

Avec ces êtres en proie au malheur, il ne s'agit pas de faire une cure type. Ils ont surtout besoin d'être écoutés, accompagnés de façon chaleureuse, souple. Le psychanalyste laisse en lui de la place à la douleur de l'autre. Il met en œuvre une sorte d'hospitalité de la souffrance de l'autre.

### **Le mystère de la souffrance est celui du traumatisme**

Le traumatisme est un événement violent non assimilable par le psychisme et qui fait effraction. On ne peut penser le traumatisme, il échappe à l'esprit. On ne peut pas l'oublier même si on le croit.

Camille tremble dès qu'elle parle de son père. Quant elle tente de m'en parler, une sorte de brouillard enveloppe son esprit. Elle a peur de ce qu'elle peut découvrir. Ses rêves vont l'éclairer peu à peu sur ce qui lui est véritablement arrivé, rêves terribles, cauchemars pleins d'horreurs, monstrueux. C'est un sujet ravagé, détruit.

Ces patients ont beaucoup de mal à faire des projets, à croire en leur avenir, à aimer, à avoir une vie intime. Leur vie professionnelle et sociale peut être aussi perturbée.

Léonore est abusée à l'âge de trois ans par un ami de son père. En quelques minutes, sa

---

<sup>8</sup> Bellet Maurice, *La Traversé de l'en-bas*, Paris, Bayard, 2005

<sup>9</sup> Weil Simone, *Attente de Dieu*, Paris, Fayard, 1966

vie bascule. La petite fille est envahie par la terreur et par la honte. Elle est amenée à prendre en charge cette honte que le pervers est incapable d'éprouver du fait de sa structure psychique.

Le Mal se propage comme une maladie contagieuse. La culpabilité se transmet de l'agresseur à la victime.

### **La mélancolie, une grave maladie**

La mélancolie est une forme très grave de dépression dans laquelle le sujet dit « maniaco-dépressif » s'accuse d'une faute qu'il aurait commise, de façon délirante parfois. Le malade peut en arriver à se suicider.

Selon André Green<sup>10</sup>, la mélancolie est une des figures du mal, mal inexplicable qui échappe à tout raisonnement. Le sujet est totalement replié sur lui-même, il s'inflige une douleur morale, un enfer.

Alain, un homme psychotique, dans ses accès de mélancolie me répète qu'il va se défenestrer, après avoir tué sa fille. Un jour, au début d'une séance, il a menacé de commettre l'irréparable dans mon cabinet. Il a voulu exercer son sadisme envers moi et me faire éprouver la terreur qui l'habitait trop souvent. Cela nous confirme à quel point sadisme et masochisme sont intrinsèquement liés, issus de la même pulsion de destruction.

### **Le pervers narcissique : un cruel, un malade?**

Le pervers narcissique ne souffre pas de perversion sexuelle mais de perversité, de perversion psychique.

L'on confond souvent perversité et perversion sexuelle.

La perversité est la tendance à éprouver une satisfaction dans l'exercice de la méchanceté, et n'est pas liée à une quelconque perversion sexuelle.

Le pervers est tout d'abord un malade. Il lutte souvent contre la dépression, voire l'effondrement. Le plus effrayant c'est de constater à quel point l'homme malade de perversité peut tomber facilement dans la cruauté.

La cruauté est très différente de l'agressivité normale qui est nécessaire pour que l'individu puisse s'affirmer, se défendre.

La rage destructrice du pervers narcissique est muette, aveugle, sourde, inversée, note Yves Prigent<sup>11</sup>. Le pervers détruit un être car il vise les lieux constitutifs de la personne : convictions, foi, honneur, place dans la société. Le pervers va humilier, abaisser, « salir » sa victime. Les manipulations répétées et élaborées provoquent une grave détérioration psychique chez la victime, lui font vivre une expérience hors repères et le laissent tragiquement seul.

Yves Prigent recense sept procédés pour transformer un être humain en une chose :

- le déni de lui-même ou d'un aspect de sa personne ;

---

<sup>10</sup> Green André, *Pourquoi le mal?*, in Revue Française de Psychanalyse, mars 1995

<sup>11</sup> Prigent Yves, *La cruauté ordinaire*, Paris, Desclée de Brouwer, 2003

- l'emprise ou volonté de posséder et de contrôler l'autre comme une chose ;
- les manipulations ;
- l'exclusion (comme l'ostracisme où la personne n'avait le droit de parler ni regarder la personne punie) ;
- la méconnaissance, qui peut se faire en public ou dans la sphère privée autour de la victime ;
- l'envie, qui est du registre de la haine. Le pervers envie de façon haineuse les autres ;
- l'ingratitude.

Chez le bébé, la cruauté s'articule avec la pulsion de tendresse. La cruauté est un mécanisme de défense du psychisme. Le tout-petit a besoin de cette cruauté pour construire vis-à-vis de la mère, son identité. Il cherche à se débarrasser de l'autre pour se constituer lui-même.

La cruauté peut s'exercer envers soi-même à l'adolescence avec certaines pratiques comme la scarification qui sont autodestructrices.

Les personnes souffrant de névrose obsessionnelle connaissent des moments de cruauté obsessionnelle, au sens de dureté envers autrui.

Le pervers narcissique ressent en lui un vide intérieur déclenchant une rage qui le pousse à détruire l'autre. Dans sa maladie, il ne se considère pas vraiment comme humain. Il n'éprouve pas de sentiment d'honneur et de dignité envers lui-même.

Le pervers a besoin de s'attacher à un autre pour le détruire.

Claire souffrait des « promesses perverses » de sa mère. Il s'agit de fausses promesses, faites dans un contexte marqué au quotidien de ces « menus » actes pervers.

Les pervers sont parfois perçus comme des saints à l'extérieur. Au XVIIe siècle, la marquise de Brinvilliers empoisonne son père, ses deux frères puis sa sœur. Elle voulut tuer sa propre fille : l'infanticide échoue de peu. Cette femme haïssait sa famille ce qui ne l'empêcha pas de hanter la nuit les hôpitaux pour soigner les malades. A la fin de ses jours, alors qu'elle est condamnée à mort, elle se repent et demande pardon : son confesseur verra en elle une sainte.

### **Ceux qui se croient possédés**

Elisabeth se croit torturée par Satan tous les nuits : d'après elle, le diable la pénètre avec une grande barre de fer, lui fait avaler son crucifix, etc. Dans ses hallucinations, elle voit l'enfer, des milliers de personnes brûlées. L'exorcisme ne l'a pas soulagée puisqu'elle est psychotique et non possédée. Son histoire est tragique : sa mère se suicide quand elle a sept ans et elle est placée à DASS. Ensuite, elle est recueillie dans une famille où le père l'abuse. Maintenant elle ne veut pas se soigner. Pour elle, la persécution vient réellement de l'extérieur, elle ne peut soupçonner que c'est le fruit de son psychisme. Elle s'effondrerait si elle finissait par l'intégrer. Le délire est dans une certaine mesure une tentative d'auto-guérison.

### **La cure, une aventure intérieure**

Pour moi, l'analyse est à vivre dans toutes les dimensions de notre être. Il suffit d'être

dans une « attente croyante » d'un résultat, une totale adhésion n'est pas indispensable.

Être un bon analysant demande d'accepter de se soumettre aux règles du jeu : dire, sans trier, tout ce qui traverse l'esprit. Dire avec le cœur, les émotions, mais sans que le divan devienne un déversoir au lieu d'être le lieu de l'élaboration.

Dire avec sa foi aussi, ou avec son athéisme, sa philosophie. Certains patients sont par ailleurs accompagnés spirituellement. Il importe de ne pas mélanger le psychique et le spirituel, de ne pas demeurer dans la confusion. Il ne s'agit pas de nier que Dieu est en mesure de guérir. La simple rencontre avec Jésus est en soi une guérison et, plus encore, elle est porteuse de Vie. On peut recevoir des grâces dans une retraite, mais guérir d'une névrose ou d'une psychose est difficile dans ces conditions-là, sans psychothérapie.

J'ai assisté à des excès en tout genre, comme celui d'une utilisation de la religion pour guérir psychologiquement.

Il faut distinguer aussi les maladies psychiques et les maladies spirituelles car elles ne sont pas de même nature. Pour en revenir à la psychanalyse, le corps lui aussi est bien présent dans la cure et sait se manifester chez le sujet. « Le corps ne veut que la vérité, et s'il traîne ses vieilles douleurs, c'est qu'il cherche, sa vie durant, la nourriture qu'il n'a pas reçue dans l'enfance », explique la psychanalyste Alice Miller. Le corps est un lieu de souffrance, il est aussi un lieu de désir, il peut manifester des résistances à la cure : malaises, douleurs, séances ratées.

### **La cure, un processus d'humanisation**

On ignore souvent de quoi notre souffrance est tissée quand on commence une cure. On a accès seulement à ses manifestations qui sont aussi ses symptômes. Ils nous ont mis en mouvement intérieur car la souffrance est masquée, non signifiante.

Cette souffrance à laquelle nous n'avons accès qu'en surface, qui peut se présenter sous des déguisements originaux, c'est seulement après l'avoir accueillie comme telle qu'elle pourra se dire autrement qu'à travers des symptômes. Découvrir sa *terra incognita*, l'accueillir, apprendre à l'écouter, laisser advenir la parole qui guérit, - voilà un travail humanisant - .

C'est la parole dite à l'autre et accueillie par l'autre qui est guérissante. Prendre conscience de sa propre détresse, l'assimiler comme détresse commune à tous les hommes est essentiel. Cette détresse originaire est ressentie par tout humain bébé.

La souffrance, d'une certaine manière, est consubstantielle à la vie. On peut lui trouver un sens et, secondairement, elle fait grandir. L'acceptation de la souffrance que l'on rencontre, le « oui », peut être presque « magique ».

Etty Hillesum<sup>12</sup> écrit : « Dès que je me montrai prête à les affronter, les épreuves se sont changées en beauté ».

L'analyse soigne car elle est une Rencontre avec un être qui a normalement dépassé sa souffrance. On peut la traverser avec lui.

---

<sup>12</sup> Hillesum Etty, *Une vie bouleversée*, suivi de *Lettres de Westerbork*, Paris, Le Seuil, 1985

Les patients nous humanisent aussi. De différentes manières ils nous apportent quelque chose, nous enrichissent de leur parcours.

### **Parvenir à aimer mieux son prochain?**

Selon Freud, l'un des deux buts de la cure est de parvenir à aimer. La patiente Louise en témoigne : « Je me rends compte que j'aime mieux les autres maintenant, comme j'ai appris à me respecter, je les respecte plus ».

Freud souligne l'incapacité à aimer autrui vraiment. Pour lui, on s'aime dans autrui ; l'amour est narcissique. L'amour humain n'est que « l'amour de soi dans autrui ».

Moi aussi, après vingt ans d'écoute, j'ai compris qu'aucun amour n'est vraiment pur, qu'aimer véritablement est très difficile.

Lors des séances, les patients parlent plus d'un attachement envers leur conjoint conjugué à de l'attirance. La personne névrosée est prisonnière de son attachement à ses parents, d'où sa grande difficulté d'aimer quelqu'un d'autre.

Lacan s'est posé aussi cette question du « pur amour ». Pour lui, vouloir le bien de l'autre signifie vouloir son propre bien. Ce n'est pas au nom de l'Amour du prochain, ni de la charité que « nous avons à aimer le prochain comme nous-mêmes », mais c'est à cause d'une place béante en nous-mêmes et parce que le prochain est habité de la même béance. « Le sujet, en fin d'analyse, accède à la possibilité d'amour du prochain ». A la fin de sa vie, Lacan semble trouver le sens de l'amour, sans qu'il soit pour autant le pur amour.

L'Abbé Rousselot distingue chez les théologiens médiévaux la théorie « de l'amour physique, où l'on s'aime à travers l'autre, de celle de l'amour extatique, seul pur amour, fait de détachement et d'oubli de soi ».

L'amour idéal est difficilement atteignable. Au XVII<sup>ème</sup> siècle, Madame Guyon<sup>13</sup> et Fénelon ont élaboré la théorie du pur amour, désintéressé, sans recherche de son intérêt personnel.

François de Sales est allé jusqu'au bout de cet amour pur envers Dieu. Dans son *Acte d'abandon héroïque* en 1587, il dit à Dieu : « Quoi qu'il arrive et même si tu devais me damner, Seigneur, je t'aimerai toujours. »

### **Aux risques de l'analyse**

Risque-t-on de perdre sens moral, de vouloir céder à tous ses désirs? Et l'analyste?

### **Perd-on son sens moral après une analyse?**

Parfois le patient est lié au désir de l'autre, souvent inconscient. « Je drapais mes

---

<sup>13</sup> Jeanne Guyon a écrit un long poème théologique sur le thème du Pur Amour. A la cour, un cercle de fidèles se forme autour de Madame Guyon avec la Confrérie du Pur Amour. Fénelon fait partie de ses disciples. Madame Guyon écrit *Vie*, une sorte d'autobiographie spirituelle. Ses écrits commencent toutefois à faire tache à Rome : son opuscule *Règle des associés à l'enfance de Jésus* est condamné par le Saint-Office.

sentiments pas très nobles dans des principes », me dit une patiente Béatrice. Une personne moralisatrice lutte en fait contre ses désirs secrets. Ils sont transformés en interdits par un mécanisme de défense appelé formation réactionnelle. En demeurant sous l'emprise de l'inconscient, nous allons instaurer des principes éducatifs en fonction de ceux que nous avons reçus. Nous allons ériger en principe ce que nos parents nous ont fait vivre.

Les patients aimeraient qu'on leur dicte quoi faire, que quelqu'un décide à leur place. Le patient estime que ce qu'il fait est mal car on le lui a appris. Je dois accompagner le patient de telle sorte qu'il puisse passer de la morale reçue à l'éthique qu'il veut adopter pour lui-même. Lacan évoque le passage de « l'éthique de la culpabilité à celle du désir ».

Hélène est enseignante dans une grande école. Elle est en analyse depuis quelques années pour surmonter la perte de son père qui a mis fin à ses jours. Sa fille prépare le concours d'entrée à l'école où elle exerce. Un jour, Hélène tombe sur les sujets du concours. Que doit-elle faire ? Si elle donne le sujet du concours à sa fille et que celle-ci le réussit, pourra-t-elle encore se regarder dans la glace ? Et si sa fille rate le concours alors qu'elle ne lui a donné aucune indication, ne risque-t-elle pas de le regretter ? Elle va opter pour une troisième voie : elle aidera sa fille sans lui communiquer le sujet, en la soutenant dans ses révisions. Elle se connaît assez bien pour savoir le poids d'une telle décision, qu'elle ne veut prendre, quel qu'en soit l'enjeu.

### **De la morale subie à l'éthique choisie**

La morale n'est pas du ressort de l'analyste mais de celui du moraliste. Le psychanalyste n'a rien à juger ni à édicter car lui aussi, il est soumis à la loi. Néanmoins, l'analyste est pourvu de moralité passée au crible de sa propre analyse afin qu'elle lui devienne personnelle, choisie et non subie.

Le psychanalyste guérit de la culpabilité malade, excessive, imaginaire. Cette culpabilité apparaît dès que le patient ne répond pas ou s'éloigne un peu des exigences de l'objet d'amour (son parent).

« L'éthique est une science du bonheur, et en tant que telle elle est opposée aux forces de déliaison et de mort », note Jacques Arènes<sup>14</sup>. On ne construit pas une éthique dans la méconnaissance de notre ombre.

Parfois, en début de cure, l'analysant se laisse aller à ses envies car il rencontre en la personne de l'analyste quelqu'un qui ne le juge ni ne le condamne. Puis l'analysant peut revisiter ses codes moraux, principes, etc. Il passe son idéal au creuset de l'analyse et il en comprend mieux son origine et sa nature.

La gratuité de la générosité est un bon exemple. Parfois, le désir d'aider son prochain ne vient pas de la seule générosité. L'on désire souvent se valoriser, se fuir, accomplir le vœu de ses parents ou toute autre motivation. D'une certaine manière, l'autre passe avant soi dans certaines névroses, son désir fait loi.

La question cruciale pour les chrétiens et les juifs pratiquants est jusqu'où aller dans l'oubli de soi ?

---

<sup>14</sup> Arènes Jacques, *Souci de soi, oubli de soi*,

## **Au risque de la découverte de son Désir**

Le risque majeur de la cure est en fait celui de se trouver soi-même dans la vérité profonde de son désir inconscient.

Sur le divan, on descend dans nos bas-fonds. Notre amour-propre peut en prendre un coup. On se transforme en véritable volcan, calme en apparence, mais bouillonnant à l'intérieur. Un jour ça craque - c'est la crise. Cette crise nous offre de renouer avec nous-mêmes, de retrouver nos profondeurs. Cette recherche débouche sur un joyau : notre être véritable, dans la beauté de sa vérité.

Mais ce n'est pas toujours « impunément » qu'on se trouve soi-même. Parfois, il convient de réaménager sa vie, fuir les situations mortifères - c'est comme un devoir envers soi.

### **« Psy », un métier à risques**

C'est un métier austère dont la difficulté réside dans une certaine solitude. On ne s'appuie que sur soi-même. On ne dispose que de soi, de ses oreilles, de sa parole et de ses silences pour aider autrui.

Notre instrument de travail est notre être, notre psychisme conscient et inconscient. C'est aussi notre propre analyse. Il faut être solidement ancré en soi, dans la réalité et dans la vie pour pouvoir ainsi prêter son psychisme à autrui. Il s'agit bien de mettre son psychisme à la disposition de l'autre ce qui est parfois très fatiguant moralement car c'est son être dans toutes ses dimensions qui est sollicité. Le psychanalyste peut se déprimer ou, plus rarement, souffrir d'un léger trouble passager de dépersonnalisation.

L'abstinence du psy, qui n'est pas seulement sexuelle, est tout aussi nécessaire pour lui que pour le patient. C'est une abstinence en actions mais aussi en paroles, en conseils. L'analyste est sommé d'écouter la parole de l'analysant sans en faire d'autre usage que l'interpréter. Il faut maintenir le cadre à tout prix, ne jamais intervenir dans la réalité du patient, supporter et analyser le transfert de certains patients. Il faut aussi rester capable de s'émerveiller malgré la trop grande connaissance de la nature humaine.

### **Peut-on parler de guérison en psychanalyse ?**

Guérison en psychanalyse n'est pas de même nature qu'en médecine, car dans notre inconscient nous ne voulons pas guérir. Le principe est de ne pas aller trop vers le symptôme, ni vers la guérison.

### **Guérir, mais de quoi ?**

Les patients nous reprochent de ne pas s'intéresser assez au symptôme. Parfois, quand ils sont guéris, ils ne reconnaissent pas que cela vient des séances ainsi que de la puissance de leur inconscient.

Ce n'est pas du symptôme que nous avons à guérir mais d'un désir inconscient. Le divan nous invite à un renoncement à la guérison telle que nous l'imaginons. « Faisons bien notre travail sur le divan... et la guérison viendra de surcroît » (Matt. 6 : « Cherchez d'abord le Royaume des cieux...et tout le reste vous sera donné par

surcroît »).

Souvent on guérit d'abord d'autres symptômes que le principal, qui a fait entamer la cure. La guérison est de ne plus organiser sa vie autour du symptôme. La cure modifie la relation à soi-même, à sa souffrance, permet de renoncer à une vie parfaite, à la perfection, à l'Eden de la vie intra-utérine. Elle permet aussi d'apprendre à cheminer au mieux avec la souffrance inévitable sans dramatiser ni fuir.

La guérison n'est pas au bout du chemin : elle est le chemin. On guérit en renonçant à ce rêve de guérison parfaite en acceptant de se tromper, d'échouer.

On guérit en apprenant à écouter les langages de notre inconscient et en renonçant au désir d'être parfait, de tout maîtriser : c'est en y renonçant que l'on guérit.

### **« La vérité vous rendra libres » (Jean, 8,32)**

Le travail de vérité tient une place très importante dans la cure. « Celui qui fait la vérité vient à la lumière » (Jean). Faire la vérité en soi est très important. C'est aussi avoir accès à son désir inconscient. Aucun faux-semblant ne résiste.

Pour que la relation entre analyste et patient soit réellement thérapeutique, l'analyste doit se sentir mobilisé par le patient, ressentir un minimum d'empathie. Il faut, en outre, que la relation inclue la dimension du « plaisir ». L'analyste doit aussi respecter l'abstinence s'il veut avoir une activité réellement thérapeutique.

### **Un changement de regard**

Le patient va apprendre à s'accueillir sans porter de jugement sur ce qu'il est, à s'accepter, même dans ce qu'il aura découvert d'inacceptable en lui. « La grâce des grâces est de s'accepter humblement, c'est elle qui procure la paix intérieure », écrit Bernanos.

Tout ceci permet de se regarder autrement, moins sévèrement, avec plus de compassion. La Peur de soi c'est la peur de l'autre. En s'étant découvert « soi-même comme un autre », selon l'expression de Ricœur, le regard sur l'autre en sera changé. L'accueil de l'inconnu, de l'autre en soi permet de mieux accueillir autrui. Cette guérison du regard sur soi et sur l'autre va permettre la relation, la vie tout simplement.

### **Fin de l'analyse ou fin de la cure ?**

Freud s'est beaucoup interrogé sur la question de la fin de la cure : existe-t-il un « niveau de normalité psychique absolue » qui se maintiendrait ensuite, après la cure ? Non, mais les symptômes peuvent être atténués.

Quand l'analyse se termine bien, de manière heureuse, c'est souvent quand les symptômes étaient surtout d'origine traumatique. Quand la cause est traumatique, explique Freud, on peut parler d'analyse « terminée définitivement ». Sinon, l'analysant saura poursuivre seul.

Il y a un côté mystérieux de la guérison, même pour Freud. « Je le pensais, Dieu le guérit », formule qu'il conseille aux jeunes psychanalystes d'adopter. L'idée vient d'Hippocrate pour qui la nature guérit elle-même.

La guérison demeure toujours imparfaite car angoisse et désir sont liés. La psychanalyse délivre de l'angoisse pathologique, pas ontologique.

## **ETRE INFIRMIERE A LA CLINIQUE SAINT JEAN DE DIEU**

Dans le cadre de la Pastorale, Madame Pallado m'a demandé d'intervenir sur mon vécu d'infirmière et la souffrance rencontrée chez les soignants.

J'ai commencé par un faire un tour d'étage pour témoigner aujourd'hui, en tant que porte-parole de l'ensemble des soignants.

Etre infirmière à la Clinique Oudinot, c'est accueillir les patients qui vont subir une intervention chirurgicale plus ou moins mutilante avec l'annonce d'un diagnostic grave qui fait peur : le CANCER ;

Un mot qui engendre angoisse et questionnement de la part du patient et de la famille.

CANCER est synonyme de douleur, de dégradation, de mort.

Plus de 1000 femmes par an sont opérées d'un cancer du sein à la clinique Saint Jean de Dieu.

Le sein symbolise féminité, maternité, sensualité...

De plus, depuis mars 2007, un service de chimiothérapie est ouvert pour offrir une prise en charge globale et pour mieux répondre aux attentes de nos patientes.

Les infirmières se retrouvent à prendre en charge des femmes mammectomisées, sans cheveu, sans cil... vivant plus ou moins bien l'altération de leur image corporelle, de leur féminité. Cette situation renvoie les infirmières à leur propre image : l'effet miroir.

Elles se retrouvent confrontées aux angoisses, à des pleurs, des questionnements de mamans inquiètes pour leur enfants, leur mari ; des femmes révoltées, en colère... et il est parfois difficile de savoir quoi faire..., comment répondre..., quelle attitude adopter... provoquant un certain mal-être.

De plus, depuis peu, nous accueillons des patients en inter-cure de chimio présentant une altération de l'état général, voire en bout de course et en attente d'une place en soin palliatif.

Le personnel n'est pas toujours préparé à affronter ce genre de situation.  
En chirurgie, le patient entre, est opéré, récupère et repart chez lui. A présent, il peut mourir et il faut l'accompagner, mais comment ?

Certains soignants ne se sentent pas capables et passent le relais.

### **LES SOLUTIONS POSSIBLES**

L'esprit d'équipe ; la possibilité de passer le relais ; la verbalisation, la possibilité de faire une groupe de paroles avec la psychologue.

Les formations : écoute, la relation d'aide, les cours sur les pathologies par les médecins, conduite à tenir à l'annonce d'un diagnostic grave...

L'expérience professionnelle.

### **CONCLUSION**

Même s'il est difficile de prendre en charge ce type de patiente, l'atmosphère apaisant de la Clinique Saint Jean de Dieu, permet de traverser ces moments délicats avec une certaine sérénité.

*Myriam LECUYER*

*Infirmière Coordinatrice*

## Le silence de la pulsion

Comme nous le montre le film de Variety Mozenski, " *Les aventures chimiques* ", le traitement des patients en Oncologie nécessite des soins d'une haute technicité.

Cela suppose que chacun d'entre-nous mette sa propre humanité au service des patients. Cela nous rendrait-il tous "psychologue", comme le dit une secrétaire du service ?

Nos professions sont distinctes soit, en revanche notre espace de travail est commun, avec, en son centre, le patient.

Un certain savoir-faire psychologique fait d'empathie et de bienveillance permettrait-il de comprendre les malades et leur douleur ?

Ce "comprendre-là" protègerait-il le "professionnel de santé" de la projection que lui renvoie le patient avec sa douleur ?

Peut-être que seul le patient souffrirait ?

Dans le service d'Oncologie où je travaille, tout va bien.

Il n'est pas si facile que des difficultés se disent...

Parfois, nous sommes comme dans "un bocal".....cette expression qu'une infirmière a dite, je l'ai retenue pour l'explorer. De quoi s'agit-il ?

Dans un bocal, on fait des bulles, on ne parle pas,  
Dans un bocal....le risque est d'étouffer avec cette angoisse qui accompagne l'asphyxie.

Ce manque d'oxygène serait-ce l'expression d'une souffrance chez des soignants ? De quelle nature serait cette souffrance ? Y aurait-il un traitement ? Et lequel ?

Je rappelle le titre de ces Journées : "***Accompagnement des soignants et des proches en situation de souffrance***".

Il y a lieu de s'interroger.

L'équipe d'Oncologie est à dominante féminine.

Soigner et supporter tout au long de leurs traitements des malades atteints de cancer du sein (pour la plupart d'entre eux) sans souffrir serait-ce possible ? Est-il humain de ne pas souffrir ?

Malgré tout le tact des soignants, le patient, lui, souffre.

Le principe même de "l'annonce" (diagnostic, demandes ou résultats d'examens ou d'interventions, changements de traitement etc.) déclenche souvent de l'angoisse chez un patient.

La clinique des patients nous enseigne que la parole vivante est le pendant, souvent nécessaire, à l'angoisse qui les assaille.

L'angoisse est un affect, cette espèce de sentiment (l'affect) qui sans être refoulé,

mobilise l'être à son insu.

L'angoisse étreint le corps au point où la cause inconnue de cette étreinte relève de l'inquiétante étrangeté qui indique la présence de l'inattendu, "un pré sentiment qui ne trompe pas, ce qui est avant un sentiment"(cf./ semX. J.Lacan. L'angoisse.1962-1963).

L'angoisse est la cause du doute existentiel parce que la pensée de l'homme est tracée par les signifiants (le signifiant c'est l'image acoustique du mot, le mot matériel en dehors de sa signification, de ce qu'il dit, le concept). Ces signifiants déterminent le sujet, la parole constitue l'humain.

La pensée d'un sujet est inévitablement confrontée dans la maladie aux signifiants qui la représentent.

Le film illustre particulièrement bien cette question.

"Cancer", (qui vient du grec " onkos" = vrac, masse ou tumeur), ce mot représente pour chacune des femmes qui parlent à leur "semblable" dans ce film quelque chose de différent.

Dans cette maladie, il y a beaucoup d'inconnu. Quelquefois du « jamais pensé ».

Ce qui est nouveau pour un patient, c'est la rencontre avec l'ignorance = ça lui était étranger, inconnu et soudain cela le pénètre, c'est le cancer = l'intrus.

Souvent le cancer fractionne une vie plus ou moins réglée et fracture une continuité tacite.

La discontinuité pré-sentie ou éprouvée est aggravée par des effets secondaires qui peuvent être un temps invalidants.

Même si les chiffres banalisent cette maladie qui devient peu à peu chronique, son caractère encore létal déclenche des manifestations subjectives dont seule l'éthique peut rendre compte.

Face aux nouvelles questions existentielles dans une vie jusque-là pensée infinie, seul le respect des choix que feront les patients s'impose.

La responsabilité du sujet qui, quelque fois, s'engage vers une voie nouvelle, témoigne d'une véritable révolution subjective. Les remaniements dont parlent ces femmes ne laissent aucun doute, ce réel rencontré, celui de la mort, s'il est pris en considération, au sérieux (série = au un par un) conduit comme le dit l'une d'entre elle au "bien vivre et permettra le bien mourir".

Il y a donc une logique dans les discours de chacun.

Le sens logique d'un discours sur sa vie est mis en question dans le film.

On pourrait dire : à chacun son destin... (chez Freud, le destin c'est un projection tardive du père - cf/ Doïstowski et le parricide)

Le discours sur la vie et ses principes éthiques, que cela soit celui de la science, qui voudrait parfois dans son absolue maîtrise, pouvoir décider de la vie comme de la mort, ou celui des professionnels du soin, le discours est ce qui fait tenir ensemble le patient et son médecin quand ils se parlent.

L'échange filmé entre cette patiente qui partage sa joie avec celui qui ne baisse pas les

bras : son chirurgien, humain rendu malheureux par l'impuissance de la science à guérir, nous montre bien ce qui lie et fait tenir l'être. C'est le lien de confiance entre deux discours, c'est l'échange par le biais du transfert qui permet que la parole soit véhiculée.

Les mots, ceux qui sont dits, et ceux qui sont tus.  
Il s'agit peut-être de les bien dire....les taire quelquefois.....

Les mots, véritables points de butée, la mort par exemple dont aucun sujet ne peut rien dire : pas d'expérience, du réel pur : "impossible à dire" ( J.L . déf du réel). Autant d'indices qui mettent en évidence la nécessité que l'autre puisse dire ce qu'il pense, quand il le décide, qu'il puisse dire, dire les mots de son être, comme une lettre adressée à l'autre.

Ce film est un message détaché de tout pathos.

Ce message nous dit combien cet objet : le cancer, entr'aperçu, pré senti dans le corps, cet objet, vécu comme le nouveau partenaire du sujet, cet objet source de l'angoisse, ne peut laisser indifférent.

Cet objet avec lequel nous travaillons tous ensemble dans ce service, quelquefois il nous sépare, il nous reste en travers de la gorge, il nous empêche de parler ensemble, de cela, de ce qui nous touche.

Pour que la vie ne soit jamais instrumentalisée les discours ont à circuler, comme le sang dans le corps.

Au fond, ces patientes nous disent que chacun de nous, sans le savoir, est susceptible d'accueillir cet obscur objet, qu'il appartient à la vie, qu'il appartient à chacun d'entre-nous.

Cet "entre-nous" prend des formes différentes pour chaque professionnel. Le silence de l'angoisse est à la mesure de la puissance de ce que cette maladie représente pour chacun, une horreur qu'il est difficile de partager, car c'est la nôtre tapie au fin fond de notre inconscient sous la forme et l'expression de la pulsion de mort découverte par Freud en 1938, pas par hasard comme vous le savez.

*Roseline Coridian Bel  
Psychologue  
Clinique St Jean de Dieu*

## RESULTATS DES QUESTIONNAIRES DE SATISFACTION

	Très satisfait	Satisfait	Pas satisfait
<b>1 Etes-vous globalement satisfait ?</b>			
Accueil	39	27	2
Conférences de la 1ère journée	45	22	
Conférences de la 2ème journée	40	19	
Des exposés des établissements	43	16	
<b>2 Etes-vous satisfait de l'Hôtellerie Nicolas Barré ?</b>			
Restaurant Confort	30	34	
Restaurant propreté	36	26	1
<b><u>Repas</u></b> : présentation des plats	35	30	
qualité de la nourriture	36	31	
variété	35	32	
quantité nourriture	41	29	1
service	40	25	
<b><u>Chambre</u></b> : confort	9	14	8
propreté	14	13	
équipement	8	14	7
qualité et propreté du linge	12	16	
sécurité	12	14	
<b>3 Communication des "Journées Hospitalières" ?</b>			
La nouvelle formule vous a-t-elle plu ?	39	21	0
<u>Circulation de l'information :</u>			
- Au sein de votre établissement ?	19	26	12
- sur le site <a href="http://www.saintjeandedieu.com">www.saintjeandedieu.com</a> ?	14	9	1
- Etes-vous globalement satisfait de votre séjour parisien ?	38	19	0
<b>TOTAL</b>	<b>585</b>	<b>437</b>	<b>32</b>

*Avez-vous l'intention de participer aux prochaines Journées Hospitalières  
Thème : **Face à la mort** ?*

**OUI**

**53**

**NON**

**8**

## Des chiffres et des commentaires (68 réponses/123 participants)

### I – Etes-vous globalement satisfaits ?

Si le thème a intéressé beaucoup de participants, cinq personnes ont souligné leur déception sur la conférence « Agressivités/Tensions ». Le Père Bruno CADORE a été très apprécié dans son approche sur la souffrance des soignants même si le titre de la conférence a été déroutant pour les participants : « La fatigue du soignant : Est-il possible de supporter pleinement le soignant dans sa posture d'humanité ?

Une huitaine de participants ont eu des difficultés à faire le lien entre la seconde conférence « Les soins et le temps » et le thème proposé. Or, c'est en écoutant les autres intervenants, notamment les pratiques professionnelles des établissements St Jean de Dieu (Centre Hospitalier de DINAN et la Clinique Oudinot), qu'ils ont pu replacer la problématique du temps dans les soins.

Toutes les conférences ont été appréciées et la nouveauté, la « participation des professionnels des établissements Saint Jean de Dieu » dans les conférences a fait l'unanimité. Il est vrai qu'après une théorisation, il est enrichissant d'écouter les gens du « terrain ».

Or, nombreux ont regretté que les ateliers n'aient pas eu lieu. Un échange entre professionnels des différents établissements auraient la « cerise » sur le gâteau selon certains collaborateurs. Le groupe préparatoire en tiendra compte pour la prochaine session.

### II – Etes-vous satisfaits de l'hôtellerie Nicolas Barré (Paris) ?

Majoritairement oui, à l'exception des personnes qui ont été logés à deux dans les chambres sans sanitaire. Ce constat a pu être traité en différenciant les personnes logées dans les communautés ou par les Sœurs Hospitalières, et celles de Marseille ou Dinan logées à la Maison Nicolas Barré.

Le groupe préparatoire étudie actuellement les différentes possibilités pour l'hébergement des collaborateurs St Jean de Dieu.

### III – Communication des « Journées Hospitalières »

Si 20% des participants ont consulté le programme de cet événement sur le site de l'Ordre (Province de France), la communication a été « circulatoire » dans les différents centres. Pour un établissement, trois professionnels ont écrit que la publicité a été faite « abusivement » deux jours avant le 19 février 2009.

Quatorze personnes regrettent l'absence des directeurs et chefs de service. Cinq ont constaté que certains établissements missionnent toujours les mêmes personnes alors que le thème traité concernait tous les professionnels.

