

SOIREE THEMATIQUE DU 6 MAI 2010

Je remercie Fabienne Pinilo, Sylvie Tournemine et Gérard Lebas de leurs interventions.

Je vais clore cette soirée en précisant certaines pistes de réflexion que nous pourrons développer lors d' « Ateliers de réflexion » que nous allons constituer de septembre 2010 à juin 2011.

Nous apprenons ce soir également, à nous connaître.

J'exerce la psychanalyse en cabinet libéral.

J'ai créé la place de psychanalyste en oncologie à l'hôpital intercommunal de Créteil en 1996 et je suis à l'origine, avec le Dr Anne Rohan de l'EMASP, équipe transversale qui existe toujours.

Je suis la présidente de l'association Accueil-Familles-Cancer, dont le Lieu d'accueil a un an d'existence.

Ce soir, ne sachant pas quels sont vos parcours personnels, je me propose d'intervenir comme « psychanalyste- psychothérapeute ».

Nous nous plaçons aussi dans un travail de recherche et de relations interprofessionnelles.



Il me semble intéressant de séparer la réflexion de ce soir en deux parties :

- Rappels concernant le cadre proprement dit, dans le cas de malades souffrant d'une maladie grave potentiellement mortelle,
- Jusqu'où et jusqu'à quand le « psy » peut être amené à accompagner la personne ? Et quelques effets de la venue du « psy » dans le « chez soi » du malade.

Nous ne pouvons tout aborder en une soirée et je vais juste m'arrêter sur quelques notions.

Les valeurs actuelles de notre société sont la beauté, la santé, l'efficacité...

La maladie et la mort font peur ou sont évacuées...

Quelle place le « psy » peut-il se faire et quelle position tenir dans l'accompagnement d'un malade jusque chez lui ?

I-LE CADRE

Classiquement, la théorie du fonctionnement psychique repose sur 4 fondamentaux :

- l'existence de **l'inconscient** : on travaille avec,
- **le transfert** de l'un et le transfert de l'autre (contre-transfert) : on a à les analyser,
- **la parole** de l'un, la parole de l'autre (interprétation),

A ce propos, je dirais que dans ces états d'extrême fragilité et dans ce cadre d'authenticité, de vérité, de confiance, **toute parole peut (va) avoir valeur d'acte**.

D'autant que ces malades n'entrent pas dans le cadre des névroses hystériques et que la cure type n'est pas indiquée d'emblée. Le travail interprétatif ne peut conférer un sens symbolique primaire au symptôme. Ce serait inopérant, voire traumatique. On ne travaille pas sur l'absence et la frustration, au risque de créer une détresse : l'écoute et l'accueil sont très importants pour que la personne acquière une « sécurité » et un intérêt à sa propre histoire.

Ensuite seulement, quand l'**imaginaire** est de nouveau présent et quand les « va-et-vient » entre corps réel et corps imaginaire deviennent familiers, il y aura peut-être un temps interprétatif.

Souvent le souvenir des rêves a disparu (ou même la personne n'avait jamais eu de souvenir de rêve). Sami Ali postule que c'est un refoulement complet de la fonction de l'imaginaire.

(À quoi sert donc l'imaginaire ? Anne Gatecel écrit tout simplement que « en fait, il joue, d'une manière générale, un rôle de soupape dans l'économie psycho corporelle du sujet et contribue à maintenir une homéostasie face aux contraintes internes (les exigences de sa propre personnalité) et externes (le contexte de vie).)

- **les résistances** (barrières mises en place pour empêcher d'accéder à l'inconscient), à distinguer des défenses, dont je parlerai,
- **J'en ajouterai un cinquième, le regard.**

Dans la maladie grave, **le corps réel** est au premier plan. Or, Freud en 1923 écrivait : « le moi est avant tout un moi corporel » ; ensuite par exemple, Anzieu a développé le moi-peau, le moi qui délimite le psychisme à partir de la peau, limite du dedans et du dehors (ex. lors de la pose de la CIP, ou de son enlèvement, on voit bien l'effet du « trou » entre le dedans et le dehors avec sa cohorte d'angoisses) ; Sami-Ali reprend que le moi est une projection de la surface du corps...

Les analystes ont donc depuis longtemps à faire avec le corps.

Le terme « **psychosomatique** » demande à être précisé : en effet, dans les douleurs fonctionnelles, on peut dire rapidement qu'on se trouve devant le corps imaginaire, l'atteinte est symbolique, sur le modèle de la névrose hystérique, alors que dans les maladies organiques, il y a une atteinte du corps réel, le symbole peut être secondairement reconstruit. Dans la prise en charge d'un malade grave, ce corps réel atteint est souvent, dans un premier temps le support du discours.

Ce corps est douloureux, il a « trahi », il se donne à voir dans ses transformations, dans les effets d'une identité flottante.

Les risques immédiats pour le « psy » sont de se trouver sidéré par la violence faite au corps réel et la menace de mort, le risque de déni et le risque de n'entendre que le discours opératoire, **ne plus penser ou imaginer.**

(A ce propos on entend souvent parler de la « pensée opératoire ». Cette notion sera reprise dans l'atelier de réflexion sur la « psychosomatique », mais il faut bien garder à l'esprit qu'une maladie grave, un cancer pour ce qui nous occupe, est toujours multifactorielle).

Or le malade a, le plus souvent, besoin de **réanimation psychique**, le rôle premier du « psy » est de **continuer à penser** pour permettre au malade de renouer avec un fonctionnement psychique interrompu par l'annonce d'une maladie où la mort est convoquée (depuis Platon déjà), et par l'écho fait aux traumatismes précoces.

(Le trauma est une effraction psychique réactionnelle à un événement traumatique, il est singulier).

Le « psy » doit à la fois entendre (**écouter-voir**) la souffrance exprimée sur le corps réel et être attentif au moindre affect pour **réintroduire le corps imaginaire, chercher l'accès à l'inconscient.** Il peut (il doit souvent au début) manifester en miroir ses propres affects pour que le malade puisse s'en saisir.

(Une parenthèse à ce sujet : attention à « l'empathie », on ne peut pas être à la place de l'autre, on peut faire part de ses affects, mais sans les projeter sur le malade.)

Le transfert

Il reste la seule voie par quoi l'ensemble des pulsions les plus archaïques trouve un chemin, et compose un espace possible pour le « je » du malade.

Pour les malades graves, chez qui la demande est problématique il faut être prêt à tout. Je parle ici de **la demande du sujet (inconscient)** : l'être humain soumis à la loi symbolique et contraint de passer par la parole. Là où il est, il ne le sait jamais.

Il n'y a parfois aucune demande, aucun discours pendant très longtemps, il faut être patient, ne pas céder à l'inquiétude de l'attente du côté de Chronos, guetter Kairos. Mais aussi repérer le vide, un repli narcissique, un moi délité qui tend vers zéro, l'absence du sujet.

Il peut parfois au contraire y avoir un transfert massif et immédiat du côté de la fonction maternelle, à un niveau très archaïque. Il faut alors y faire face dans une restauration des enveloppes psychiques et une réanimation du narcissisme positif, savoir entendre et utiliser l'« archaïque ».

Classiquement c'est la « **position du psy** » qui décide du devenir du transfert dans l'espace analytique ou relationnel : il n'est pas bon que le thérapeute s'installe dans le confort... Ce n'est pas le cas dans la maladie grave, mais **les risques ici** peuvent être les règles normatives, les buts définis par d'autres, en particulier par le médical ou la famille (le malade est angoissé, merci de calmer son angoisse..., je dois opérer Mme X, merci de la préparer...). Il faut veiller à ne pas être « le pompier de service » !

La réponse **contre transférentielle** prend une valeur au moins égale au transfert. C'est moins avec ses connaissances et son expérience (dont il n'est pas question de nier le rôle) qu'avec son contre-transfert que le thérapeute concourt au bon déroulement de l'analyse. Normalement le psy est dans une position d'équilibre entre observation et participation, en tenant compte à chaque instant de l'état émotionnel du malade, pour que ses dires puissent avoir du sens entendable.

Dans la maladie grave le psy ne choisit pas la facilité : la situation est soit saturée d'affects (lesquels ? à qui ? : malade, famille, soignants... ?), soit en déséquilibre d'affects .Elle requière à la fois un fort investissement narcissique qui amoindrit l'objectivité et **une attention de tous les instants à ce qui peut émerger et surprendre.**

Car ce n'est pas le corps réel qui fait obstacle, mais le dialogue rompu entre le corps et la psyché : le psy doit faire émerger les représentations, les fantasmes, la parole du sujet... si sujet il y a là. Car « ce serait la maladie qui parlerait et non pas le sujet » (F. Perrier) : le corps fait du bruit à la place du sujet qui ne parle pas et ce bruit nous masque le silence du sujet, ou l'absence du sujet. Ce peut être un écueil.

Le malade peut aussi s'être saisi du discours médical et s'en faire l'écho pour le psy, ou bien adresser un discours identique au médecin et au psy, ou encore adresser à chaque interlocuteur un discours totalement différent, un bout de sa vérité et de ses paradoxes.

Dans tous les cas une seule règle : **l'écoute doit rester fidèle aux 4 fondamentaux du fonctionnement psychique, quelque soit le contenu du discours** (avec les réserves déjà dites concernant l'interprétation).

Cela nous réfère au désir du « psy », fondateur du cadre et du processus analytique, ainsi qu'au contre- transfert, vécu immédiat, perturbateur et informatif quand on réussit à l'objectiver.

Ils préexistent au transfert et l'écoute préexiste à la parole du malade.

La question du cadre veut aussi que le « psy » prenne en compte :

- les défenses repérées chez le malade, chez ses proches, chez ses soignants, après avoir dépassé les siennes propres,
- les mythes familiaux et la surcharge symbolique du cancer
- la mesure du discours opératoire ambiant (ou non)
- les capacités du malade, ses rythmes, ses rêves, son flottement d'identité
- les questions du « quittance » : où, jusqu'où, jusqu'à quand...vais-je pouvoir l'accompagner sans rupture ? (lieux géographiques et lieux psychiques)
- les résurgences de « l'archaïque » favorisé par la régression et l'intimité et dont on va pouvoir se saisir,
- l'apparition du « sujet », ou comment en tant qu'objet nous reconnaissons (subjectivons) un sujet : le psy aide à la réélaboration de l'identité.

Nous pourrions avoir l'occasion de développer tout ceci lors d'un Atelier de réflexion.

Le « psy » et le malade sont dans un travail de sens et de libération (sous l'épée de Damoclès), **dans un processus de créativité à deux** pour trouver les moyens originaux, singuliers pour traverser ces épreuves.

Accompagner veut dire « partager le pain », c'est-à-dire être au même endroit en même temps. La thérapie devient un « morceau à quatre mains »...

L'archaïque

Arquè (grec), veut dire commencement

La parole archaïque est une parole sur l'origine dans toutes les mythologies.

Le mythe fait surgir des images à la lisière du religieux et du poétique faisant vérité d'un invisible qui donne à voir « l'archè » avant le discours, **archè qui organise l'espace et le temps** (et les rythmes), qui organise l'informe, juste après le chaos.

Je ne parlerai pas de l'imago maternelle terrifiante du « sur-moi » archaïque de Mélanie Klein, ni de l'idéal tyrannique.

Je dirai que **pour les malades qui nous occupent** j'essaie de repérer le « sur-moi corporel », les rythmes, les rêves et les impasses et je dirai aussi que **les résurgences de l'archaïque sont alors des chances à saisir** comme un moment possible pour soutenir l'apparition du sujet dépossédé de lui-même, dans la réélaboration de son histoire, à l'origine.

Exemple : une thérapie en deux séances, « la mère et le conte arabe ».

Je suis appelée auprès d'une malade de « bon pronostic » qui présente aux dires du médecin un épisode dépressif majeur.

Je me trouve face à une petite femme toute grise, en survêtement gris, mal coiffée, qui se néglige manifestement, mais sans pleurs, le visage figé, ne levant pas la tête à mon arrivée.

Je lui dis bonjour et je me présente comme psychanalyste.

Je la regarde un petit moment et lui dis qu'elle me donne l'impression d'être morte.

Elle relève la tête et tout de go : « c'est pas moi, c'est ma mère, elle est morte à ma naissance et je ne sais pas où elle est enterrée ».

La semaine suivante je la retrouve pimpante, souriante, ayant décidé d'entamer le traitement proposé.

A la suite de notre précédent rendez-vous elle a fait un rêve où elle trouvait sa mère, comptait ses os et l'enterrait. Elle a mobilisé sa famille (ce qu'elle n'avait jamais pensé faire auparavant) et sa fille a retrouvé la sépulture de la mère, connue des gens du village en Algérie.

J'en parle « par hasard » à une amie conteuse qui s'exclame qu'un conte arabe fait le récit d'enfants qui rentrant chez eux trouvent leur mère gisant, ils l'appellent, maman, maman... ils la secouent, le corps se défait ! Alors ils comptent les os, refaçonnent le squelette, enterrent leur mère et s'en vont vivre leur vie...

Ce que je lui ai dit, de ma place, lui a permis une séparation d'elle morte comme sa mère morte et disparue. Elle a retrouvé dans son rêve un mythe universel.

« Ce déchaînement cellulaire ramène aux forces les plus indomptées, les plus archaïques » (Danièle Deschamps). Les cellules cancéreuses sont des cellules qui ont perdu leur programme d'apoptose et se multiplient sans cesse : cellules « jeunes » ou en « mitose ».

Les défenses

Dans ce type de prise en charge il faut essayer de bien repérer les défenses, et à qui elles appartiennent.

En ce qui concerne **les nôtres**, nous nous en chargeons, au besoin avec l'aide de notre superviseur.

On rencontre il me semble très souvent **du côté de la famille et des soignants**, soit la vérité toute crue délivrée par un soignant, soit le mensonge, soit la rupture de communication (langage médical abscons, hors sujet, fausse réassurance, banalisation technique...)

En ce qui concerne **les défenses du malade**, on n'y touche pas : la structure défensive se développe tout au long d'une vie durant laquelle l'individu apprend à négocier la réalité. Mais il n'est pas toujours facile de savoir si ce sont les siennes, celles de sa famille, ou même celles des soignants qui contaminent le malade pour peu qu'il soit pris depuis longtemps (depuis toujours) dans la demande de l'autre. Et il faudra aider la personne à les assouplir pour ne pas rester figée.

Il faut ensuite faire attention que certaines défenses mises en place ne nous « arrangent » pas, en particulier l'**intellectualisation** qui redonne une certaine maîtrise, très souvent la **banalisation** (voire « le banal » de Sami-Ali) ou l'**hyperactivité**. Le malade « semble » aller bien ! A ne pas confondre avec la combativité.

Par contre il peut y avoir des **angoisses** au service de l'élaboration et il est dommage que certains médecins donnent des anxiolytiques, voire des antidépresseurs systématiquement. L'**agressivité** peut nous faire discuter une position dépressive masquée, dont nous allons pouvoir nous saisir.

Les **angoisses de mort**, chez les malades, leurs familles et leurs soignants sont monnaie courante, la mort est de toute façon convoquée dès l'annonce, et même parfois avant. Nous n'en sommes pas à l'abri.

En ce qui concerne le **déni**, je le mettrais à part.
En effet, Michel de M'Uzan lui réserve une place particulière, associé au clivage : le déni émanerait de l'inconscient, faisant face à un « moi du moi », qui, lui, serait certain de la mort.

Cela m'évoque de nombreuses situations où je me suis trouvée face à des malades qui parlaient à deux niveaux, (deux « moi » parlaient ?), et qu'il fallait entendre sur deux registres différents. Ce qui appelle une réponse (un repons... pour rester dans la musique) sur le même mode pour que le malade manifeste qu'il est entendu et compris. Par contre je constatais que sur ce registre là rien de conscient ne subsistait pour le malade, comme dans un « délire » sans que c'en soit un : comme si « le plus authentique de l'être est à découvrir là où il est le plus incertain ».

Ces moments, ces lieux inconnus bouleversent les limites, il faut « y aller » avec humilité et se laisser conduire par les mots du malade comme dans un poème. Pour moi aussi ces moments d'un langage « sur un autre lieu » sont très difficiles à mémoriser.

J'ai par contre le souvenir précis d'une femme à qui j'avais promis la veille de passer le lendemain soir :

*Dans l'escalier je croise le chirurgien qui me dit qu'elle est mi-inconsciente, mi-délinante et que je perds mon temps...
J'avais promis de venir, rien ni personne ne pouvait me faire manquer à ma parole.
Je trouve une malade qui manifeste qu'elle a senti ma présence. Je lui dit bonjour, lui rappelle que je suis là, que je la vois et l'écoute. Et j'attends.
Elle se met alors à « me » parler d'une vache et d'un chien, plus précisément de son chien...
Dans son récit il arrive aux corps de ces deux bêtes des choses horribles, elles souffrent beaucoup et le chien va mourir, elle le pleure... La malade est attristée, mais calme, semblant peu souffrir... Je réalise au bout d'un moment qu'elle met en scène sur le corps de ces deux animaux ce qui lui arrive à elle. Topologiquement je peux retrouver l'étendue de sa maladie de ses effractions...*

...J'ai aussi le souvenir d'un homme faisant ses bagages avec moi...

...D'une femme disant vouloir ouvrir un magasin de fleurs, dictant de cette manière ce qu'elle voulait sur son cercueil...

A l'écoute de ce **double langage le thérapeute doit entendre en même temps** la mort proche (le futur existe dans les limites aléatoires de la maladie) et les projets, qui peuvent aussi parler de la mort autrement. **Il n'y a pas de contradiction. Ce qui me frappe c'est alors le calme des malades.**

Par contre il y a contradiction pour les proches, et le thérapeute doit décrypter cette **dualité de temps**.

A propos des « proches », le terme rencontré actuellement est souvent celui « **d'aidants** ». Il nous semble que c'est un terme extrêmement lourd, qui assigne à une **place impossible** et qui ne tient non plus pas compte des **ambivalences** préexistantes.

Le flottement de l'identité

La maladie grave potentiellement mortelle est une traversée d'expériences où le sentiment d'unicité se perd, (si tant est qu'il ait existé solidement), l'énigme du « je » devenu un autre...

M.de M'Uzan fait la proposition qu'il existe alors un « spectre d'identité », je et moi-je se spécifient aléatoirement à l'intérieur de cet espace en fonction des déplacements de l'investissement narcissique des représentations, et ceci dans le cadre de la relation avec un « non-moi ». Je vous renvoie à son livre « Aux confins de l'identité ».

Cela peut rejoindre le point de vue de Sami-Ali à propos du visage de la mère, l'angoisse de se perdre, ainsi qu'au « moi primitif » de Winnicott et à l'environnement d'une « mère suffisamment bonne » pour établir un self unitaire.

La relation psychothérapique est à penser comme base de reconstruction identitaire.

J'ai accompagné une malade qui parfois n'allumait pas sa salle de bain tant elle redoutait ce qu'elle voyait dans la glace : « ce n'était pas vraiment elle, ou pas seulement elle, peut-être sa mère... » et parfois elle avait l'impression de ne rien voir du tout, le vide ! Ce qui l'angoissait au plus haut point.

II-LE CHEZ-SOI DU MALADE

Si le thérapeute s'y trouve c'est qu'il a fait le choix d'accompagner la personne malade **sans rupture**. Il a accepté de « donner de soi »... mais ni trop, ni trop peu ! C'est aussi que peu ou prou, la maladie est entrée dans la maison et que plus rien n'est « comme avant » !

Le corps et la maison sont liés, les dessins des enfants le montrent. Cela reste vrai à tout âge.

Penser l'évolution du cadre est nécessaire.

Et faire attention à l'écueil du fantasme du « sauveur » : bien connaître ses limites.

Le thérapeute a pu faire sienne la parole de St Exupéry dans le Petit Prince : « tu deviendras responsable pour toujours de celui que tu as apprivoisé »... en sachant qu'il s'agit d'un lien qui n'est aliénant ni pour l'un ni pour l'autre, il va se défaire d'une façon ou d'une autre.

Il faut donc réfléchir en connaissant ses limites : **jusqu'où** - lieu géographique et lieu psychique - accompagner le malade qu'on prend en charge ?

Et jusqu'à quand : en cas de mort, mais aussi en cas de guérison, et souvent maintenant en cas de chronicité, quel travail peut-on poursuivre ?

Car guérir comme mourir repose la question du « qui-suis-je » et du désir, le sien, celui de l'autre, qu'est-ce que je veux, qu'est-ce que tu me veux ? Tentatives de se remettre au monde.

Il ne s'agit pas d'une psychothérapie classique et **il n'y a pas de réponse toute faite** : nul ne sait ni le jour ni l'heure... alors que « protocole et statistiques sont les deux mamelles de la cancérologie », nous disent souvent les malades !

J'ai l'exemple d'un homme d'une quarantaine d'années qui « s'est laissé » très vite mourir alors que sa maladie était de « bon pronostic ».

J'ai par ailleurs de nombreux exemples de personnes ayant réalisé leur projet :

... un homme avec un cancer généralisé avait un livre à écrire, il est mort au bout de 13 ans, la veille de la sortie de son ouvrage...

... une femme ayant un cancer du sein de mauvais pronostic s'était promis de mener ses filles à l'âge adulte, elle est décédée 15 après, lorsque elles ont eu leur bac et un petit ami solide...

... une autre avec un cancer péritonéal diagnostiqué tardivement est décédée le jour de la sortie du livre qu'elle avait écrit pour ses jeunes enfants, afin qu'ils puissent lire plus tard pourquoi elle n'avait pas pu s'occuper d'eux malgré tout l'amour qu'elle leur portait....

Quand les désorganisations sont trop graves, **il faut savoir aussi éventuellement s'effacer devant « l'objet clé » que nous ne serons pas, ou bien assumer cette position jusqu'au dernier moment.** (Voir le travail du trépas).

Dans le « chez soi » du malade, le cinquième fondamental dont j'ai parlé au début va prendre une importance particulière: le regard.

La personne « reçoit » le thérapeute chez elle, elle va participer à l'élaboration du nouveau cadre, consciemment et inconsciemment.

La régression sera parfois au premier plan, et parfois la reprise d'une certaine maîtrise.

Le regard

Dans son cabinet, le « psy » tient le cadre soit sur le divan lorsque cela est indiqué, soit **en « face à face »**. En face à face le regard de l'analysant est libre, celui du « psy » est contenant, il ne le lâche pas. Il est mobilisateur de la pulsion de vie, surtout quand il n'y a pas de « demande », quand l'appareil psychique est court-circuité et que certains ont pu dire que ces malades sont « non-analysables ». C'est le vecteur de la **rencontre**, de la reconnaissance de l'autre, de l'appel du sujet, le miroir immédiat des affects et des représentations du thérapeute renvoyés ainsi au malade pour qu'il s'en saisisse (pour qu'il en soit saisi d'abord), pour réanimer des traces mnésiques et l'imaginaire.

C'est d'abord un handling, si j'ose dire, par le voir, ou le « mirroring »...

Que vois-tu quand tu me regardes...

Que penses-tu ?

Nous sommes « mourant » depuis notre naissance et « vivant » jusqu'à notre dernier souffle !

Le malade se voit souvent « hors jeu », comment vivre de non-sens, comment être en n'étant plus ? Il a un jugement négatif sur son corps, l'image de soi est inacceptable...

Le « psy » peut lui apporter un accueil, une contenance, un plaisir à la relation, de la « rêverie ». Tout ceci a une **fonction symbolisante**, maintient la pensée vivante, redonne un sens, lutte contre la mort psychique.

Chez le malade, dans son « cadre », le regard du thérapeute embrasse à la fois la personne et ce qui fait son « chez-soi », son corps et sa maison, l'extension de son corps, depuis le seuil de la porte jusque parfois dans la chambre à coucher, **dans son intimité**.

A cela s'ajoute le regard sur les enfants, les proches, les animaux domestiques... Regard qui doit avoir à la fois **la neutralité et l'acuité**, regard qui ne s'informe que pour **tout intégrer**, afin, encore une fois, de rencontrer l'autre : « l'ombre, le caché, le secret, ce sont là aussi bien les conditions de notre liberté, et même de notre existence de sujet » (G. Wacjman)

Ce travail du regard tend à tout intégrer du non-moi du malade dans et hors lui, surtout si « la maladie » a pénétré à l'intérieur de sa maison : l'attaque est des deux côtés, dedans ET dehors, dedans la maison, qui est un lieu d'habitude protecteur...

(C'est pourquoi lorsqu'uneHAD est fortement proposée, il est bon de s'assurer que le malade veuille vraiment que la maladie entre chez lui : lit médicalisé, carton, tuyaux, odeurs, soignants... et préparer ce moment avec lui).

Ce regard « intégrateur » est enveloppant, non pénétrant. Il doit aussi parfois, souvent, couvrir la nudité ou l'horreur :

Un dernier souvenir d'une malade en USP, ayant une ablation totale des voies digestives : elle boit du jus de raisin et repousse le drap brutalement, me disant «regardez, j'ai l'impression d'être un lavabo », alors que le jus de raisin est en train de couler dans le drain à l'extérieur...J'ai regardé son ventre, ses tuyaux, c'était elle aussi. J'ai pris doucement le drap au bout d'un petit moment et mon regard a rejoint ses yeux avec toute la contenance que j'ai pu trouver au fond de moi.

Nous nous sommes souri !!

Le travail du trépas

Dans le film de Bergman, Le 7^e sceau, le chevalier dit à un moment : « mon corps est prêt, moi non »... alors qu'il joue aux échecs avec la mort.

Je me souviens d'un malade venu à mon cabinet quelques jours avant sa mort, me déclarant en s'asseyant : « mon corps va très mal, mais moi je vais très bien »...

Nous avons l'habitude du « travail de deuil », et du travail « du » deuil...

Dans les accompagnements que nous faisons des malades graves, il arrive que nous ayons à aller avec eux jusqu'à « ce bout là », leur mort. Ils s'y préparent et il est bon de connaître les étapes du « travail du trépas ».

Nous n'aurons pas le temps d'en traiter ce soir, c'est un travail complexe, qui se déroule dans le temps, parfois plusieurs mois à l'avance, et nous prévoyons un « atelier de réflexion » le concernant.

Si nous acceptons que la mort ne soit plus un ultime évènement biologique, mais aussi un évènement psychique, une activité même essentielle, nous devons nous comporter en conséquence.

Le travail du psy auprès des malades graves est aussi un travail de métamorphose pour le « psy » qui accepte de s'y confronter.