



**32ème Journée
De L'Association
Rhône-Alpes de
Gériatrie
Psychanalytique**

17 janvier 2020

*Mal de vivre. La mélancolie au
crépuscule de la vie*

Quelles sont les couleurs de l'âge, du grand âge ? De quelles dynamiques témoignent ces couleurs en un temps où le sens de vivre se pose avec une acuité renouvelée ? Au cours de cette journée seront déclinées les diverses nuances du sombre, de la mélancolie : dépression, deuil, douleurs de l'idéal. Il s'agira aussi de voir en quoi le travail thérapeutique dans ses différentes dimensions peut élargir la palette peut remettre de la lumière et de la perspective dans des vies durant lesquelles les sujets risquent de se laisser écraser par les pertes, leur propre finitude, les traces inélaborées des expériences antérieures. Cette journée cherchera donc à penser la dimension de la mélancolie dans la clinique du vieillissement, dimension parfois difficile à identifier en tant que telle car elle peut être atypique, mixte, profondément intriquée aux problématiques somatiques et aux problématiques familiales. Dimension qui mobilise ou désespère les équipes comme les familles. Dimension qui réveille aussi les différents modèles du soin, du psychothérapeutique au sysmothérapeutique... Interroger la mélancolie dans la vieillesse, c'est aussi souligner que la première n'est pas inhérente à la seconde, c'est aussi interroger la dépressivité qui, aux différents âges de la vie, ouvre sur la question de fond du sens et du désir de vivre.

« Ouverture »

Mireille TROUILLOUD, Psychologue, Docteur en psychologie, psychanalyste, membre du bureau de l'ARAGP. Grenoble.

« Les dépressions de l'âge : la nostalgie ou la perte du possible »

Marie Claude LAMBOTTE, Professeur des universités, psychanalyste

« Le mal de vivre est-il une maladie ? »

Jean Philippe PIERRON, professeur de philosophie, Dijon, Chaire Valeurs du soin, Lyon 3

« Vous êtes gentilles, mais c'est foutu... »

Cécile du CHAYLARD, psychologue, membre du bureau de l'ARAGP, et Catherine MASSIAS, Aide-soignante, ASG

« Mélancolie en groupe, mélancolie du groupe »

Christophe BITTOLO, psychologue, psychanalyste

« Les effets de la maladie mélancolique sur la famille »

Frédérique CODRON, Julie FORESTIER, Dr Marianne LUCASNAVARRO et Élise REBAUD

« Ouverture de la journée » Mireille TROUILLOUD

Les amoureux, les écrivains, les musiciens, les philosophes, la médecine se sont emparés de la mélancolie depuis des siècles. Parlent-ils pour autant de la même chose ? Ce n'est pas certain ; il est question tour à tour d'une douleur romantique, de dépression, de deuil impossible.

La psychiatrie du 19^{ième} a donné un cadre précis à la mélancolie en décrivant des symptômes pour la caractériser et en lui réservant des soins.

En 1915, S Freud la fait entrer en psychanalyse en la liant au travail du deuil, en lui donnant la couleur du deuil pathologique, en soulignant son rapport avec la perte de l'objet, mais surtout avec les investissements narcissiques. Il écrit en comparant la mélancolie et le deuil que « l'inhibition mélancolique nous fait l'impression d'une énigme parce que nous ne pouvons pas voir ce qui absorbe aussi complètement les malades. Le mélancolique présente encore un trait qui est absent dans le deuil, à savoir une diminution extraordinaire de son sentiment d'estime de soi, un immense appauvrissement du moi. Dans le deuil, le monde est devenu pauvre et vide, dans la mélancolie, c'est le moi lui-même ».

La mélancolie intéresse la médecine, la philosophie et la psychanalyse contemporaines. Les travaux de B Rosenberg, de Julia Kristeva, de F Davoine et de MC Lambotte apportent une conceptualisation dynamique à la mélancolie. Je laisserai bien sûr MC Lambotte nous éclairer de son travail conséquent que je vous incite à découvrir ou relire.

Je vous invite par ailleurs à aller du côté des travaux de B Rosenberg que vous trouverez dans sa monographie de la revue française de psychanalyse (1991) sur le masochisme. Il propose de penser le travail de la mélancolie et le rôle du masochisme et de la destructivité dans l'accès mélancolique. Il précise que la mélancolie a trois caractéristiques, la perte d'objet, l'ambivalence et l'identification ; il démontre combien la question est plus narcissique qu'objectale. Il défend l'idée d'un travail de la mélancolie comme travail d'élaboration psychique du désinvestissement narcissique du moi provoquant la mort par déferlement de la destructivité interne sur le moi.

Enfin, c'est le travail de J Kristeva qui apporte une contribution personnelle. Pour elle, vivre c'est d'abord s'exiler de la mélancolie. Elle souligne que la stupeur et l'inhibition majeure mélancolique s'étaient sur une intolérance à la perte de l'objet, à la perte de son pouvoir réfléchissant, à la faillite du signifiant à assurer une issue aux états de retraits. Son travail met l'accent sur le lien entre mélancolie et la sublimation. Le sublime naît dans la mélancolie, en prend soin, lui permet d'emprunter une voie élaborative dans les processus de création.

La mélancolie.....

Julia Kristeva la présente de la façon suivante :

D'où vient le soleil noir de la mélancolie ? De quelle galaxie insensée ses rayons invisibles et pesants me clouent-ils au sol, au lit, au mutisme, au renoncement ? D'où s'ouvrent ce gouffre de tristesse, cette douleur incommunicable qui nous absorbe parfois, et souvent durablement, jusqu'à nous faire perdre le goût de toute parole, de tout acte, le goût même de la vie, ce désespoir surgi après telle blessure, tel échec sentimental ou professionnel, tel deuil, telle trahison ou maladie fatale ? Tout ceci me donne soudain une autre vie. Une vie invivable, chargée de peines quotidiennes, de larmes ravalées ou versées, de malheur sans partage. Une vie dévitalisée, prête à basculer à chaque instant dans la mort. Mort-vengeance ou mort-délivrance, elle est désormais le seuil interne de mon accablement, le sens impossible de cette vie dont le fardeau me paraît toujours plus pesant. Je vis une mort vivante, chair coupée, saignante, cadavérisée, rythme ralenti ou suspendu, temps effacé ou boursouflé.

La mélancolie teinte parfois le temps de la vieillesse de nuances de gris et ce n'est pas rose... elle traverse ou s'installe et sabote la vie psychique de certains sujets âgés. On pourrait croire vieux et vieilles à l'abri. Ceux qui passent le temps sont les plus doués pour la vie, pour trouver les adaptations nécessaires, pour résister au négatif, à la destructivité. Et pourtant, elle est là. Elle est l'intime du deuil, du mal d'idéal, du désenchantement, de la déception, du dégoût.

Le temps des feuilles et des amours mortes... temps de la solitude, de l'oubli, du manque de l'autre mais aussi du manque à être et à devenir. C'est le temps de la nostalgie, de l'impuissance, du sentiment d'injustice mais aussi de l'injustice, le temps de l'épuisement, du renoncement et de la répétition.

Le temps de l'âge dur, c'est le temps de la mort, de la fin, la fin des autres et la fin de soi, la fin d'un rêve et d'une réalité espérée, trouvée dans le regard d'un autre, dans le souvenir d'une autre. Le temps de l'âge dur, un âge qui ne passera que lorsque l'aventure sera finie ; un temps trop difficile, trop moche ; trop décevant, trop absurde. C'est le temps du trop tard pour bien faire, dont il ne restera rien de toute façon.

Il se pourrait donc que le temps de l'âge dur soit propice à la mélancolie... à son travail pour la vie ou pour la mort, faisant cohabiter deux groupes de personnes.

Ceux dont l'ennui ou l'angoisse sont devenus un art de vivre ; ceux qui investissent leur monde, leur corps, dedans-dehors, vaille que vaille ; ceux qui se tiennent et s'accrochent à chaque souffle d'air, chaque miette et chaque goutte d'eau, pour sentir leur vie et la vivre jusqu'au bout du bout, consentant à batailler autour du moindre rayon de soleil du jour, du soleil rêvé, parce que, rien ne vaut la vie

A côté d'eux, d'autres sont là. Ils attendent. Ils ne pleurent plus. Ils ne parlent pas, parfois ils ne dorment pas. Ils sont comme absents, comme déjà mort. Ombre d'eux-mêmes, ombre de ceux qui ont ensoleillé leur vie, ceux, manquants, de la promesse de l'aube. Ils sont là, exposés au soleil noir de la mélancolie. Parce que rien ne vaut la mort. Et rien, ni personne, ne parviendra à traiter, transformer, sublimer, magnifier le noyau tenace de la mélancolie.

La mélancolie dans la vieillesse... que penser d'elle ?

Peut-elle être considérée comme une empreinte romantique du mal de vivre, un caractère inhérent à la nature humaine en raison de son incomplétude et de son éphémère destinée ?

Pouvons-nous la penser comme une organisation psychique révélée une armature psychique mise à nue lorsque tout, psyché et soma, sont consumés ou n'ont plus rien à consumer ?

La mélancolie des vieilles personnes est-elle expression psychopathologique de la perte et du manque comme au temps de l'âge tendre ou de l'âge d'or, ou comme une mise à mal de l'être à l'âge dur de la faillite de l'illusion ?

La mélancolie, maladie à soigner, caractéristique humaine ou finalement une étape dans le travail du mourir qui témoignerait d'un détachement nécessaire pour mourir sans heurts, sans mener la bataille perdue d'avance afin de « garder la main » et sauver l'honneur, mourir parce que vivre n'est d'aucun intérêt, mourir parce qu'il ne reste rien de soi, rien des autres... mourir parce qu'on est toujours tout seul au monde, mourir malheureux pour ne rien regretter... réussir à mourir, un service rendu par la destructivité, comme une dernière sublimation peut-être...

Notre journée d'études est née de tous ces questionnements. De notre sentiment aussi de ne rien comprendre à la mélancolie ni au mélancolique, de ne pas savoir quoi faire pour l'aider à vivre et encore de notre sentiment d'impuissance.

Nous avons sollicités pour nous aider à comprendre et à trouver des voies d'approches du sujet mélancolique, psychanalystes, philosophe, psychologue, infirmière, musiciens-poètes.... Ayant peut-être trouvés un remède, leur remède, à la mélancolie...

« Les dépressions de l'âge : la nostalgie ou la perte du possible »

Marie-Claude LAMBOTTE

Évoquer d'emblée la mélancolie à propos des personnes âgées qui présentent un affect dépressif important serait négliger l'originalité de la véritable structure psychique qui, pendant longtemps, s'est trouvée versée au compte de la littérature ou bien à celui de la psychiatrie avec l'inévitable psychose maniaco-dépressive. Mon propos ayant été depuis plusieurs années d'en élaborer une métapsychologie singulière, je ne puis pas caractériser nécessairement les symptômes dépressifs des personnes âgées comme des symptômes révélateurs d'une mélancolie, même si certains d'entre eux se repèrent également en cette dernière. Et je pense aussi, bien sûr, que la mélancolie peut se rencontrer chez les personnes âgées comme chez les autres. Alors, au plan psychopathologique, comment réfléchir à la mélancolie et aux personnes âgées sans en faire une question de diagnostic *a priori* ? La psychanalyse nous invite précisément à ce travail en entendant les sujets dans la diversité de leurs discours qui spécifient leur propre mode de relation au monde. C'est dire qu'au lieu de faire de la mélancolie un modèle de référence *a priori*, c'est à ce qui réunit les personnes âgées au plan symptomatique que nous nous intéresserons, à savoir la question du temps, avec son lot de remaniements à la fois physiques et psychiques. Viendront alors à la clé toute une série d'affects ou de tonalités souvent observés, ou du moins exprimés, chez les personnes âgées, de l'ennui au sentiment de vide, de la tristesse au renfermement, tous sentiments qui réfèrent le plus souvent à la nostalgie d'un passé dont il faut faire le deuil sans plus savoir sur quels autres investissements se déporter. Encore une fois, ce sont là des comportements qui, s'ils se trouvent souvent accompagner le grand âge, n'entrent pas nécessairement dans sa définition.

La nostalgie et l'empêchement du travail de deuil.

Le titre de mon exposé précise le point de vue psychopathologique auquel je me place qui, s'il ne convoque pas directement la mélancolie, repose cependant sur la tonalité qui accompagne le passage du temps dès lors que celui-ci opère ou non ses ravages, en particulier avec la nostalgie du passé. Remarquons encore que cette tonalité n'est pas l'apanage des seules personnes âgées et que beaucoup d'entre elles la nieraient ou pourraient la ressentir à des degrés divers. Chacun, donc, connaît la nostalgie à quelque âge que ce soit ; il suffit de regretter un attachement affectif perdu et d'en garder le désir. Des racines grecques *nostos* (retour) et *algos* (souffrance), la *nostalgia* s'est manifestée comme un symptôme dès le XVII^e siècle, introduite en 1678 par le médecin suisse Johannes Hofer comme le mal du pays (*Heimweh*), un état de tristesse et de léthargie qui envahissait les Suisses éloignés de leur propre foyer¹. Et le

terme des romantiques allemands : *die Sehnsucht* confirme la force de l'envie, de l'aspiration, comme tente de le traduire la version française des *OCF* avec le terme : la « désirance ». Si la nostalgie appartient au domaine de la littérature comme à celui de la psychopathologie, elle diffère de la mélancolie en ceci précisément qu'elle manifeste toujours un désir ardent, celui d'un retour à une expérience de satisfaction vécue qui enlève à la vie présente tout intérêt et tout plaisir. Freud la fait remonter à la mort du père de la horde causée par la jalousie des frères qui, à la suite du meurtre et sous le coup de la culpabilité, se serait transformée en nostalgie (*Vatersehnsucht*) de cette même toute-puissance paternelle. Il s'agirait alors d'un renversement en son contraire, celui de l'hostilité originelle en regret amoureux, et ceci vis-à-vis du père mais aussi vis-à-vis de l'unité perdue². La perte de cette dernière, à l'exemple de l'unité de la horde maintenue par l'effet de la toute-puissance du père, semble bien le facteur le plus important qui suscite le regret et, avec lui, le dégoût du monde. Freud évoque encore à l'appui de cette thèse l'expérience de fusion du nourrisson avec sa mère, modèle de toutes les unions futures, de même que l'expérience du deuil dont la douleur proviendrait de la persistance de l'investissement de la personne disparue en nostalgie (*Senhsuchtsbesetzung*). La fin du travail de deuil signerait alors pour l'endeuillé la possibilité de déplacer sa libido sur un autre objet d'amour. « Le travail qu'il [le deuil] a alors à fournir est d'exécuter ce retrait [de libido] hors de l'objet *dans toutes les situations*³ dans lesquelles l'objet faisait l'objet d'un investissement élevé. »⁴

Ainsi, la question de l'unité perdue se vérifie bien là, dans la nécessité pour l'endeuillé de rassembler toutes les images importantes concernant ses rapports avec la personne disparue, comme s'il lui fallait les revivre en quelque sorte sur le mode du souvenir afin, paradoxalement, de parvenir à s'en détacher. Freud l'explique encore plus nettement dans « Deuil et mélancolie » : « Sur chacun des souvenirs et des situations d'attente pris un à un, qui montrent que la libido est rattachée à l'objet perdu, la réalité apporte son verdict, à savoir que l'objet n'existe plus, et le moi, en quelque sorte placé devant la question de savoir s'il veut partager ce destin, se laisse déterminer, par la somme des satisfactions narcissiques, à être en vie, à dénouer sa liaison à l'objet anéanti⁵ ». C'est comme s'il fallait, plutôt que de laisser le temps apporter au sujet l'oubli et l'apaisement, s'efforcer de surinvestir tout ce qui se rattachait à l'objet afin de pouvoir en envisager la séparation. Autrement dit, c'est d'une constellation qu'il s'agit, une constellation de souvenirs et d'images liée à la personne disparue et dont la personne endeuillée doit elle-même s'arracher. Le travail de deuil concerne alors non seulement la perte de l'objet, mais encore la perte d'un contexte comme la nécessaire extraction d'un paysage partagé à la fois par le sujet et l'objet. Ainsi, la nostalgie de l'unité perdue, si elle repose bien sur un sentiment de fusion avec l'objet, autrement dit sur un processus d'identification projective, relève encore d'une sorte de vision du monde globale que partageait la personne endeuillée avec la personne disparue. C'est pourquoi Freud, dans « Deuil et mélancolie », insiste sur cet aspect du travail de deuil qui doit surinvestir tout ce qui se rattachait à l'objet sous peine de rester en nostalgie. Et c'est pourquoi aussi Lacan reprend à son compte cette obligation en l'accordant à sa métapsychologie, autrement dit en décryptant ce qui, sous la prégnance des souvenirs, résiste au déplacement de l'investissement psychique : s'il y a là manifestation d'une telle force, c'est que les instances idéales du moi (Idéal du moi et moi idéal) y participent nécessairement. « Freud insiste bien sur ce dont il s'agit, écrit Lacan dans le

séminaire *Le transfert*, – le deuil consiste à identifier la perte réelle, pièce à pièce, morceau à morceau, signe à signe, élément grand I à élément grand I, jusqu'à épuisement. Quand cela est fait, fini. »⁶

Mélancolie et dépression ; une question d'image.

Lacan relie ainsi la question du deuil à l'organisation du moi en tant qu'elle permet, au-delà de la seule phénoménologie de la nostalgie, d'en révéler sa dynamique, et ceci dans ses coordonnées dépressives. Si je privilégie ainsi le deuil comme figure de la « dépressivité » chez les personnes âgées, c'est parce que la nostalgie, et le comportement inhibiteur qui l'accompagne, trouvent communément, et sans doute trop rapidement, leur explication dans le regret « du temps passé », ce temps paré de tous les possibles au regard des injures qu'il fait maintenant subir au sujet. Et la question qu'il suscite, si elle réside en partie dans un travail de deuil orienté vers de nouveaux investissements, relève encore – et ceci au plan d'une pathologie plus grave – du refus même de ce travail dès lors que le sujet, dans le déni d'un toujours possible à rechercher, se laisse glisser dans un refus de la vie. Il n'en va pas de la mélancolie pour autant, bien qu'un pareil aboutissement puisse s'observer dans certains cas. Mais alors, il s'agirait d'une véritable structure psychique originale, dont les traits caractéristiques auraient eu l'occasion de se manifester durant la vie du sujet, et bien avant son avancée en âge, sachant que celle-ci peut, en effet, en renforcer les symptômes. Je ne puis ici énoncer les figures psychopathologiques propres à la mélancolie et la dynamique originale dont elles proviennent. Je me permets de renvoyer le lecteur à mes ouvrages et articles (en particulier ceux qui traitent de la différence entre dépression et mélancolie⁷) pour mieux réserver mon travail aux symptômes des personnes âgées qui, avec la question du temps, témoignent de leurs diverses attitudes envers ce que Freud évoque à plusieurs reprises dans ses écrits : la Nécessité de la vie (*L'Anankè*).

Je dirai toutefois, et trop rapidement, que le discours mélancolique, à la différence du discours dépressif, apparaît le plus souvent dépourvu d'affect, négativiste et impersonnel. « Né sous une mauvaise étoile », la vie apparaît au sujet mélancolique comme une surface plane, sans relief et sans qu'aucun objet n'ait plus de valeur qu'un autre. Mais les grands concepts comme la Vérité, le Sens... doivent nécessairement briller derrière cette apparente surface, et contribuent alors à dépouiller la vie de tout intérêt. Fort de ce savoir qui le distingue de « tous les autres » qui versent dans l'illusion, y compris la personne de son thérapeute qui se trouve nié d'emblée dans sa position et son supposé savoir, le sujet mélancolique témoigne d'une jouissance propre à sa position d'exception. Cette allusion au sujet mélancolique pour dire que, même s'il se trouve des personnes âgées pour rejoindre dans certains cas de « glissement » et de résignation une position proche de la mélancolie, ma réflexion s'attache ici aux comportements dépressifs liés au grand âge avec les remaniements psychiques qu'il remet en cause, sachant aussi que ceux-ci restent en partie tributaires de l'organisation psychique originelle de la personne. Je citerai à l'appui de la distinction que j'opère entre la mélancolie et le comportement dépressif des personnes âgées cette comparaison de Lacan entre les deux types d'affection, comparaison

qui nous met sur la voie de la spécificité métapsychologique liée à ce qu'on appelle communément les affres du temps : « Remarquez qu'il ne s'agit jamais de l'image spéculaire [pour le sujet mélancolique]. Le mélancolique ne vous dit pas qu'il a mauvaise mine, ou qu'il a une sale gueule, ou qu'il est tordu, mais qu'il est le dernier des derniers, qu'il entraîne des catastrophes pour toute sa parenté, etc. Dans ses auto-accusations, il est entièrement dans le domaine du symbolique. Ajoutez-y l'avoir – il est ruiné. »

Or, précisément et *a contrario*, à la différence des autoaccusations qui mènent jusqu'au « Je ne suis rien » du sujet mélancolique, les personnes âgées dépressives ne manquent pas de relever l'état de dégradation de leur corps et la fragilité de leur santé en rapport avec l'image qu'elles avaient d'elles-mêmes dans leur passé et le regret qui s'y rattache. Et cette modification de l'image de soi, autrement dit de l'image spéculaire avec ce qui la sustente et qui n'est autre que le désir, m'apparaît caractéristique de la dépression des personnes âgées. Le terme de dépression indique seulement, au plan clinique, une tonalité d'humeur (*Stimmung*) qui peut aller de la tristesse à la résignation apathique ou bien encore à l'auto-agression suicidaire ; elle nécessite la mise au jour d'une organisation psychique et de ses traumatismes essentiels, ce qui justifie la diversité des structures sous-jacentes qu'elle peut recouvrir. (La tonalité dépressive peut s'observer aussi bien dans les névroses que dans les psychoses et, bien sûr, dans les névroses narcissiques avec la mélancolie.) Or, du point de vue psychopathologique, le discours des personnes âgées, nécessairement lesté de la réminiscence du passé, ne peut qu'accentuer – encore plus clairement que dans le discours des plus jeunes – la ténacité d'une position subjective face à cette fameuse *Anankè*, la Nécessité de la vie, que Freud ne cesse de rappeler, et que la réalité nous présente le plus souvent sous l'aspect de la privation.

Une pathologie de l'image de soi.

Je n'indiquerai donc pas de structure psychique particulière pour caractériser la spécificité du discours relatif aux personnes âgées dépressives et privilégierai plutôt, au plan métapsychologique, les mécanismes inconscients propres à une pathologie de l'image spéculaire qui fait nécessairement partie de la phénoménologie du grand âge et dont la pathologie varie, bien sûr, en des degrés très divers. En effet, qu'est-ce qui, de la nostalgie du passé disparu à la résignation dépressive ou bien encore à l'inhibition généralisée, ne cesse de mettre le sujet à l'épreuve en ses ressorts les plus profonds censés devoir le retenir à la vie ? C'est bien cette pression, cette urgence qui nous pousse à la vie (*die Not des Lebens* de Freud), identifiée par Lacan à la pulsion, qui se trouve directement menacée, indiquant par là une perte de libido et, avec elle, une perte du désir. Et ce symptôme, plus qu'à ce « passé-objet » auquel il se rapporte en termes de souvenirs, ne peut résulter que d'une perte plus importante, celle de la considération que le sujet se doit à lui-même au plan de son image et des ses idéaux moïques. Ainsi s'expliquerait l'importante régression de certaines personnes âgées caractérisée par un « laisser-tomber », autrement dit un repli sur soi, une prostration caractéristique proche du négativisme mélancolique, mais dont la cause relèverait plus d'un deuil de soi-même que de la mélancolie. Les discours propres à ces deux types de pathologies dépressives ne sont, d'ailleurs,

pas les mêmes, et si le discours de la personne âgée porte sur la mésestime de son image et l'inutilité de tout autre investissement devant la réduction de ses possibilités (encore une fois l'*Anankè*), le discours du sujet mélancolique, aussi négativiste soit-il, porte sur l'illusion des investissements de la réalité par rapport à une vérité qui se situerait « derrière les choses », jouissant du caractère exceptionnel de sa position. Aussi bien, le « je ne suis plus rien » et le « je ne suis rien » respectifs des deux versions de la dépressivité ne se rapportent pas à la même dynamique psychique, même si toutes deux relèvent de ce qu'on pourrait qualifier de pathologies narcissiques⁹. Et si la mélancolie, que je différencie de la PMD, pour la ranger avec Freud parmi les névroses narcissiques¹⁰, repose sur les effets d'une déception essentielle au sein d'une organisation psychique originale particulière¹¹, la dépression du grand âge reposerait plus précisément sur le démontage de l'image spéculaire et de ses idéaux, entraînant avec elle une perte du désir.

Mais on connaît encore les effets d'une modification de l'image de soi dès lors que celle-ci ne correspond plus à la représentation qui la soutenait selon les critères imaginaires du sujet. Et, sans qu'il s'agisse pour autant d'une déception produite par la défaillance de l'objet d'investissement, il se produit également en cette situation une sorte de déception vis-à-vis d'un modèle idéal forgé par le sujet lui-même, rendu dès lors inaccessible, et qui ne peut que se retourner sur la personne propre. En vouloir à l'*Anankè* ou s'en prendre à soi-même rend compte du même refus vis-à-vis du passage du temps et met à mal le moi idéal (*l'alter ego* spéculaire), moteur du narcissisme toujours en jeu dans le rapport humain, auquel le moi authentique tente de s'identifier¹². La référence au schéma de la formation de l'image spéculaire de Lacan permet, outre d'y saisir la fonction déterminante du grand Autre, de représenter un originaire à la fois historique et logique des instances formatrices du moi ainsi que de leur relation. Et parler de « moi idéal » et de « moi authentique » permet déjà de situer l'écart irréductible auquel se trouvera confronté le sujet dès lors qu'il ne pourra coller au moi idéal transmis par un premier regard désirant et à jamais dévoyé par les vicissitudes de la vie.

Le moi idéal (*i'(a)*), support de la fonction de l'image spéculaire, s'inscrit tout entier dans la visée narcissique du sujet et alimente la nécessaire relation conflictuelle avec l'autre. « C'est l'image spéculaire en tant que telle, chargée du ton, de l'accent spécial, du pouvoir de fascination, de l'investissement propre qui est le sien dans le registre libidinal, bien distingué par Freud sous le terme d'investissement narcissique. »¹³ Marquée du grand Autre, désirable et destructrice tout à la fois, cette image témoignera des premières vicissitudes de l'histoire du sujet comme une image effectivement désirée ou non. Mais cette image, réflexion sur le miroir de l'image réelle (*i(a)*) produite par la première identification à de l'autre humain, demande, pour ne pas verser dans le tout ou rien de l'agressivité spéculaire, le « c'est lui ou c'est moi » du miroir, à se trouver référée ailleurs, en un point « grand I », l'idéal du moi, issu de l'identification au père en des traits uniques, isolés, supports de signifiants. « L'identification de l'idéal du moi est une identification par traits isolés, par traits chacun unique, par traits ayant la structure de signifiant. »¹⁴ Aussi bien, le désir humain revêtira deux formes : celle de l'investissement narcissique en la capture du sujet par sa propre image, et celle du rapport à l'objet maternel, le champ nourricier duquel surgira par la suite la demande d'amour d'un objet

symbolique.¹⁵ Et c'est l'idéal du moi, formé des insignes du père (les traits uniques), qui permettra au sujet de s'identifier ailleurs qu'à sa propre image, dans l'échange symbolique verbal entre les humains. La fonction de l'idéal du moi préserve ainsi le moi idéal en déplaçant le sujet de la seule emprise du miroir pour le guider vers d'autres modèles signifiants auxquels le sujet pourra s'identifier secondairement.

Le deuil anticipé

Si je me suis permis ce développement, c'est que l'utilisation par Lacan du schéma spéculaire, dès lors qu'il met en jeu la formation de l'image de soi et, avec elle, toute la question du narcissisme, m'apparaît indispensable pour aborder les symptômes dépressifs en leurs différentes formes et causes possibles¹⁶. Et les deux instances du moi idéal et de l'idéal du moi, déjà différenciées par Freud, si l'on veut bien les prendre en compte dans son article « Pour introduire le narcissisme », vont nous permettre de former des hypothèses concernant les mécanismes possibles des dépressions chez les personnes âgées. La première hypothèse, et la plus courante mais aussi la plus superficielle, porterait sur les modifications de l'image corporelle, celle du moi spéculaire, celle de la nostalgie d'un moi idéal qui, par définition hors d'atteinte, accentuerait d'autant plus les affres de la vieillesse. La projection de sa propre image sur le monde, celle qui interprétait le monde à sa ressemblance, autrement dit celle du narcissisme primaire, ne donne plus matière à investissement, et réduit souvent la palette des intérêts du sujet au point de le faire sombrer dans l'ennui. La tonalité de l'ennui demanderait à elle seule une étude particulière relative à son apparition chez les personnes âgées. Là encore, cette tonalité ne qualifie d'aucune manière la vieillesse en tant que telle, mais elle constitue souvent l'un des symptômes de la dépressivité en particulier chez les personnes déplacées hors de leur foyer habituel d'habitation. Le sentiment de vide, relatif à l'impossibilité de se projeter sur un paysage extérieur faute de pouvoir investir sa propre image déçue, résulte d'un affect de nostalgie impossible à résoudre, autrement dit d'une libido prisonnière d'une re-création d'un passé imaginaire dont le sujet ne veut pas faire le deuil. Et un deuil pour quoi, d'ailleurs ? L'*Anankè* se présente sous la forme de l'approche de la mort qui enlève aux objets leur brillance au même titre qu'une Vanité. Pourquoi s'attacher ou s'intéresser à quoi que ce soit puisque de toute façon cela ne durera pas ?

On décèle ici, paradoxalement au maintien de la nostalgie du passé, la figure du « deuil anticipé » de l'avenir au sens où, rien n'étant définitivement pérenne, mieux vaut se priver des possibles offres de la réalité afin de s'éviter une peine future inévitable. Freud a bien décrit ce processus pathologique dans son article « Passagèreté » (*Vergänglichkeit*) avec les personnages de L. Andréa Salomé et de R. M. Rilke qui ne pouvaient goûter la beauté des fleurs du fait qu'elles étaient appelées à se faner inévitablement et qu'ils ne voulaient pas en ressentir de la tristesse. Il en donne l'explication suivante : « Cela n'a pu être que la révolte de l'âme contre le deuil qui dévalorisait pour eux la jouissance (*Genuss*) du beau. La représentation que ce beau est passager donnait à ces deux êtres sensibles un avant-goût du deuil de sa disparition, et comme l'âme se retire instinctivement de tout ce qui est douloureux, ils sentaient leur jouissance du beau

gâchée par la pensée de sa passagèreté.¹⁷ » Il reste que Freud adopte une position radicalement opposée à celle de ses deux amis en insistant sur le fait que le caractère éphémère donnerait aux choses, au contraire, encore plus de valeur. Deux attitudes donc qui semblent, en dépit de leur aspect contradictoire, désigner la disparition de toutes choses sous la forme d'un refus pour les poètes et d'une dénégation pour Freud dans la mesure où celui-ci en tire quasiment un surcroît de jouissance. « Un accroissement de valeur (*Wertsteigerung*), bien au contraire ! La valeur de passagèreté est une valeur de rareté dans le temps. La limitation de jouissance en augmente le prix. Je déclarai incompréhensible que la pensée de la passagèreté du beau dût troubler la joie que nous y trouvons.¹⁸ » Ces deux réponses à une même situation devant une possibilité de jouissance offerte par la nature confirme, à mon sens, la différence entre deux types de fonctionnement du narcissisme déjà mis au jour par Freud dans « Pour introduire le narcissisme » sous la forme des deux types de pulsions : les pulsions du moi ou pulsions d'autoconservation et les pulsions sexuelles. Si les unes restent investies sur le moi et participent pleinement de l'égoïsme, les autres investissent l'objet sachant toutefois qu'il s'agit encore d'une projection de l'image spéculaire sur ce dernier. Or, ce qui distingue à la fois ces deux mécanismes d'investissement libidinal du mécanisme de refus de certaines personnes âgées à s'intéresser au présent, c'est bien que, chez ces dernières, l'image de soi n'étant plus portée par le moi idéal, toute projection possible sur le monde se trouve empêchée ; se produit alors, comme l'évoque Freud dans le même article, une stase libidinale, et celle-ci, dans le contexte des personnes âgées, s'exprime à travers la résignation douloureuse liée à la nostalgie du passé¹⁹.

L'effondrement de l'idéal du moi.

La deuxième hypothèse concernant la dépression chez les personnes âgées relèverait cette fois non plus de l'instance du moi idéal mais de celle de l'idéal du moi dans la mesure où il ne s'agirait plus de l'image spéculaire elle-même avec ses plus ou moins graves dégradations, mais de ce qui permet justement de s'identifier ailleurs qu'à sa propre image, d'échapper ainsi à sa capture, en se référant non plus seulement à un modèle imaginaire, mais à un modèle symbolique exprimé au travers des signifiants langagiers. J'évoquerai pour illustrer cet autre mécanisme de la dépression, l'exemple de certaines personnes âgées qui, sans plus de nostalgie, présentent une sorte de souffrance silencieuse, voisine de l'angoisse. Les symptômes de chutes répétées ou de « glissements » par exemple dénoncent leur difficile maintien du corps, et l'attitude de « laisser tomber » qu'elles adoptent concerne autant leur présence physique que leur apathie générale. À la différence de l'investissement en nostalgie qui entraine dans notre première hypothèse, il semblerait, au contraire, que c'est l'absence de tout investissement qui laisserait les personnes sans recours, dans une sorte de détresse qui fait penser à la situation de « désaide » (*Hilflosigkeit*) chez le tout petit enfant, et qui relègue le sujet au niveau du besoin dans une dépendance totale à l'Autre. Si j'écris l'Autre avec un grand A, c'est qu'il ne s'agit pas de l'autre spéculaire, mais du premier Autre secourable, l'Autre maternel, sans la présence duquel le sujet ne peut survivre et qui constituera par la suite l'objet-modèle de satisfaction qu'il s'efforcera de retrouver. Aussi bien, cette situation de dérégulation originaire met-elle déjà

en jeu les deux ordres du besoin et du désir dès lors que l'objet réel du besoin (le sein) dans la situation de fusion que vivent à la fois l'enfant et la mère, va céder la place à l'objet du désir dès lors que l'enfant requiert de sa mère avant tout une réponse d'amour indépendamment de la spécificité de l'objet. La situation originelle traumatique vécue par le sujet peut alors se présenter sous deux formes : celle d'une mise en danger vitale par une non-réponse au besoin ou bien celle d'une mise en question du désir de l'Autre (la réponse ou la non-réponse de la mère, par exemple) au sens où l'opacité de celui-ci empêche le sujet d'y situer le sien. Dans les deux cas, le sujet reste sans recours si l'idéal du moi, cette autre instance symbolique cette fois, formée des identifications aux insignes du père inscrites et véhiculées dans le langage, ne joue pas son rôle de guide quant aux aspirations et aux objectifs du sujet.

Notre deuxième hypothèse indiquerait alors une régression du désir au besoin chez certaines personnes âgées pour lesquelles le rapport à l'autre s'établirait essentiellement sur la réponse aux soins vitaux, réponse qui reste nécessairement suspendue pour le sujet au bon-vouloir de l'Autre. Et plutôt que du désir de vivre, c'est du seul instinct de vie dont témoignerait une telle position du sujet comme si celui-ci pouvait en quelque sorte se regarder vivre et juger son dénuement. En d'autres termes : « La douleur de l'existence quand plus rien d'autre n'habite le sujet que cette existence elle-même, et que tout, dans l'excès de la souffrance, tend à abolir ce terme indéradicable qu'est le désir de vivre. La douleur d'exister quand le désir n'est plus là.²⁰ » Or, les fluctuations du désir et la menace de sa disparition renvoient à ce qui le constitue originellement, autrement dit à ce qui résulte du rapport originel de jouissance au grand Autre dont il ressort un « reste » sous la dénomination lacanienne de l'objet « petit a ». Et c'est là le fameux objet « petit a », moteur du désir, qui se situe derrière le désir et le pousse à se porter sur différents objets. La perte du désir mettrait alors en question la fonction de cet objet « petit a » au sein de la structuration psychique originale dont semblent témoigner certains types de dépressions. Mais là encore, il ne s'agirait pas nécessairement de mélancolie, même si ces types de dépressions s'avèrent souvent assez prononcés. La mélancolie en tant qu'organisation psychique originale relèverait, il me semble, de ce « suicide de l'objet » qu'évoque Lacan dans le séminaire sur le transfert, et du remords essentiel du sujet, celui de s'être trompé sur l'objet de son désir. Et cette hypothèse mettrait en jeu la fonction propre de l'objet « petit a » dans la mélancolie.

Il s'agirait plutôt, relativement à cette perte du désir de vivre – non seulement chez les personnes âgées qu'on pourrait supposer plus exposées eu égard à leur handicap plus ou moins grave, mais encore chez beaucoup d'autres sujets dépressifs –, de l'effondrement de leurs modèles idéaux, non pas de leurs modèles imaginaires du moi idéal spéculaire, mais de leurs modèles symboliques de l'idéal du moi, ceux qui relèvent des identifications secondaires qui prennent corps dans le langage. Il s'agit, pour reprendre un qualificatif de Lacan, des identifications « typifiantes » au regard des aspirations du sujet et constituantes de son rapport au monde. C'est le guide qui commande au sujet, « le guide qui se trouve au-delà de l'imaginaire, au niveau du plan symbolique, de l'échange légal qui ne peut s'incarner que de l'échange verbal entre les humains.²² ». Autrement dit, si l'idéal du moi qui, permet au sujet de déterminer sa place et son rôle au sein des relations humaines, s'effondre, il s'ensuit un

effacement des repères narcissiques, ceux-là mêmes de la reconnaissance et de l'estime de soi. Lacan y voit la cause de l'état dépressif comme tel : « C'est pour autant que de la part de l'idéal du moi, le sujet dans sa réalité vivante peut se trouver lui-même dans une position d'exclusion de toute signification possible, que s'établit l'état dépressif comme tel.²³ ». Ce type de dépression par effondrement de la valeur accordée à sa propre existence ne se limite pas aux personnes âgées ; mais pour certaines de celles-ci, l'approche de la mort ou bien encore un grave handicap peuvent les y mener sous la pression d'une figure de la Nécessité qui finit, comme une Vanité, par dévaloriser la vie et avec elle les investissements possibles du désir.

Conclusion

Accorder à la mort une fonction d'annihilation du désir alors que le sujet ne peut en aucun cas se la représenter pour lui-même sinon en des représentations imaginaires nous conduirait encore à nous interroger sur le devenir de l'objet « petit a » en cette situation. Mais ce serait là un autre travail. Mentionnons en ce sens qu'en période de deuil, il se produit comme un vide, un trou dans le réel qu'aucun signifiant ne peut suffire à combler. Le travail psychique qui consiste alors à surinvestir tous les souvenirs et images partagés avec la personne disparue, et qui demande une énergie considérable, comme nous l'indique Freud dans « Deuil et mélancolie », relève au plan énergétique, comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, d'un travail de récupération de la part de la personne endeuillée, récupération de sa libido à nouveau rendue disponible pour un nouvel objet (et non plus en nostalgie). Or, au plan cette fois métapsychologique de l'organisation narcissique du sujet, ce sont des traits de l'idéal du moi qu'il s'agit de récupérer afin de rétablir une position moïque, ces mêmes traits dont le sujet s'était dépouillé par identification au profit de l'objet aimé. Lacan reprend ainsi l'analyse de Freud : « [...] Freud insiste bien sur ce dont il s'agit – le deuil consiste à identifier la perte réelle, pièce à pièce, morceau à morceau, signe à signe, élément grand I à élément grand I, jusqu'à l'épuisement. Quand cela est fait, fini. »

Ainsi, la fonction de l'idéal du moi que nous avons mise en avant dans notre deuxième hypothèse concernant les pathologies dépressives, et qui semblerait pouvoir résoudre l'énigme du deuil d'un point de vue général, prendrait d'autant plus d'importance chez les personnes âgées du fait que la question de la perte, quelle qu'elle soit, remet en cause à chaque fois l'altération obligée de l'image spéculaire ($i'(a)$) que nous avons décrite plus haut. Et l'on pourrait dire encore que chaque nouvelle atteinte de celle-ci témoigne du manque qui nous constitue²⁵ et autour duquel se structure le désir en des représentations et des modes de relations à l'autre en rapport avec les idéaux du moi. Aussi bien les deux instances interagissent-elles l'une sur l'autre donnant lieu à des types de dépression différents selon l'importance accordée à chacune. Les discours des personnes âgées dépressives en témoignent qui insistent sur les transformations de l'image spéculaire ou sur l'effondrement des idéaux du moi face à la Nécessité.

« La mélancolie Le mal de vivre est-il une maladie ? » Jean-Philippe PIERRON

*Trente siècles d'ennuis pèsent sur mon épaule (...)
Je me traîne énérvé d'immenses lassitudes
Tout est fini pour moi, je n'espère plus rien.*

Jules Laforgue, *Citerne Tarie*

Nous vivons un étrange contraste. L'histoire longue de notre culture, de l'acédie à la mélancolie, a fait du mal de vivre une source d'inspiration et de créations littéraires ou plastiques que l'on pense aux célèbres gravures de Dürer ou au poème de paroles lasses d'un Jules Laforgue. Elle a cherché dans la mélancolie – ce que Kierkegaard appela, dans son *Traité du désespoir* qui était tout sauf un traitement systématique, la « maladie à la mort » - un enjeu d'existence. Car dans l'expression même de « mal de vivre », il y est certes question du mal jusqu'au malheur du désarroi mais également de l'enjeu d'exister, d'un mal qu'il y a à vivre. Le mal de vivre se trouve alors solidaire de notre condition de vivant et d'humain engagé en une grande fatigue d'être. Il exprime la manière même dont l'existence humaine prend la mesure de son épaisseur en se confrontant à une expérience de la perte inconsolable dont elle découvre qu'elle fait partie de l'existence même. Le mal de vivre engage un insubstituable enjeu d'existence où une existence met sa vie en jeu, dans la lucide compréhension de ce qui résiste à sa vitalité. Dans cet esprit, s'il est un remède à la mélancolie il n'est qu'à la vivre, qu'à l'approfondir, non pour s'y complaire, mais comme une forme d'attention à ce qui nous tonalise dans notre être au monde (cf. *Stimmung*). Ainsi le mal de vivre signale-t-il un coup d'arrêt sur des possibles mais, paradoxalement, l'artiste qui en rend compte y trouve un commencement. Il inaugure une première fois au coeur de ce mal de vivre qui impose la conscience de dernières fois. Sans doute est-ce ce que nous scrutons dans l'étrange attelage du créatif et de son mal de vivre. Ce mal de vivre n'est pas d'abord une affaire de spécialistes, qu'il soit du corps (l'épuisement), de la psyché (la lassitude) ou même de l'âme (le désarroi) parce qu'il est avant tout l'expérience intégrale de ce qui nous désintègre. Cette fatigue du mal de vivre est *Indivise, et lourde de la charge de tout notre être, car si des analyses philosophiques peuvent distinguer, voire opposer, une fatigue du corps et une lassitude de l'âme, il n'est pas pour nous d'abord de fatigue, si spirituelle qu'elle soit, qui ne pèse sur nos gestes, nos pas et nos regards, ni d'effort physique qui ne nous plonge en quelque lenteur ou stupeur, même ténue*²⁶.

Mais en son histoire courte, la mélancolie et le mal de vivre sont devenus des problèmes à traiter médicalement, des situations psychiques à accompagner comme forme extrêmement

inquiétante d'un dérèglement pathologique de l'humeur et à gérer comme annonce prochaine du trouble jusqu'au trouble à l'ordre du public – on pense au cri de la personne âgée - pour les institutions qui accueillent des personnes âgées se confrontant à leur mal de vivre comme à une épidémie. Il s'agirait alors de la traiter voir de la gérer.

Ainsi le mal de vivre, catégorie fragile et non nosographique, est tantôt associé à la création, tantôt à la destruction ; tantôt il ne serait pas étranger à l'humain parce qu'il y engagerait son humanité ; tantôt il serait comme un intrus qui met hors de soi ou un soi vidé dans une tristesse extrême, une autodépréciation et des idées suicidaires.

Surgit alors une difficulté. En effet, peut-on, sans se payer de mots, dire du mal de vivre qu'il n'est pas une maladie ? *A contrario*, si on peut vouloir le médicaliser, la psychiatrisation du mal de vivre en épuise-t-elle tout ce qui s'y donne ? La volonté de gérer le mal de vivre, et la découverte qu'on y parvient avec peine jusqu'à l'épuisement (professionnel) même de ceux qui seraient chargés de le faire, n'est-elle pas aujourd'hui traversée par cette contradiction ?

Le mal de vivre est une pierre d'achoppement, un point sinon aveugle du moins noir qui manifeste une insistance et une résistance de l'existence finie, à l'égard de notre volonté de planifier, contrôler, gérer, voire maîtriser. En son trouble et troublant même, il se refuse à la volonté de la maîtrise, de totale transparence à soi et de l'autre, aux projets qu'on a pour lui. Or de ce mal de vivre dont on ne peut rien faire parce qu'il s'agit de l'être, on peut être tenté de penser qu'il n'y a rien à en apprendre parce qu'il n'y aurait rien à y prendre ; qu'il n'y aurait rien d'aimable voire à aimer de ce qui fait l'humanité du mal de vivre. N'est-ce pas là la raison pour laquelle nous en arrivons à nous demander quel peut être le devenir pour le mal de vivre au sein d'un paradigme néolibéral et gestionnaire ? Cette question tient à la domination du paradigme gestionnaire invitant à être entrepreneur de soi-même étendu à toutes les sphères de l'existence. Le noir de la mélancolie n'y devient-il pas la pierre d'achoppement d'une culture, moins de la lumière que de la transparence, qui exige la maîtrise, qui craint la surprise et l'inquiétante relativisation d'un mal de vivre qu'elle ne peut soulager tant il renvoie à une souffrance intérieure et solitaire et tant elle craint le risque nihiliste d'un relativisme ontologique ? Pourtant, en se laissant décontenancer par la hantise et la visite de nos abîmes que Cioran nommait le « se sentir mourir de vivre » dans de douloureux mais nécessaires « syllogismes de l'amertume », ne se délivre-t-il pas là un savoir fondamental : celui qui redit que dans une existence se joue le drame d'une lucidité sur nos expériences de la perte, qui leste celle-ci de l'épaisseur vécue d'une liberté qui ultimement et sans faux semblants, s'engage ? Nous serions alors conviés à enquêter sur ce qui du mal de vivre est humain, profondément humain et non pas étranger tel un objet ou un corps étranger, incités à « ne pas escamoter les véritables tourments »²⁷ ?

Comment en est-on venu à penser que le mal de vivre est une maladie ?

Le mal de vivre est-il, n'est-il qu'une catégorie nosographique ou mobilise-t-il un enjeu d'existence qui résiste à la logique classificatoire ? En contestant l'idée que le mal de vivre ne serait (qu')une maladie, nous discutons ce qui fait l'expérience humaine de la maladie. Plus

généralement, il faudrait discuter l'idée que dans nos sociétés la vieillesse, du moins pour la biologie du vieillissement, paraît devenir une maladie à combattre voire à éradiquer. Cela suppose de faire un déplacement allant de la question « de quoi est-on malade ? » à la question « comment et pourquoi est-on malade » ? En effet, il y a une concurrence des interprétations et de ce qui fait l'humanité du soin, notamment lorsqu'il s'agit de l'impact sur l'existence de l'ébranlement par la maladie et le vieillissement sur le mal de vivre qu'a bien mis au jour Kurt Goldstein. Son enjeu est un impensé de notre médecine qui localise la maladie dans le primat spatialisant du visuel – voir pour savoir et pouvoir – alors que la maladie, notamment lorsqu'elle concerne le mal qu'il y a à être, affecte notre être au temps, nous temporalise. L'approche spatialisante de la maladie envisage la guérison ou le rétablissement comme un retour à l'état initial – *restitution ad integrum* – sans perte alors que s'y engage un exercice de la perte qui inaugure une autre allure de la vie.

Or le mal de vivre est-il mieux honoré lorsqu'il est décrit comme un enjeu de science ou lorsqu'on le présente comme un enjeu d'existence ; faut-il choisir d'ailleurs ou bien plutôt articuler questions épistémologiques et enjeux éthiques ? Cette concurrence tire tantôt ce qui s'engage dans le mal de vivre du côté de la science et de l'objectivation de la maladie dans le malade sous l'effet d'une logique explicative isolant une causalité, une physiologie, une chimie. Pour une médecine de spécialité, qui tend transformer le praticien en technicien, la maladie du malade n'est pas la maladie du médecin de sorte qu'on affirmera, comme le fit le chirurgien René Leriche, que définir la maladie c'est la *déshumaniser*²⁸. Elle espère expliquer le mal de vivre pour le faire disparaître. Tantôt, elle est celle qui engage une analyse du mal de vivre comme un enjeu d'existence. Il mobilise sa dimension subjectivement vécue, interrogeant ce que peut signifier apprendre à se comprendre soi devant et dans l'expérience troublante d'une tristesse inconsolable. Sans doute n'y-a-t-il pas à choisir entre *l'explication* qui construit une sémiologie du mal de vivre et la *compréhension* qui en élabore une sémantique en termes de mal être vécu. Mais nous pressentons que seule une herméneutique tronquée peut croire possible de se cantonner à décoder les signes médicaux du mal de vivre sans prendre en compte les enjeux d'existence confrontés au sens et au non-sens d'une situation d'existence malmenée par une tristesse de fond.

Notre système de soin est construit sur un pluralisme épistémologique dominé par le modèle biomédical et organisé par le modèle de la gestion depuis que la santé est devenue une production de soin, rattrapée par les logiques d'une industrie dans l'industrie de la santé. S'y exerce une pression néolibérale qui fait souffrir les soignants. S'y déploie également une pression sur les patients dans une incitation à aller bien, au bien-être. Il faudrait alors peut être suspecter l'idéologie néolibérale du bien-être de n'être que l'envers du mal de vivre.

En effet, si le système de soin est construit sur un pluralisme épistémologique où il est question de travailler à « expliquer plus pour mieux comprendre » selon la formule de Paul Ricoeur, il s'agit de ne pas perdre les enjeux d'existence sous les enjeux de connaissance. Cette question du pluralisme épistémologique est centrale notamment dans la prise en charge psychiatrique qui est travaillée par ce pluralisme car, dans le cas du mal de vivre, il peut être empêché doublement. Tout d'abord, par le piège d'une opposition idéologique entre ceux qui seraient conservateurs et ceux qui seraient progressistes : ceux-ci portant la volonté de

Jean Philippe PIERRON, professeur de philosophie, Dijon, Chaire Valeurs du soin, Lyon 3

médicaliser et de médicamenter le mal de vivre pour l'éradiquer totalement comme si on pouvait épargner à l'humain la tâche douloureuse d'être humain ; ceux-là étant suspects de mobiliser une complaisance à l'égard du malheur et un romantisme douteux vis-à-vis de la mélancolie. Ensuite, en faveur d'un appel à être entrepreneur de soi qui exige d'être en forme (*fitness*) et pour lequel le mal de vivre n'est que le négatif du bien-être.

Plusieurs glissements notables concernant le « mal de vivre » méritent alors d'être questionnés.

Il y a tout d'abord la tentation d'inverser la proposition que Gadamer a concentré en disant que pour l'humain « la maladie comme fait biologique devient un événement biographique ». Gadamer voulait dire qu'elle mobilise une herméneutique de soi qui tente de préciser ce que signifie se comprendre soi dans l'expérience en soi d'une noirceur inconsolable qui entrave les manières usuelles d'être au monde. Les mots empruntent ici à l'optique leur vocabulaire. Ils parlent, à propos du mal de vivre, de trouble, d'opaque, de noirceur au risque de se laisser penser qu'il faudrait l'avoir à l'œil. L'enjeu, pour soi comme pour le soignant, est peut-être de quitter la domination du paradigme optique, voire de la pulsion scopique, pour privilégier l'expérience de l'écoute et du contact pour être en prise avec l'épreuve du mal de vivre. Mais, dans un mouvement inverse, on peut chercher la maladie dans le malade en évacuant l'enjeu d'existence. On lui reprochera de demander trop de temps d'accompagnement, d'être difficilement décrit en termes de score pour une médecine qui prend l'exactitude pour le tout de la rectitude et de trop résister à la gouvernance par les nombres qui a besoin de piloter les vies via des standards et des cotations comme le score du GIR (groupe isonormé ressource) mesurant la dépendance des personnes âgées. Subrepticement, pour cette perspective, le mal de vivre n'est plus la marque d'une condition humaine prenant la mesure de sa vulnérabilité mais devient un accident. Le souci utilitaire du calculable révoque l'enjeu d'existence au profit de la maladie appréhendée en termes statistiques. On pense au *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, le DSM-529 qui cote le mal de vivre sous le code F34 et qui tente de le chiffrer, le caractérisant comme un manque de réactivité aux stimuli habituellement agréables (ne se sent pas bien mieux) inférieur de 20 à 40% à la normale. « *Le mal de vivre devient pathologique lorsque la réactivité à ce qui est agréable est inférieur de 20 à 40 % à la normale* ». Il faut prendre la mesure de l'étrangeté d'une telle phrase et de ce que suppose cette volonté de mesurer le mal de vivre. Sous couvert d'un positivisme psychologique et d'une classification réductrice, il fait quitter, sans le dire, une conception existentielle du mal de vivre pour lui substituer une quantification unidimensionnalisante. Dans une perspective existentielle, le mal de vivre peut se définir comme un être affecté dans sa capacité à se projeter dans un horizon d'attente, ce qui met à l'épreuve les liens sensibles, met en suspens l'ouverture des possibles et de toutes les relations qui nous attachent à l'existence. Le DSM prolonge, sous couvert de la science, une critique du mal de vivre comme être au monde. Il lui substitue, sinon la posture d'un post-humanisme qui pourrait, par la science, les neurosciences et l'informatique, répudier cette infirmité, humaine, trop humaine ; du moins ne la considère que comme une pure maladie, c'est-à-dire un fait sans retentissement en une histoire.

On peut renforcer cette tension *zoé* (fait biologique) /*bios* (événement biographique) au risque de l'écartèlement, par cela même qui était censé la compenser, à savoir le modèle thérapeutique bio/psycho/social. Ce dernier, en segmentant, anatomisant les prises en charge des malades déploie davantage une approche systématique qui décompose le compliqué en éléments simples ; et non une approche systémique (holiste) qui reconnaît l'unité de ce qui est complexe comme l'est, par exemple, ce qu'assume le compagnonnage existentiel – la démesure du soin –. D'une certaine manière, il cède à ce que Bergson appelait l'illusion rétrospective qui assimile la durée vécue du mal de vivre qui se déploie en une allure de vie à du temps spatialisé, expliquant l'événement présent par le passé. Il s'autorise une segmentation en éléments analytiquement isolés – le mal de vivre dans sa dimension somatique (disease), psychologique (illness) ou même comme trouble social (sickness) appelant des spécialistes de chaque segment : le médecin, le psychologue et l'assistante sociale –. Comme si le mal de vivre n'était pas une réalité vécue transverse unifiant souterrainement ces différents plans de vie. Or, est-ce que le mal de vivre n'est pas l'épreuve continue d'une histoire de vie, qu'un système de soin, pour être efficace a élaboré sur un mode discontinu, au point de rendre impossible ou contradictoire en principe l'accompagnement du mal qu'il y a à être ?

Enfin, nous l'avons déjà envisagé avec l'idée d'une gouvernance de la vie psychique par les scores et les nombres, l'idéologie néolibérale du bien-être a davantage à faire du mal de vivre une maladie. Il y a là l'enjeu d'une extension de la logique économique de l'échange donnant/donnant à « l'économie générale de la vie et à « l'économie des pulsions ». Dans cette perspective n'est rationnel, économiquement parlant, que ce qui répond au critère de l'utilité et à la méthode de la gestion. Le mal de vivre est alors non pas nié mais dénié, devenant alors inévitable et productif. Il cesse d'être irrationnel et inquiétant, même au titre d'accident, pour rentrer dans un cycle d'utilité. Inévitable il devra au moins être compris pour pouvoir être contrôlé. On pourrait ainsi l'installer dans un protocole : faire du mal de vivre une étape protocolisée de la vie psychique, un cycle normalisé et susceptible de pouvoir être « géré. Le mal de vivre, de constitutif, devient humoral. D'ontologique, il devient une affaire de tempérament. De constitutif de « l'âme », il devient un état d'âme. Et si cette humeur noire, persiste, alors elle deviendra « pathologique ». Les traitements chimiques et autres médicaments d'étouffement des souffrances psychiques, s'en chargeront. Ce n'est pas une surprise alors qu'un psychiatre, comme l'américain Frances Allen, devenu critique vis-à-vis du DSM, encourageant une inflation des critères et une médicalisation des troubles, en vient à dire que « *le chagrin deviendra ainsi une nouvelle cible pour les entreprises pharmaceutiques* »³⁰. Il faudrait apprendre à tirer la leçon du mal de vivre par des recommandations incitations au bien être ; mais ce faisant laissant en suspens la question douloureuse que Rilke posait au jeune Balthus ayant perdu son chat : « avez-vous bien compris ce que c'est que perdre » ?

Faut-il sédater le désarroi ?

Dans une petite nouvelle « La cavale de Billy Micklehurst » Tim Willocks écrivait : La souffrance rend souvent silencieux ou bien intelligible celle ou celui souffre. Aussi le poète... sait avec minutie des nuances de désespoir qui ne pourraient être traduites autrement... Et l'art

diffuse une infinité de nuances de ce genre. Au contraire le vocabulaire scientifique, plus particulièrement la psychologie, est incroyablement limité, et de mon point de vue, choquant, tant il est rudimentaire. Une remarque aussi simple que « C'est noir » évoque bien plus de choses qu'un terme tel que « dysthymie » ou « dépression » (auquel je préfère le concept de « mélancolie »)³¹. Il observait, en romancier et en psychiatre qu'il est aussi, combien une manière de vouloir maîtriser le mal de vivre consiste à l'installer dans les mots définitifs des logiques classificatoires du type DSM. On y opère une dévaluation existentielle au fur et à mesure que la sémiologie médicale en met au jour les composants objectivables, mesurables et universalisables. Mais il observait également, cette fois en romancier, comment la littérature, la poésie, les romans, et avec eux plus largement les explorations poétiques diverses, les mots en émergence qui accompagnent les existences, ce que modestement fait déjà l'expression « mal de vivre », explorent sans complaisance la mélancolie, dans ce qu'elle peut avoir de saisissant par son côté insaisissable même. Les mots des poètes sont soignants parce qu'ils sont soigneux dans la manière qu'ils ont de creuser la dimension abyssale du mal à être – la perte du fond – et tentent, non de l'apprivoiser, mais d'habiter ce mal de vivre sans le sédater. Ils l'esthétisent, sans esthétisme, pour ne pas l'anesthésier. C'est ce que dit le « c'est noir ». Le mot mélancolie, du grec *melagkholia*, se souvient de la bile noire. Il garde en réserve les ressources expressives de l'humeur noire, cette humeur dont l'excès poussait à la tristesse, cette profonde tristesse dont on ne dit pas tout lorsqu'on la nommera, par souci des nomenclatures : dépression, neurasthénie ou dysthymie. « La mélancolie, c'est le bonheur d'être triste » disait Hugo, non pas goût de la contradiction ou de l'oxymore mais pour trouver dans ce sentiment une manière d'explorer une tonalité de notre être au monde. Il n'y a pas là de morbidité, même s'il faut résister à la tentation de vouloir trop vite « positiver ». Entre l'emprise du langage et l'être en prise de la langue créatrice, il importe de chercher une voie. En ce sens-là les mots du soin, le corps des mots qu'est la parole et de l'organisation du système de soin peuvent se cristalliser dans les mots parce que dans les mots se déploient un enjeu de vie ou de mort et non pas qu'un jeu. La poésie, le noir, le récit ou la plainte résistent à la linéarité du récit ou à la transparence de la gouvernance par les nombres dans une concurrence des langues.

Si l'on peut discuter l'assimilation du mal de vivre à une maladie au nom d'une idéologie du bien être volontariste et productiviste *qui y verrait un processus de production dont le sujet « sain » et rétabli dans le monde social et affectif constituerait le spectaculaire résultat attendu (...) il s'agit bien d'observer du moins que, dans le deuil (et dans le mal de vivre en tant qu'il est une forme de hantise de la perte d'une ingénuité) quelque chose effectivement se « fait »*³². Le mal de vivre n'est pas un état mais une activité. Mais en quoi cette activité ne serait pas un processus productif assimilé à la dimension quasi industrielle attachée à la production du bien être ? En quoi est-il un « vrai » travail, au-delà des métaphores, un travail de soi ? Si porter attention au mal de vivre n'est pas une complaisance morbide, c'est qu'en lui s'engage un travail d'élucidation de ce que rester en vie peut vouloir encore signifier, sans se payer de mots, lorsque l'on prend la mesure de la relativité jusqu'à la vanité ou la vacuité du « à quoi bon ? » relatif à ce que nous pensions qui nous faisait être. Mais ce soi qui se dégoûte de soi est encore un soi. N'y-a-t-il pas un fond d'activité qui puisse encore accueillir cette épreuve aux limites du désespoir ? Lorsque plus rien n'a d'importance, est ce que le mal de vivre ne redonne pas d'envisager, d'un regard lointain

sinon désengagé, le paysage intérieur que constitue les points d'importances sur et avec lesquels le soi a pu apprendre à se préciser ?

Pour que de telles questions puissent prendre corps, il faut, à cet endroit, ne pas confondre le mal de vivre et le désespoir. Du désespoir Kierkegaard dit qu'il est bien pire que la mort³³. Il consiste à la fois à désespérer de soi (ne pas parvenir à être soi) et à désespérer de ne pas être soi (vouloir être autre que celui qu'on est). Là où le désespoir n'augmente pas les possibles dans le monde mais les anéantit (effacement) ; le mal de vivre, quant à lui, se demande si des possibles sont encore possibles ; et de cette incertitude fait une manière d'être. Il est vivant dans ce suspens inquiétant mais vivant. La frontière est ainsi ténue entre le désespoir et le mal de vivre qu'on tend à vouloir absorber dans celui-là. *Car, s'il y a des fatigues qui emprisonnent et mettent de plus en plus au secret du désespoir, qu'elles soient fatigues d'oisifs ou de surmenés cherchant à oublier leur vide dans un incessant emploi du temps, il y a aussi des fatigues qui libèrent*³⁴. Le mal de vivre est peut-être un ultime travail d'un soi évidé de son quant à soi : une libération. N'est-ce pas cela que les célèbres gravures à l'encre noire de Dürer ont cherché à faire : nous convertir en montrant comment le mal de vivre s'incarne dans ce corps en repli dont le regard se cherche un horizon qui ne paraît pas pouvoir être autre que celui de la perte même du sentiment d'horizon, mais en lequel le créateur se tient pour oser imaginer encore ?

Toucher le fond ne veut pas dire qu'il n'y a rien de soi qui ne s'engage dans cette expérience du fond. Ne plus bien se porter ne signifie pas que nous n'ayons plus à nous porter, bien au contraire. Cette souffrance nous découvre que la maladie et la vieillesse que l'on fait est aussi une maladie ou une vieillesse qui nous fait même lorsqu'elle nous défait. En effet, il faut au minimum un cogito blessé capable de recevoir cette blessure et de la vivre ; ce qu'à sa manière vise le concept d'inspiration ricœurienne de *self minimal*. Elle rappelle que nous ne sommes pas à l'origine de notre être, que nous n'en sommes pas l'auteur. Et si, dans la maladie, nous ne sommes pas à la hauteur, si j'ose le jeu de mots, nous voulons toutefois, tout en ayant du mal à l'être, ne pas exclure la possibilité d'en être l'acteur. *En somme, ce n'est pas à une vérité d'ordre seulement physiologique, ni même psychologique, que renvoie la maladie, quelle qu'en soit la fréquence, la durée, la gravité, ni même probablement à la seule nostalgie du fait maternel ou bien à quelque ancienne carence affective, mais plus fondamentalement encore à l'impossibilité essentielle de se suffire à soi-même et à la difficulté d'être soi-même que tout homme, diversement, éprouve*³⁵.

Le mal de vivre, s'il peut aussi être décrit du côté de ses composantes morbides, mobilise un *rapport vivant* avec l'expérience de la perte d'une innocence, présente dans la lucidité du mourir et dans l'hyperconscience de la vacuité. Ce rapport vivant au dégoût de soi n'est pas qu'une maladie. Il est encore une expérience de soi, ressource vitale, pour ne pas dire trop vite créatrice. Le mal de vivre arrache le soi à la question des finalités, du en vue de quoi trop rapidement énoncé, avoué ou inavoué ou même débouche sur un renoncement à l'idée de progrès dans l'inespoir qui n'est pas encore le désespoir. Fait-on alors du progrès dans la traversée du mal de vivre ; suffirait-il d'être patient pour magiquement, et de façon superstitieuse, effacer le désarroi ? Est-ce que l'on sort vainqueur du mal de vivre car on n'en sort peut-être pas ? C'est à délimiter les contours d'un soi qui s'abîme aux frontières de l'abîme que se déploie la possibilité pour le mal de vivre d'être associé à une forme de créativité. *J'ignore si toute œuvre procède du deuil, mais celle qui n'en fait pas seulement son point de départ, mais son*

Jean Philippe PIERRON, professeur de philosophie, Dijon, Chaire Valeurs du soin, Lyon 3

*atmosphère, au sens kierkegaardien du milieu ambiant de la vérité, celle-là n'en a jamais fini. Que les larmes deviennent de l'encre n'est pas le signe que le travail serait achevé ni même qu'il est en cours d'achèvement et que le deuil serait, enfin, en train de mûrir : c'est une autre façon de pleurer. Et il y a toujours du travail pour celui pleure*³⁶. Je voudrais m'arrêter pour terminer sur cette autre façon de pleurer ? Qu'est-ce à dire ? Créativité, vitalité du mal de vivre... de ceux qu'on nomme des écorchés vivants ? La créativité qui fait de nous des vivants qui cherchons à dire ce que vivre veut dire ne se trouve pas dans le seul art. mais elle trouve dans l'art une de ses formes. L'art (qui peut aussi être un art relationnel pour le soignant ?) qui est capable de pénétrer et d'habiter le mal de vivre et de le transformer pour y trouver une beauté n'est pas de l'ordre de la complaisance, et n'envisage pas la beauté de façon extérieure comme une « harmonie » ou comme cette expérience d'un plaisir désintéressé qu'y trouvait Kant. On en mesure le travail que fait l'art (du soignant) comme autre manière de pleurer lorsqu'on prend la mesure que sa portée esthétique désigne la profondeur de ce qu'être au monde veut dire, rendu dans le tragique de la conscience des limites qu'il est capable de manifester dans la joie comme dans la tristesse, dans l'assurance comme dans la mélancolie. L'étrange oxymore de l'artiste écorché vivant crée du beau sans complaisance ni édulcoration par ce qu'elle ose se loger là où le mal à être suscite une fois encore, même malmené, notre désir d'être

N'est-ce pas là cette perte du grand arroi dont parle Christian Bobin à propos du désarroi ?

«Vous êtes gentilles, mais c'est foutu...»

Cécile du CHAYLARD,

Catherine MASSIAS

Cécile du Chaylard: Si la mélancolie ne fait pas forcément rêver, elle revêt toutefois une certaine sympathie. Nombre d'entre nous lui trouve une certaine tendresse, d'autres peuvent être tentés de s'y complaire. Cette mélancolie évoque une douce tristesse qui permet de mesurer le prix de la joie, elle permet de reconnaître le tragique de l'existence humaine, souffrante et mortelle, sans forcément dénigrer la vie qui se donne et sans y renoncer. Elle fait le lit des poètes, des philosophes, des artistes, et on peut se sentir grandi que de l'avoir traversée à certains instants de sa propre vie. Pourtant, la mélancolie peut être beaucoup plus grave et pathologique, mener au suicide ou à l'indifférence généralisée du monde et des autres. Elle dénigre la vie et rend l'entourage dépressif. Il nous semble que la mélancolie est multiforme, et revêt des degrés divers, de l'état mélancolique, au travail de mélancolie (expression de B Rosenberg), du syndrome à la tendance, nous pouvons également en EHPAD retrouver toutes ces différentes nuances, ces différentes formes. Lorsqu'on travaille en EHPAD, on côtoie fréquemment des sujets atteints d'un syndrome dépressif. L'entrée en maison de retraite et son lot de deuils, de pertes, vient s'ajouter à l'épreuve que peut représenter la vieillesse en soi, le réel du processus du vieillir, en termes de renoncements et de désengagements, de réorganisation psychique. Vieillir implique tout ce travail psychique, situation de fragilité particulière que le grand âge, dont le corps du sujet porte les marques, l'évolution de la vie sociale, familiale, ce qui fait dire à M Trouilloud ici même il y a quelques années « ces renoncements sont autant de manifestations violentes pour celui qui sait qu'il ne pourra jamais plus obtenir, de la même façon, satisfaction et jouissance. » 37 Nous connaissons la plainte lancinante du sujet déprimé, l'expression entêtante qui nous est adressée de trouver, re-trouver un chemin d'expression à son désir malmené, aux manifestations anxieuses prononcées, à la perte d'intérêt et la menace de repli sur soi.... Aux côtés de ces appels dépressifs, on peut parfois observer une forme plus grave de manière d'être, que l'on peut nommer mélancolie.

Là, point de demande, juste l'expression, si peu adressée, d'un mal-être qui ne recherche plus rien, une errance dans la vie marquée par la désillusion complète. Le discours est banalisé, résigné, et la rencontre sabrée d'avance, Mr B: « oh, vous savez, la vie qu'est ce que c'est? Finalement très peu d'intérêt... on devrait avoir la possibilité de la quitter quand on le souhaite, vous savez, ça n'a pas d'importance... » ou encore « je suis d'humeur triste, c'est ça la vie... », se montrant tout aussi résigné à ce que l'institution met à sa disposition, qu'il refuse gentiment mais de manière implacable « avec le grand âge, on n'est plus bon à rien, il faut bien se le dire... » dit-il avec un petit sourire. Ici, pas de plainte, pas de recherche de solution, de

réaménagement pour le temps qu'il reste à vivre, tout cela ne sert à rien, et les initiatives soignantes ou même familiales en ce sens, sont tournées en dérision. Juste, parce qu'on se trouve là, la prise à témoin d'un état de fait implacable, qui nous fait sentir qu'il n'est même pas la peine de contredire, c'est sans appel, et on pourrait même se moquer de vous. Vous dites Mme Lambotte: « résigné, sans désir apparent, tout entier occupé à justifier un discours qui prouverait la naïveté de l'attente » (L'objet du mélancolique). A la proposition de ses fils de lui amener des livres pour s'occuper, Mr B répond « vous pouvez toujours essayer, si ça vous fait plaisir, mais c'est inutile. »

J'aurai pu vous présenter le cas de Mr B, qui ne laisse aucun doute sur la mélancolie qui l'atteint aujourd'hui, posé sur le lit d'un désenchantement du monde et d'une négativité qui ont marqués toute sa vie, selon ses fils. J'aurai pu, mais ce n'est pas le cas clinique dont je souhaiterais vous parler aujourd'hui. Lorsque nous avons évoqué cette thématique de la mélancolie avec le bureau de l'ARAGP, m'est tout de suite revenue en tête l'accompagnement si particulier de Mr C, sur les aléas d'un accompagnement condensé sur une durée de seulement 3 mois. Présentation moins évidente, plus discutable sur le tableau mélancolique car plus nuancé. C'est sous l'angle de sa complexité que m'est apparu cet accompagnement et la particularité des échanges rencontrés avec l'équipe soignante qui l'a accompagné. De son discours, on pouvait sentir le poids mélancolique, dans son comportement, assister à la lutte acharnée d'un homme qui ne voulait pas mourir. Cette dichotomie chez les sujets que nous rencontrons me paraît fréquente, et nous sommes souvent aux prises avec une clinique complexe en gériatrie.

Pour présenter le cas clinique de Mr C il m'est paru enrichissant de faire appel à une des aides soignantes qui l'a accompagné, qui a accepté facilement de venir devant vous aujourd'hui, et je l'en remercie.

Nous allons donc vous présenter le cas de Mr C, et partager avec vous les questions sous formes de paradoxes que son accompagnement est venu soulever au sein de l'équipe qui a été à ses côtés.

Catherine Massias : Mr C. Est arrivé à la maison de retraite où nous travaillons après une hospitalisation pour une décompensation cardiaque et un amaigrissement sévère, et suite à un court séjour dans une EHPAD. EHPAD fort critiquée, tant par Mr que par sa fille, à leur arrivée (manque de personnel, on ne s'occupait pas de lui, la nourriture n'était pas bonne, etc.) Mr C est âgé de 90 ans à son entrée dans la structure. il se mobilise seul avec l'aide d'une canne, s'habille seul et à besoin d'une aide partielle pour sa toilette en fonction de son état de fatigue. Mr C s'alimente seul en texture entière et gère seul la prise des traitements médicamenteux distribués par les infirmiers. Nous connaissons déjà Mr C., en tant que mari d'une de nos résidente présente depuis plusieurs années, et souffrant d'une pathologie de type Alzheimer évoluée. Ils sont tous deux du village, Mr habite en face de la résidence, avait l'habitude de venir voir son épouse deux à trois fois par semaine, et se montrait très affecté par la maladie de celle-ci et particulièrement par le fait qu'elle ne le reconnaisse plus parfois. Nous avons pu le rencontrer notamment lors d'entretiens familiaux, où il montrait une certaine détresse, insistant à stimuler son épouse à se souvenir de moments de leur vie de couple,

comme de voyage, qui ne lui disait à elle la plupart du temps rien du tout. Il avait alors eu l'occasion de dire à quel point sa déception était grande, comme si maintenant ces bons moments n'étaient plus rien puisque balayés par les troubles de son épouse, évoquant la nostalgie du temps où la vieillesse n'avait pas encore « fait son oeuvre ». Nous avons pu alors sentir que l'apparence physique était importante pour ce monsieur. En effet, il était souvent habillé en costume, bien coiffé, soigné.

Cécile du Chaylard: Lors de son entrée, il est dans une chambre différente de celle de son épouse, et présente des difficultés pour aller la voir « ma fille m'a dit de ne pas y aller... ». Il accepte d'aller la voir à deux reprises, sur proposition d'accompagnement de l'animatrice.

Une semaine après son arrivée, Mr C. est difficilement réveillable, les soignants appellent alors le SAMU, en trouvant un mot sur un morceau de papier sur sa table, ainsi qu'une plaquette de Zopiclone, vide, à côté. Le résident semble avoir voulu mettre fin à ses jours. Le médecin du SAMU injecte un antidote permettant le réveil de Mr. La tentative de suicide est confirmée par Mr C à l'infirmière présente lors de son départ pour l'hôpital : « la vie me pèse ». Nous apprenons par son médecin traitant qu'il a fait un séjour dans une clinique psychiatrique huit mois avant, pour dépression liée à un surmenage. Ce médecin confirme l'image narcissique altérée de Mr C. depuis la maladie de sa femme, surtout l'admission de celle-ci en EHPAD et l'image renvoyée par les autres résidents. Il vivait très mal le fait de voir sa femme sans qu'elle ne le reconnaisse. Le tout s'est accentué lors de sa première décompensation cardiaque, à l'issue de laquelle il réalise un séjour en psychiatrie, selon ce même médecin traitant. Sa fille nous apprend également qu'il a déjà fait une tentative de suicide, alors qu'elle était adolescente, en lien avec des soucis de travail. Le lendemain de son hospitalisation, l'hôpital appelle, afin de signaler qu'il n'y a pas de conséquences à sa tentative de suicide. La boîte de somnifère qu'il a ingéré venait de son domicile. Il reste pour le moment en observation, l'interne ne note pas de tendance dépressive, pense à un geste fait sous impulsion.

Je n'avais pas eu l'occasion de rencontrer Mr entre son entrée et sa tentative de suicide. C'est donc dans le service hospitalier où il séjourne suite à cela, que je viens à sa rencontre.

Mr C me reçoit facilement, en étant reconnaissant que le village vienne à lui en ma personne. Il ne paraît pas affecté par son geste, dont il ne parle pas spontanément, émet le souhait de rentrer sur l'EHPAD rapidement. A mon questionnement il évoque une douleur devenue insupportable pour expliquer son geste, et le fait de ne pas avoir trouvé d'aide adéquate. « J'avais tellement mal, Je me suis levé pendant la nuit, je cherchais un soignant, et la veilleuse dans le couloir m'a crié « Mr C., allez vous coucher ! », je n'ai pas supporté. Alors j'ai pris une boîte de somnifères que j'avais amenée de chez moi et j'en ai pris 8 d'un coup. J'aurais voulu aussi en donner à ma femme, pour qu'on parte tous les deux, mais il n'y en avait pas assez... oh, de toute façon, ça sert à rien, vu que je suis encore là, je laisse tomber. » Il dit avoir souvent pensé à l'idée de disparaître avec sa femme, depuis « sa maladie ». Il n'imagine pas que sa femme soit malheureuse, juste « elle ne se rend compte de rien, c'est fini, faut être lucide. » Nous évoquons ses enfants, il dit que sa fille est précieuse, elle s'occupe de tout, c'est la dernière. Ses trois fils sont plus éloignés, ils passent de temps en temps, le lien paraît plus

distendu, surtout avec l'un d'entre eux, qu'il n'a pas vu depuis plusieurs années. L'un deux boit un peu trop, ils se sont disputés. Il dit avoir toujours été très actif, et ne pas supporter cette fatigue qui l'atteint depuis quelques temps.

Lorsque je rencontre Mr C à son retour d'hospitalisation, l'accroche est plus difficile. Il se montre résigné, a du mal à sortir de son lit, n'a pas d'appétit, il fait souvent des remarques sur son linge, (ses chaussettes difficiles à mettre, ses mouchoirs qui ne sont pas encore revenus, un pyjama enfin récupéré), d'une façon particulièrement détachée. Il met en échec toute initiative des soignants comme de moi-même de solutions face à ces constatations qui n'attendent pas de réponse. « Vous êtes bien gentille, mais c'est foutu. » La fatigue revient abondamment, et la constatation amère des évolutions de ce corps qui ne suit plus, qui ralentit. « la vieillesse, c'est terrible. Je mettais un quart d'heure pour prendre ma douche auparavant... » cette vieillesse, il ne l'a pas vu venir « c'est venu d'un coup brutalement, la vieillesse, il y a peu je me débrouillais tout seul, je faisais mon jardin... » Les entretiens sont centrés sur sa fatigue, ses pertes physiques, et ponctués de « vous êtes tous bien gentils ici, mais c'est pas la peine, cela ne sert à rien. » Il évoque également régulièrement en entretien des douleurs, dont il se plaint également à sa fille, mais refuse de prendre les traitements la plupart du temps, en disant que la douleur est passée. Concernant une éventuelle nouvelle tentative de suicide, il dit « j'y pense tout le temps, j'essaie de chasser cette idée, mais elle est tenace. » Il dit encore en entretien « il faudrait mourir, on ne devrait pas vivre ça à la fin de sa vie, ne pas souffrir comme ça. » On entend chez ce Mr que l'on connaissait actif et élégant, le sentiment de honte de se retrouver impuissant, la chute de l'idéal à grand fracas. Il refuse de voir sa femme, même accompagné, et il lui est dès lors impossible de revenir sur leur histoire commune, le passé est comme terminé, non accessible. « Elle a commencé une nouvelle vie, elle ne me reconnaît plus. » Il refuse également qu'elle soit présente lors de l'entretien familial que nous proposons. Entretien pensé en équipe dans le but de remobiliser un possible investissement, de tenter d'endiguer cette poussée suicidaire sur laquelle nous n'avons pas de prise, manière également de soutenir une fille assez isolée auprès de ce père mélancolique, tantôt agacée tantôt paniquée par les propos de son père. Parallèlement, nous sollicitons une consultation avec l'équipe mobile de gérontopsychiatrie de secteur.

L'entretien familial réunit Mr, sa fille et deux de ses fils. Il est l'occasion effectivement de mobiliser les enfants dans une présence et une attention particulière, dans la recherche de ce que pourrait désirer leur père et lui faire plaisir. Ils décident de lui amener des effets personnels, ce que Mr C disait refuser en entretien individuel, et notamment une télévision afin qu'il puisse regarder des émissions de sport. Mr C est évoqué comme un homme ayant été très sportif. Cet homme a toujours pris les décisions pour toute sa famille. Pour celui-ci, il est primordial d'être toujours élégant, c'est une valeur qu'il a inculquée à toute sa famille. Les enfants peuvent même imaginer un roulement afin que leur père ait de la visite régulièrement. Mr C se montre résigné face aux entreprises familiales, et pleure lorsque nous évoquons l'accompagnement de son épouse.

Catherine Massias : C'est un monsieur discret qui ne veut jamais appeler : «pour ne pas nous déranger» dit-il. Il souhaite faire le plus de choses en autonomie. Il n'apprécie pas de déjeuner en salle à manger et préfère prendre ses repas dans sa chambre. Il regarde la télévision tardivement et se réveille habituellement entre 9h et 10 h.

Ce monsieur est conscient que son insuffisance cardiaque est en phase terminale. Il s'étonne d'ailleurs d'être toujours vivant, le médecin, lorsqu'il lui a posé une pile, lui avait dit qu'il ne dépasserait pas les 80 ans. Il exprime souvent aux soignants son envie de mourir. Il a quelques rares moments d'échange, où il peut nous proposer de nous asseoir un moment pour regarder le sport la télévision. Il nous offre un petit bonbon, que sa fille lui apporte comme il le dit : «de toute façon, vu mon état je peux bien devenir diabétique : ça ne changera rien » Son comportement peut changer en quelques minutes, sans élément déclencheur à la connaissance de l'équipe. Il peut refuser sans explication toute aide, alimentation ou hydratation. Mr C est souvent recroquevillé sur son lit, le dos tourné vers la porte et sa communication non verbale nous fait comprendre qu'il ne souhaite pas communiquer. Il nous apparaît alors asthénique. Mr C a souvent un discours négatif et dévalorisant envers lui-même. Il dit ne pas supporter sa dépendance qui augmente tous les jours, n'être qu'une épave, que l'ombre de lui-même, avoir tout perdu puisque sa femme ne le reconnaît plus et il ne veut pas être une charge pour ses enfants. Lorsque les soignants lui posent la question : « qu'est-ce qui vous ferait plaisir ? » Sa réponse est : « je veux mourir ! »

En tant que soignant, que peut-on lui répondre... ? Existe-t-il une réponse... ? La réponse de Mr C a mis les soignants en difficulté, car celui-ci souffre moralement et rien ni personne n'a réussi à l'apaiser. Chaque soignant veut que ce monsieur soit moins en souffrance. L'équipe lui propose une aide physique dans les gestes de la vie courante, des moments d'échanges tout simplement. Ils nous arrivent même de rester assis à côté de lui pour qu'il ne soit pas seul. Parfois, à cet instant, un croisement de regard, et Mr C peut légèrement sourire. Nous interprétons cela comme une marque de reconnaissance, et cela nous encourage à ne pas laisser Mr C seul avec sa détresse.

Son état de santé se dégrade rapidement par la suite. Il est alité et refuse tout. Il est de plus en plus agité, malgré une perte du tonus musculaire importante. Il veut se lever mais chute à chaque tentative, se scalpe sur tout le corps. Mr C a des plaies hémorragiques et enlève ses pansements compressifs et bandages. Il ne supporte rien sur son corps même pas un simple tee-shirt. Il continue à dire qu'il veut mourir. Il se met en danger en tombant de son lit. Nous nous sentons impuissants à soulager sa souffrance. Un aménagement de sa chambre est réalisé par l'équipe soignante : mise en place d'un lit Alzheimer, des tapis souples par terre en complément, la table de nuit ainsi que l'adaptable sont retirés de la chambre. Mais rien n'y fait. Mr C continue à se jeter à terre, il rampe jusqu'aux murs, se tape la tête contre ceux-ci, tente de se lever en s'appuyant aux murs et finit par perdre l'équilibre et chute de nouveau. Chaque soignant se trouve démuni face aux gestes violents de Mr C envers lui-même, par l'expression de sa détresse et de sa souffrance, jusqu'à son médecin traitant qui tente en vain des traitements d'apaisement. Comment, en tant que soignant, peut-on interpréter les actes de violence de Mr C envers lui-même ? Veut-il, comme il l'a dit à plusieurs reprises, mourir et accélérer sa mort en se blessant ? Veut-il, en voulant se mettre debout rester vivant ? Il

continue à refuser notre aide, nos soins, notre accompagnement. La petite complicité tissée avec lui a du mal à résister à ce déchainement. Il confie à un soignant « qu'il n'est qu'un mort vivant et que ce n'est pas normal d'être dans un tel état.» ; « Les traitements, c'est pareil ils me maintiennent en vie et je veux mourir.» Il ne veut plus vivre cet état de fatigue permanente. Mr C décédera finalement quelques jours plus tard.

Lors de l'accompagnement de Mr C, nous avons eu l'impression de fonctionner en miroir. Le soignant décrit souvent le sentiment de ne pas pouvoir soigner et accompagner correctement le patient car il a l'impression de ne pas parvenir à répondre correctement à ses demandes. Pour les soignants, tous ces états successifs ou simultanés sont difficiles à canaliser, le patient qui a un mal de vivre nous met souvent dans un état d'échec qui devient chronique, un sentiment d'impuissance particulièrement intense. Redonner le goût de la vie à quelqu'un qui a souhaité mourir, va parfois générer un fort sentiment de culpabilité. La prise en charge de la mélancolie est donc loin, très loin d'être aisée pour les personnels de santé. Elle nécessite des aménagements particuliers du temps de travail, et une adaptation des soignants à ces patients. Il y a une nécessité absolue de les aider à comprendre comment entrer en contact avec ces patients pour les aider au mieux. Les soignants ont besoin d'être formés pour savoir comment établir un lien et une relation de confiance, en adoptant une attitude bienveillante d'écoute, de dialogue et de soins. Les soignants doivent savoir déceler et prendre en compte le niveau de souffrance, mais aussi le degré d'intentionnalité ou d'impulsivité du patient, ou encore la qualité du soutien de l'entourage proche. Lors de tels accompagnements, nous pouvons souffrir de ne pas correspondre à l'idéal du soin qui est le nôtre, avec le sentiment de ne pas faire comme il faut, ou du moins, tout ce qu'il serait nécessaire de faire auprès des patients. Qui, mieux qu'une collègue qui a déjà traversé ces expériences pénibles, peut comprendre la soignante qui se sent dépassée par la situation, la lourdeur de la tâche et la souffrance des patients. Dans certains services, lors d'expériences difficiles, des groupes de paroles sont formés où les soignants peuvent aborder leurs sujets de souffrance. Se retrouver entre professionnels et bénéficier de l'expérience des uns et des autres peut aider à transmettre un savoir faire. Le dialogue, le partage et l'entraide au sein de l'équipe sont aussi des moyens d'aide agissants.

Mélancolie?

Cécile du Chaylard: Cette vignette clinique a retenu notre attention, par l'inquiétude que Mr C a sollicitée au sein de notre équipe, au cours des différentes étapes par lesquelles il est passé, et des questionnements qu'il a soulevés au sein de l'équipe soignante. De sa souffrance liée à l'impossibilité de faire face à la pathologie de son épouse, l'effet d'une désillusion pouvant remettre en cause le caractère même du vécu commun passé, sa lutte contre un effondrement dépressif par un activisme forcené, jusqu'à l'épreuve de la limite que lui a imposé son propre vieillissement, la fatigue d'un corps épuisé et sans repos, l'expression mélancolique du mépris de la vie qui s'offre maintenant à lui, l'implacable refus de considérer que l'attention prodiguée puisse changer quelque chose à sa réalité, et le combat final d'une impuissance désespérée.

Aux premières loges du spectacle qu'offre la vie d'une EHPAD (il habite de l'autre côté de la rue), Il lutte contre la dépression dans un activisme forcené, dont il sort épuisé. Sa venue en maison de retraite coïncide avec ces mouvements de lutte et d'effondrements, quand son corps lâche, et il se retrouve précisément au milieu de ce qu'il redoute tant, l'impuissance que la vieillesse donne à voir au travers de la question de la dépendance. Ce contraste entre une vie active, au défi de la fatigue du corps et l'évitement des réaménagements psychiques liés au processus du vieillissement, et cette vie institutionnelle figée dans la monotonie d'un rythme qu'impose la dépendance, mais aussi l'apathie, la perte des capacités cognitives, ce contraste saisit Mr C. On peut entendre dans sa parole toute la déception que représente la maladie de sa femme, jusqu'à poindre le remords de s'être peut-être abandonné dans cette vie de couple qui ne tient pas ses promesses. La mélancolie a bien sûr à voir avec la perte de l'objet. La déception est à l'origine du « négativisme mélancolique ». Vous dites Mme Lambotte, pour différencier la position dépressive de celle du mélancolique: « alors que pour le dépressif, il peut s'agir d'une question de bonne ou de mauvaise image, et surtout de la perte d'un objet accompagné du travail de deuil qui s'ensuit, il s'agit, pour le mélancolique, d'une question de remords, de remords vis-à-vis d'un objet qui aurait disparu et pour qui, dès lors, cela ne valait pas la peine d'y avoir attaché son désir. »

La pathologie de la femme de Mr C, revêt une atteinte narcissique majeure pour lui, dans ce qu'elle est venue attaquer en terme de lien (l'oubli des bons souvenirs communs, la non reconnaissance de son mari) mais aussi en termes identitaires. Alors qu'elle ne le reconnaît plus, il ne la reconnaît plus non plus, et ne se reconnaît plus lui-même, au risque de penser que le passé n'existe plus. Lorsque le village vient à lui, à l'hôpital, à travers ma personne, Mr C nomme une re-connaissance, ce village où il est connu, où il a vécu toute sa vie, faisant partie de son identité, vient à lui, sur ce lieu neutre de l'hôpital, et cela est rassurant. Nos rencontres ensuite au sein de la maison de retraite ne retrouveront plus ce mouvement de satisfaction montré alors par Mr C. Au sein de l'EHPAD, Mr C est un vieillard comme un autre, dont l'identité est en danger, car elle n'est plus reconnue par son épouse elle-même, parce qu'il ne reconnaît plus ce corps fatigué.

Aux changements de ce corps vieillissant et faiblissant correspond la crainte de se perdre, l'anéantissement du Moi (en conflit avec l'Idéal du Moi), et au delà de ce sentiment d'étrangeté que laisse un corps qui ne répond plus comme avant, la crainte de se déshumaniser, comme sa femme, devenue anonyme à leur vie commune. C'est sans doute ce que vient faire émerger cette réflexion entendue juste avant son geste suicidaire, Mr C est sommé d'aller se coucher comme un chien dérangeant. La tentation est grande alors de vouloir disparaître avec sa femme, seul moyen désespéré peut-être de la retrouver, fantasme de penser pouvoir se retrouver ensemble, dans un mouvement fusionnel mortel, tentation de disparaître en faisant disparaître l'objet. La vieillesse est ce qui est associé à ce vécu d'étrangeté, un i-représentable qui vient frapper le corps et l'esprit et laisse indifférent aux autres et à soi, venant faire rupture en venant d'un seul coup, au risque de mourir déshumanisé. « On ne devrait pas souffrir comme ça à la fin de sa vie ».

On peut supposer que cette perte d'objet, fait sans doute écho chez Mr C à une disparition de l'objet sans doute beaucoup plus archaïque, et que l'image, est venue durant sa

vie, colmater et rassurer de manière défensive, une tendance mélancolique plus profonde. La détresse qu'a pu représenter à un moment donné pour lui ses difficultés rencontrées dans le domaine professionnel, avait déjà mené Mr C sur une pente suicidaire 45 ans auparavant. Lorsque l'image du corps est atteinte de façon irrémédiable, le processus de deuil est là encore impossible.

Accompagner ces personnes plus ou moins en fin de vie, cela nécessite de pouvoir compter les uns sur les autres, en équipe, c'est pouvoir se passer le relai et aussi échanger sur les effets de transfert et de contre-transfert. C'est accepter ensemble de reconnaître les fantasmes par lesquels nous sommes traversés, dans cette condition humaine qui est la nôtre, et de pouvoir témoigner de ce « narcissisme des petites ressemblances » dont parle Mireille Trouilloud, auprès de ces personnes souffrant de l'idéalité, c'est à dire accepter de se reconnaître aussi limité, être mortel impuissant, alter ego à leurs côtés.

Le paradoxe:

L'accompagnement de Mr C n'a donc pas laissé indifférent. Le sentiment familial que l'équipe avait pu tisser avec Mr C durant l'accompagnement de son épouse avant son entrée, la vigilance et l'inquiétude qu'ont pu produire sa tentative de suicide au sein de l'équipe, le sentiment d'impuissance qu'a pu renvoyer ce discours implacable sur toute tentative d'humaniser cette fin de vie, ont mobilisé et questionné l'équipe soignante jusqu'en ses positionnements soignants élémentaires. De quoi parlait cet ultime combat: un combat de vie pour rester vivant malgré l'inaltérable attaque du temps, ou un combat de mort pour faire cesser cette vie devenue irrémédiablement insupportable? Quel mouvement soutenir pour amener un peu d'apaisement, si ce n'est rester présent à ses côtés et aux côtés de ses enfants, témoins de son identité singulière?

Plus largement, comment accompagner un résident qui souhaite mourir? Nous pouvons nous retrouver bien seuls parfois, en tant que psychologues, à alerter et vouloir traiter des syndromes mélancoliques chez la personne âgée. Au temps des directives anticipées, des projets personnalisés, où l'on se doit d'être à l'écoute des souhaits des personnes et au plus proche du respect de ces souhaits, qu'en est-il du souhait de mourir de ces résidents qui n'attendent plus rien? Comment ces pathologies de type mélancoliques, dans le grand âge, s'inscrivent dans une logique individualiste de choisir sa vie et sa mort? Est-on toujours bien convaincu, en équipe, du bien-fondé du portage collectif, que ça vaut le coup de vivre? Même à 90 ans passé? Le mélancolique âgé peut nous faire douter du bien-fondé de la nécessité de le soigner et de le traiter. Il nous semble que le patient mélancolique de 30 ans ne va pas être apprécié de la même manière que le patient mélancolique de 90 ans... On peut parfois être amené, au cours de notre clinique, à se questionner sur la légitimité que l'on a, à vouloir faire vivre des gens âgés qui veulent mourir, quand un médecin hésite à considérer et traiter un tableau mélancolique aux vues de l'âge du patient. Par ailleurs, est-ce que la mélancolie ne s'apparente pas parfois, à un travail de détachement qui prépare à mourir, un désinvestissement progressif du monde et des liens à respecter? Il nous semble cependant que lorsque ce travail s'opère, il procure chez le sujet une certaine paix, et celui-ci se montre capable d'intégrer ces mouvements de

renoncements à une histoire, la sienne, et que celle-ci n'en perd pas son sens pour autant. Sans doute là se situe la marque mélancolique, quand l'histoire perd son sens au point de douter que les investissements aient existé un jour, face à la déception que représentent la perte d'objet et son impossible deuil. Les équipes sont traversées par ces questionnements, et il nous paraît important de pouvoir les partager avec elles, de pouvoir considérer ce qui mobilise et constitue notre positionnement de soignant, qui est régulièrement traversé par tout type de fantasmes, qu'ils soient orientés du côté du meurtre comme du masochisme.

Il nous semble que la mélancolie peut revêtir ainsi des formes différentes dans le grand âge, et qu'on la reconnaît à son discours, une manière de venir dénigrer et tourner en dérision ce en quoi nous croyons: que la vie vaut la peine d'être vécue, qu'elle n'est pas que déception, et que nous sommes bien naïfs si nous croyons le contraire... Lorsque l'attaque est passive, le mélancolique peut peut-être s'accommoder d'une vie en EHPAD au grès de son ennui. Le sujet ne fait pas parler de lui, n'alerte peut être que les psychologues, pour peu que la famille se soit accommodée elle aussi d'un parent ainsi résigné de la vie depuis longue date. Lorsque l'attaque est agressive, l'équipe est mobilisée par des mouvements paradoxaux qui viennent questionner, voire remettre en cause le bien-fondé de l'aide apportée. La différence est sans doute là: auprès de Mr B l'équipe s'accommode de ce mode de fonctionnement, tant qu'il ne remet pas en cause les bases élémentaires d'hygiène et d'alimentation, et finalement, nous entendons peu parler de Mr B dans l'institution. Mr B a pour ainsi dire apprivoisé une forme d'ennui qui lui rend acceptable sa vie institutionnelle, et sa vie acceptable aux yeux des autres, ce qui n'a pas été accessible à Mr C.

Cette vignette clinique a retenu notre attention, par l'inquiétude que Mr C a sollicité au sein de notre équipe, au cours des différentes étapes par lesquelles il est passé, et des questionnements qu'il a soulevé au sein de l'équipe soignante. De sa souffrance liée à l'impossibilité de faire face à la pathologie de son épouse, l'effet d'une désillusion pouvant remettre en cause le caractère même du vécu commun passé, sa lutte contre un effondrement dépressif par un activisme forcené, jusqu'à l'épreuve de la limite que lui a imposé son propre vieillissement, la fatigue d'un corps épuisé et sans repos, l'expression mélancolique du mépris de la vie qui s'offre maintenant à lui, l'implacable refus de considérer que l'attention prodiguée puisse changer quelque chose à sa réalité, et le combat final d'une impuissance désespérée.

Cette inquiétude partagée en équipe a rencontré en miroir de la sienne le vécu de notre propre impuissance. Impuissance à venir soulagée une souffrance exacerbée, impuissance à apporter un peu de paix dans cette fin de vie si tourmentée.

« Mélancolie en groupe, mélancolie du groupe »

Christophe BITTOLO

Cette communication reprend un travail à la fois ancien mais qui à mes yeux n'a pas trop vieilli. Dans ce travail, qui a donné lieu à une publication en 2014 dans le *divan familial*, j'explore l'hypothèse d'une « *configuration groupale de la mélancolie* ».

Je reprendrai donc ici quelques éléments de ce travail en soulignant plus particulièrement quelle lecture je ferai aujourd'hui de la clinique que j'explorais à ce moment-là.

Mais avant cela et pour donner le ton de mon intervention, sans être maniaque eu égard au thème de la journée, je commencerais par une plaisanterie qui dans le fond et comme beaucoup de plaisanterie n'est pas drôle.

Elle m'a été transmise par Haydée Faimberg, qui elle-même l'a entendu de Willy Baranger.

C'est l'histoire d'un petit cannibale qui pleure. Quelqu'un s'approche de lui (il pourrait être un soignant) plein de compassion : « pauvre petit cannibale ! Mais pourquoi es-tu si malheureux ? »

Le petit cannibale de répondre tout en pleurant « Je viens de manger mes parents ! » et le petit cannibale de continuer de pleurer...

Je reviendrai sur la morale possible de cette histoire un peu plus tard.

En quoi la mélancolie peut-elle traduire une « configuration de groupe » ?

La clinique qui m'avait amené à explorer la dimension groupale des pathologies mélancoliques est issue de différentes pratiques dans différentes institutions :

Principalement une pratique de groupes thérapeutiques en psychiatrie adulte, en intrahospitalier et en CMP, mais aussi une pratique d'intervention institutionnelle notamment auprès d'équipes mobiles en soin palliatif et plus récemment une pratique d'analyse dans le cadre classique en situation individuelle,

Dans ces différents espaces et à différents moments, je suis frappé par l'intensité, le poids et l'inertie d'une situation de groupe très immobilisante psychiquement.

Ces situations, qui peuvent être momentanées ou durables, apparaissent pour moi comme une sorte de schéma paradigmatique de ce qui peut se manifester de façon plus

mesurée et moins intense dans la clinique ordinaire des dépressions ou des mouvements dépressifs pathologiques.

Une psychothérapie de groupe en CMP que j'avais animé pendant plusieurs années m'avait amené à formaliser une configuration à comprendre comme un moment mutatif, c'est à dire un moment de résistance à l'évolution avec ses potentialités de transformation. Cette configuration est la suivante.

Un patient déprimé attire l'attention du groupe par un discours qu'on connaît de la mélancolie : « ça ne va pas et rien ne va », « je vais mal et tout va mal » ...

La plainte qui prend le devant de la scène est douloureuse, contagieuse et lancinante. Elle exprime haut et fort l'impuissance, l'apathie, l'absence d'espoir. Le déprimé ne sait pas et ne voit pas comment en sortir, il tourne en rond et embarque le groupe avec lui.

Ce qui frappe dans ces moments-là est la force d'une dynamique de groupe, que l'on peut penser comme un réseau de communication ou de lien et qui conjugue deux mouvements.

Le premier est centripète : le patient est un centre d'attention pour le reste du groupe, c'est un trou noir, qui absorbe toutes les attentions, toutes les énergies de tous les membres, thérapeute compris. La nature de l'énergie investie ici au centre importe peu. Seule compte la direction de cette énergie. Que ce soit du soin, de l'attention, de l'amour, de la haine ou l'envie de voir ce centre disparaître, l'important est que personne, pas même l'analyste, ne puisse y être indifférent.

De sorte que ce leader de la dépression constitue un objet d'investissement unique comme peut l'être un Dieu, une Idole, un gourou ou un persécuteur.

Le second mouvement est centrifuge : Toute parcelle de vie, d'espoir ou de créativité, que les autres membres du groupe sont en mesure de manifester, est aussitôt attaquée de façons diverses, parfois ouvertement mais le plus souvent de façon sournoise et silencieuse.

Le déprimé est ici à proprement parlé un « rabat-joie » et un rabat-joie mortel ! C'est l'expression du négativisme mortifère comme il en existe.

L'activité entière de parole et de penser d'un groupe qui cherche une solution, à être soutenant, vivant est littéralement plombée : toute porte ouverte par un membre du groupe est aussitôt refermée, toute proposition porteuse d'espoir est anéantie, toute évocation associative qui pourrait avoir une fonction de dégagement est ramenée à une force d'aspiration mortifère.

Le thérapeute dans un tel groupe est lui-même pris dans cette dynamique : mes interprétations portant sur le groupe ne sont ainsi pas entendues ou sont entendues comme une interprétation individuelle de la problématique de ce patient, mes efforts coûteux pour faire vivre le groupe, mobiliser la pensée associative des uns et des autres et faire « circuler la parole » sont réduits à néant.

Le groupe finit par être médusé, absorbé ou captivé par le spectacle de la dépression incarnée, il se désespère que rien ne soit possible, l'horizon devient bouché. Je suis moi-même

plongé dans ce négatif « les bras m'en tombent », je me dis qu'« ils n'entendent rien », « ils sont très malades » « A quoi bon ! »...

Il s'agit d'une configuration de lien dans le sens où même si celui qui est au centre est parfois un peu plus déprimé que les autres, on observe parfois des patients très déprimés se montrant très vivants pour soutenir celui qui est au centre. Et bien qu'il ne soit pas le plus malade, il semble endosser un rôle qui concerne l'ensemble des personnes.

Que penser de cette configuration ? De quels mouvements intra-psychiques, inter-subjectifs est-elle la traduction ?

Pour répondre à ces questions, je ferais deux détours.

Le premier détour concerne les ambiances.

Mes premières recherches portent sur les ambiances dans les groupes thérapeutiques, les équipes et les institutions.

L'expérience institutionnelle des lieux de vie (en psychiatrie, en détention, en Ehpad...) nous montre que la souffrance des personnes accueillies dans ces espaces transite, compte tenu de leur nature, sur un mode collectif et sensoriel et se traduit par des climats, des atmosphères, des ambiances pathologiques.

Des souffrances pas ou peu « subjectivées » se manifestent par ces voies-là. Elles colorent et imprègnent le travail de lien, le travail de pensée de façon particulière ; Elles produisent de multiples effets, psychiques et relationnels qui donnent lieu sur le plan sensible à des ambiances lourdes, délétères, distendues, insensées ou folles, paranoïdes ...

Mes recherches m'ont conduit à distinguer deux niveaux d'organisation de la vie émotionnelle dans les groupes que l'expérience clinique écrase ou confond le plus souvent lorsque l'on désigne « l'affectivité », « l'émotionalité », la « tonalité » ou la « psychodynamique » d'un groupe ou d'un collectif :

Le premier niveau est ce qu'on appelle la « dynamique de groupe » ou psycho-dynamique de groupe (K. Lewin) que Bion conceptualise en terme d'hypothèse de base (« basic assumption »), que JC Rouchy traduit plutôt par « tonalité émotionnelle de base », une traduction plus proche de la réalité clinique.

Une « tonalité » apparaît comme un ciment affectif à partir duquel chaque sujet va entretenir des rapports particuliers avec les uns et les autres mais qui en même temps s'impose comme un flux d'ensemble, un flux qui vectorise et oriente le champ énergétique du groupe et les participations conscientes et inconscientes de chacun.

Bion insiste sur sa dimension défensive, mais ce ciment affectif, qui donne corps à un moment au groupe, est le produit d'un certain degré de mentalisation.

Il offre aux liens dans le groupe une certaine cohérence: l'énergie est liée, les affects partagés sont peu ou prou reconnaissables comme peuvent l'être l'attente messianique, la colère, la peur, la haine...

Des fantasmes ou des scénarios imaginaires ayant fonction d'organiseurs psychiques groupaux ne sont jamais très éloignés de cette mentalité et c'est en rapport étroit à ces scénarios, dans lesquels l'analyste peut percevoir contre-transférentiellement sa place ou son rôle, que l'activité interprétative se déploie.

Parallèlement et à un autre niveau, l'ambiance est la traduction d'une enveloppe sensorielle plus primitive. Nous sommes là dans des rapports où l'espace corporel, l'espace psychique et l'environnement immédiat se confondent partiellement.

L'ambiance est à l'origine un objet de la recherche architecturale et l'expérience de soi dans le groupe relève du rapport bidimensionnel à l'espace, d'une « expérience sensible ». En termes bionniens, il relève du « système protomentale ». J. Bleger parlerait de la « sociabilité synchrétique ».

Un collectif offre un bain énergétique et sensoriel aux caractéristiques singulières de la dynamique groupale et aux participations émotionnelles de chacun. Un bain dans lequel des esthésies singulières ou partagées, des impressions en « suspension dans l'air » peuvent prendre corps d'une certaine manière dans l'économie psychique du groupe avant qu'elles ne prennent corps pour chacun.

Autrement dit, il existe toute une variation de l'expérience que l'on peut hiérarchiser allant du sensoriel le plus partagé et peu différencié à l'émotion qui n'est jamais individuelle, puisque par nature elle relie. Les psychothérapies de groupe soutiennent des processus de transformation de ces expériences.

Les troubles de l'humeur sont très souvent individualisés sur le plan intrapsychique mais je pense qu'il faut les penser comme les traces, les émergences, les produits d'aspects par nature grégaires, groupales et relationnelles du psychisme.

L'humeur est à l'individu ce que l'ambiance est au groupe. Et l'humeur individuelle est le témoignage d'une ambiance familiale et d'une ambiance du groupe familial intériorisé.

Je fais cette distinction car le moment que j'ai décrit est une dynamique de groupe particulière. Revenons-y : le leader du groupe donne le ton, pourrait-on dire, comme le chef d'orchestre donne le La. Il est porte-voix de l'ambiance sans que celle-ci se fasse sentir. Il y incarne un noyau fonctionnant comme un trou noir qui tout à la fois avale toute l'énergie du groupe, son attention, ses investissements et renvoie en retour une destructivité envieuse, c'est à dire visant à détériorer la richesse qu'il n'arrive pas à acquérir, ou qui met en danger une pauvreté dont il a besoin ou qu'il entretient.

Et l'emprise massive du malade désigné met en scène et en forme un enfermement que l'on peut ressentir dans des ambiances lourdes et que l'on connaît du contact avec les patients mélancoliques notamment quand ils sont en état de crise.

On retrouve ces états dans certaines situations institutionnelles, marqué par des souffrances informes, chaotiques et chargées de douleurs et de malaise.

L'espace est alors confiné, plombé et irrespirable et ce qui s'éprouve est insupportable et donne couramment lieu à des envies de sortir, de s'échapper, d'agir... la fin de la séance prend des airs de délivrance.

Autrement dit, ce champ dynamique est une enveloppe énergétique, un contenant régulant une sensorialité qui, sans cet organisateur de groupe (il y en a d'autres), ne manque pas de se faire sentir douloureusement comme un lieu de dépôt de détresse et de souffrance primitive, des vécus de mort ou de désintégration.

Le second détour concerne la mélancolie et la distinction entre introject et incorporât. Je m'appuierai là sur les travaux N. Abraham et M. Torok, (1978), et la façon dont ils éclairent notre compréhension des troubles dépressifs.

Abraham et Torok soulignent combien la mélancolie est le résultat des différentes formes prises par ces échecs de deuil aboutissant à la constitution au sein du moi d'une enclave psychique ou d'un mort embaumé mis à l'écart du tissu psychique dans ses dimensions les plus vivantes.

Ces « ratés de l'introjection » que sont les « incorporats » pathologiques donnent lieu dans la clinique autant à des enclaves psychiques silencieuses et absorbantes, qu'à ces inclusions, caveaux, cryptes dans la topique interne impliquant des processus défensifs coûteux et invalidants.

C'est l'une de ces formes que A. Green décrit dans la « mère morte » et leurs travaux ont ouverts le champ de la clinique des fantômes dans la transmission transgénérationnelle.

Nous connaissons aujourd'hui, notamment grâce aux travaux de J.C. Rouchy, avec quelle intensité la situation groupale, par ses effets régressifs et la mobilisation du corps notamment, éveille ces formations de l'inconscient pas ou peu métabolisées, qui en situation individuelle peuvent se loger confortablement à la marge du processus ou dans un rapport silencieux au cadre qui les laisse inchangées.

Dans la configuration que j'ai décrite, la dynamique témoigne d'une émergence groupale. Elle consiste à alimenter un trou noir, un objet qui absorbe. Elle met en scène un vide narcissique, une « mère morte », un objet absent, lui-même absorbé par un deuil ou par d'autres préoccupations.

La dynamique à l'oeuvre est l'échec d'une introjection : celle d'un lien nourrissant psychiquement, un lien qui répondrait à des besoins nécessaires tout en reconnaissant la perte et le manque, un lien « suffisamment bon » pour reprendre la notion de Winnicott.

En lieu et place de cette introjection qui a une fonction maturante d'enrichissement du moi, un fantasme d'incorporation englouti l'activité psychique. Il s'agit d'alimenter l'incorporât

ou le deuil « ni fait ni à faire » (Expression de PC. Racamier), là où un travail de deuil aurait dû avoir lieu. En retour, le déprimé s'attaque de façon envieuse à tout ce qui est synonyme de richesse et pourrait rompre cet équilibre des investissements.

Dans un groupe thérapeutique, la topique groupale rejoint toujours la topique individuelle à des degrés variables pour chacun. C'est ce qui fait la force de ces configurations de groupe et de ses potentialités thérapeutiques : chacun met un peu ou beaucoup de soi et de sa pathologie dans une formation psychique de groupe qui renoue et rejoue des situations familiales telles qu'elles ont été intériorisées, la donne à vivre, à éprouver et à analyser.

Dans l'exemple décrit, le patient déprimé avait souffert d'un père très malade mort précocement dans des circonstances obscures, un père autour duquel toute la famille s'était organisée, un père ayant peur de mourir seul.

« Il nous a tous pourri la vie » répétait ce patient et c'est ce qui jouait dans le groupe : identifié à ce père, il pourrissait la vie du groupe, les autres patients trouvant dans ce déprimé, un malade désigné pour incarner les aspects les plus carencés de chacun.

Sans pouvoir vous relater la clinique de ce groupe, faute de temps et pour des raisons de confidentialité, la situation thérapeutique évolua sous l'effet de la reconnaissance de ma propre participation inconsciente à l'envie (suscitée par la richesse d'un espace dont moi-même je n'avais pas bénéficié à l'époque) et de la reconnaissance pour chacun dans le groupe de ses propres « objets internes déprimés », des mères principalement, et les carences narcissiques qu'elles avaient générées.

Un petit cannibale

Je vous propose maintenant de revenir et de réfléchir à la façon de prendre soin de notre petit cannibale et aux questions qu'il nous pose :

Premier point : « On ne tire pas sur une ambulance »

Car derrière la peine et la douleur de la perte, le désespoir manifeste dont souffrent bon nombre de patients dépressifs, ou de patients traversant des moments mélancoliques se cache une destructivité féroce, envieuse, rageuse, parfois débordante d'une culpabilité très primitive, qui me semble sur le plan thérapeutique plus problématique que le désespoir.

La souffrance mélancolique ou mélancoliforme nous confronte à une sorte de paradoxe ou de dilemme dont il est très difficile de sortir. Le mélancolique est souvent désespéré : il s'agit donc d'être extrêmement présent, d'avoir la foi dans ce que l'on fait, de ne pas être un soignant absent psychiquement, auquel cas « tout est (effectivement) foutu ».

Mais si « on ne tire pas sur une ambulance », on ne peut pas être complice de la destructivité qui est parfois à l'oeuvre et qui alimente une réaction thérapeutique négative.

Comment ne pas être dans une alliance destructrice ou un lien narcissique mortifère que certains patients savent très bien soulever mais auquel nous pouvons aussi « à l'insu de notre plein gré » adhérer pour des raisons autant inconscientes qu'institutionnelles ou contextuelles ?

Le second point que je voulais souligner concerne les carences de soin et l'omnipotence :
Car les soins que nous proposons à bon nombre de patients sont sous-dimensionnés.

Nous pourrions malheureusement en faire l'inventaire un peu partout :

- en institution, combien de patients mériteraient plus d'attention et de lien ?
- en cabinet, combien de demandes thérapeutiques mériteraient 3 ou 4 séances par semaine quand la personne n'en a qu'une ou deux ?

Notre éthique analytique et la foi dans l'esprit de la psychanalyse ont été contaminées par « l'angoisse d'extinction » (Nicola Nociforo, 2017) et nous ne devons pas nous résigner sur l'importance du temps et des espaces nécessaires aux soins psychiques, si nous ne souhaitons pas, nous-même, nous déprimer.

La rage et l'envie dont témoignent certains patients sont parfois perçues sous l'angle de la pathologie personnelle ou familiale quand elles sont aussi (pas seulement) la conséquence de besoins qui ne sont pas satisfaits, des besoins élémentaires d'attention et de soin psychique auxquels la personne a droit quel que soit son âge.

Je pense ainsi que la situation thérapeutique sur laquelle je me suis appuyé est probablement le résultat d'un cadre thérapeutique « maigrichon », (une séance par semaine est bien peu) et que beaucoup de patients anorexissent très activement des restrictions qu'on leur fait subir.

Autrement dit, le petit cannibale est un enfant qui n'est pas nourri psychiquement et relationnellement à sa faim, et qui a recours à des défenses omnipotentes pour survivre.

Enfin et comme troisième point, je ferais pour terminer le lien entre la configuration que j'ai décrite et les questions très actuelles posées par la transmission et la succession dans les institutions.

L'actualité médiatique nous rapporte de temps en temps, ces faits divers dans lesquels un homme ou une femme se suicide après avoir tué ses proches, parfois même ses propres enfants. Ces situations tragiques, extrêmes donnent à penser ce qui dans une clinique ordinaire des groupes, des familles ou des équipes instituées se donne à vivre comme des mouvements plus discrets, et fort heureusement plus conflictualisés.

Car s'il s'agit dans ces passages à l'acte de mourir dans un triomphe maniaque en ne laissant rien de vivant derrière soi, il existe toujours une ambivalence foncière parfois symboliquement meurtrière dans toute transmission et dans les deux sens pour l'ascendant comme pour le descendant. De façon plus ordinaire, les attaques du vivant, de la créativité et de la richesse des descendants ou des nouvelles générations sont multiples. Par exemple, dans une réunion, lorsque le membre d'une équipe qui vient d'arriver dans la structure émet des idées

nouvelles, et qu'un plus ancien lui répond très rapidement « non, on l'a déjà fait, ça ne marche pas ! » voilà comment la nouveauté et les germes de la créativité sont ainsi enterrés.

Ce qui se joue sur le plan familial dans la transmission inter et trans-générationnelle se déploie dans les institutions où les questions d'héritage se posent actuellement de façon assez cruciale et représentent l'épicentre de nombreuses crises institutionnelles.

Il s'agit donc de prendre soin de la transmission et des conditions dans lesquelles une transmission vivante peut s'opérer, c'est à dire malgré l'air du temps, une transmission porteuse d'ouverture, de créativité et de croissance.

Bibliographie :

ABRAHAM N., Torok M.

1978, *L'écorce et le noyau*, Paris, Flammarion et Cie, 1996

AVRON O.,

1996, *La pensée scénique*. Groupe et Psychanalyse, Toulouse, Érès

BION W.R.,

1961, *Recherches sur les petits groupes*, tr. E.L. Herbert, Paris, P.U.F., 1965

BITTOLO C.,

2014, « *Dépression en famille*. » Contribution à une approche groupale de la mélancolie. *Le Divan familial*, 32(1), 165-178.

2013, « *Les sirènes d'Ulysse et les soins palliatifs à l'hôpital* » in *Connexion*, 100, 2013/2

2007, « *Introduction à la psychopathologie des ambiances* », in E. Lecourt et al., *Modernité du groupe dans la clinique psychanalytique*, Toulouse, Érès

BITTOLO C., ROBERT P.,

2012, « *Espace sensible et groupes : régulation, contenance et transformation de la sensorialité dans les groupes, les familles et les institutions* », in *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 58

BLEGER J.,

1966, "Psychanalyse du cadre psychanalytique", in Kaës R., et coll., 1979

1970, "Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions", in Kaës R. et coll., 1988, p47-61

NOCIFORO, N.,

2017, *The invasion of reality (or of negotiation) : The psychoanalytic ethic and extinction anxiety*. *The International Journal of Psychoanalysis*, 98(5), 1311-1332.

ROUCHY J.C.,

1998, *Le groupe, espace analytique, clinique et théorie*, Toulouse, Érès

ROSENBERG B.,

1991, *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*, Paris, Puf

TISSERON S. et al.,

2000, *Le psychisme à l'épreuve des générations. Clinique du fantôme*, Paris, Dunod,

« Les effets de la maladie mélancolique dans la famille »

Frédérique CODRON, Julie FORESTIER, Dr
Marianne LUCASNAVARRO et Élise REBAUD

INTRODUCTION

Présentation du CDG

Tout d'abord, une présentation brève du centre de guidance afin de vous situer en quoi consiste le dispositif.

Le centre de guidance familiale est un dispositif inter-hospitalier, géré par le pôle de psychiatrie de la personne âgée du Vinatier. Il propose un accompagnement psychique familial et groupal. Il est destiné aux familles qui traversent une période de crise, liée à la perte d'autonomie ou à l'entrée en dépendance d'un membre âgé de plus de 65 ans, que ce soit dû à une pathologie somatique, psychique ou neurocognitive.

Nous intervenons majoritairement à la demande des équipes sanitaires et médico-sociales, sur le territoire du Rhône.

Nous travaillons en binôme de professionnels soignants (psychiatre, psychologues et assistante sociale). Nous nous déplaçons sur le lieu de vie de la personne âgée malade (domicile, ehpad, ou sur le lieu d'hospitalisation ou de consultation). Nos prises en charge ont une durée d'environ 12 à 18 mois, avec un entretien mensuel, par séquence de 6 séances renouvelables si besoin.

Lorsque l'ARAGP nous a proposé d'intervenir au colloque sur le sujet de la mélancolie, nous avons eu l'impression que le sujet n'était pas des plus drôles et que de le travailler aurait pour corollaire de souffrir psychiquement. Différentes situations nous venaient à l'esprit et nous faisons le constat que le suivi en guidance avait été déjà laborieux, difficile et se remettre face à ces éprouvés nous demandait alors de fournir un nouvel effort. Avec autodérision et humour, nous nous sommes dit : on aime bien souffrir...!

Lors du choix de la situation à présenter et des échanges au cours de la journée de réflexion et de préparation à cette journée, différentes questions ont émergé au sein de notre équipe.

Tout d'abord, nous nous sommes posées la question de la définition de la mélancolie. De quoi s'agit-il?

Au cours de la scolarité, chacun a pu se faire une représentation de la mélancolie, au travers de textes littéraires. Il nous en reste une idée de rêverie, de douce nostalgie d'amour perdu ou impossible. Nous pouvons lire Victor Hugo, *Les chansons des rues et des bois*, 1865:

“L'amour, panique De la raison, Se communique Par le frisson.

Laissez-moi dire, N'accordez rien. Si je soupire, Chantez, c'est bien.

Si je demeure, Triste, à vos pieds, Et si je pleure, C'est bien, riez.

Un homme semble Souvent trompeur. Mais si je tremble, Belle, ayez peur”.

Le dictionnaire Larousse définit la mélancolie comme un état de dépression, de tristesse vague, de dégoût de la vie, propension habituelle au pessimisme. Différents synonymes sont utilisés : spleen, chagrin, cafard, déprime, dépression, tristesse.

Il donne une seconde définition: Dépression intense caractérisée par un ralentissement psychomoteur, une tristesse avec douleur morale et idées de suicide, et constituant notamment l'une des phases du trouble bipolaire.

Nous nous sommes référées au DSM V Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux . La définition médicale est celle d'**Épisode dépressif caractérisé, majeur**. Pour en réaliser le diagnostic, il faut au moins retrouver 5 symptômes sur 9 (cf DSMV), sur une période de plus de deux semaines et représenter un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Il faut également que l'épisode dépressif caractérisé, ne soit pas mieux expliqué par un trouble psychotique, délirant, et qu'il n'y ait jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Cette dernière définition n'emploie pas le terme de mélancolie mais d'épisode dépressif caractérisé et l'on peut ainsi mesurer la gravité de cette pathologie.

Ensuite, nous nous sommes interrogées sur la question de la fin de vie, du repli, du renoncement, de l'acceptation de la perte, de la dépendance, variable selon les sujets. L'épisode dépressif caractérisé, se confondrait-il avec cette notion de repli, dans cette période de vie du sujet âgé où il est voué à mourir à terme. Cette interrogation nous a amené aux questions éthiques. En effet, le sujet peut mourir de l'épisode dépressif caractérisé dont il souffre. Comment peut-on alors agir sur cet épisode ? Ce dernier est-il une fin en soi ? Le sujet peut-il sortir de cet épisode ? La prise en charge chez une personne plus jeune est-elle différente ? Dans ce cas, les soignants voient-ils davantage la question de l'urgence vis à vis du pronostic vital engagé ?

Nous avons aussi interrogé les effets de cette pathologie sur l'environnement du malade, à savoir sur l'entourage familial et sur les équipes de soins et d'accompagnement. Comment accompagnons-nous le patient et sa famille face à cette souffrance ? Comment s'articule la prise en charge familiale en guidance et la prise en charge de la pathologie par les équipes de soin?

Au cours de cette présentation nous allons alterner les éléments médicaux au fil du parcours de soin de la patiente et l'analyse du processus de guidance.

En conclusion, nous vous ferons part des effets que cette situation a produits au sein de notre équipe.

Nous allons revenir sur une guidance qui nous a particulièrement marquées même éprouvées ma collègue et moi à l'image du ravage de cette pathologie sur une famille.

Pour cette guidance donc, le Docteur Marianne LUCAS NAVARRO menait les entretiens, et je l'accompagnais dans une position de script des séances. Nous étions un binôme très jeune car je venais d'arriver sur le centre de guidance et cette famille a été l'une des premières familles que j'ai rencontrée. La guidance a duré 18 mois et s'est déroulée très régulièrement chaque mois mais dans des lieux différents au décours de la prise en charge de la patiente.

Nous avons pris le parti dans cette présentation de vous faire partager les traces que la famille a laissé en nous avec des bribes de paroles venant des uns ou des autres et reflétant l'ambiance de ces entretiens ; paroles que nous pouvons entendre comme venant de la famille. Et nous alternerons donc ce récit par des éléments médicaux.

Nous recevons Madame PAGURE, patiente de l'Hôpital de jour avec Monsieur PAGURE son époux et leurs deux enfants ; Bernard, l'aîné divorcé, sans enfant et Bénédicte mariée et 2 enfants.

Nous avons dégagé pour cette présentation trois périodes du suivi.

1. Première Période : premières rencontres au CDG, Une famille Traumatisée

a) Parcours de soin

Au niveau des antécédents psychiatriques :

2 EDM: 1 en post partum, spontanément résolutif et en 2007 résolutif sous AD (Sertraline®)

Un état dépressif depuis 3 ans ayant nécessité plusieurs hospitalisations en clinique psychiatrique privée entre 2014 et début 2017

Au niveau des antécédents familiaux : on retrouve une notion de dépression chez le père, qui serait décédé d'un cancer.

Contexte

La patiente présente une symptomatologie dépressive qualifiée de résistante, en raison de l'inefficacité des hospitalisations en clinique et des traitements essayés. Les observations

médicales successives identifient des facteurs de stress, de type conflit dans la fratrie de Madame autour d'une problématique d'héritage et difficulté avec la fille du couple. Au printemps 2017, la patiente présente un tableau anxio-dépressif important avec une anorexie massive et des idées suicidaires, ce qui conduit à une hospitalisation sur le Vinatier. La sévérité de son état pose l'indication d'Electro-Convulsivo-Thérapie - ECT- ou sismothérapie, dont l'efficacité sur les symptômes est restée partielle en dépit du nombre conséquent de séances (30 séances). Par ailleurs, il existe des troubles mnésiques associés mais l'IRM cérébrale de mai 2017 et le suivi neurologique ne retrouvent pas d'argument pour affirmer une entrée classique dans une maladie d'Alzheimer.

Historique des traitements

Un nombre conséquent d'essais thérapeutiques ont été tentés sur les hospitalisations successives mais sans obtention de rémission possible ou avec des effets secondaires trop importants. Suite à son séjour en hospitalisation temps plein et l'arrêt des ECT, la patiente est prise en charge en Hôpital de jour. Cliniquement, le tableau reste sévère avec une anxiété permanente, insomnie précoce matinale mais clinophilie et hypersomnie diurne, ralentissement idéique et moteur, apragmatisme total, anhédonie, ruminations anxieuses négatives sur le passé, pessimisme avec idées suicidaires scénarisées et plaintes mnésiques. Au regard de ce tableau clinique complexe une première réunion de Concertation Pluriprofessionnelle médicale (RCP) a lieu.

Les conclusions *préconisent pour cette patiente un traitement ATD suivant les recommandations pour les dépressions résistantes et validé par des études cliniques robustes (EFFEXOR, LITHIUM et NORSET).*

Les choix thérapeutiques collégiaux se portent sur :

- *l'indication d'hospitalisation en unité spécialisée accueillant les dépressions résistantes, l'unité Denicker, afin de procéder aux changements thérapeutiques préconisés*
- *la possibilité de stopper la sismothérapie dont des bénéfices supérieurs ne sont plus attendus*
- *la non indication de thérapeutique de type dopamine ou psychostimulants*
- *un bilan neurocognitif de contrôle est préconisé mais à distance des ECT*
- *une imagerie métabolique peut être rediscutée en fonction bilan NP +/- PL*

C'est dans ce contexte, que le médecin de l'hôpital de jour indique un soin en guidance familiale et que nous rencontrons le couple et leurs deux enfants.

Nous faisons le choix d'accueillir la famille au Centre de guidance en raison d'un passif conflictuel, encore actif, entre les enfants et leur père.

b) Réflexions cliniques

Au cours de ces entretiens nous recevons avant tout une famille traumatisée qui revient sur un parcours que ces membres qualifient de *“cauchemardesque”*. Les périodes d’hospitalisations de Madame sont situées de manière très précises dans le temps: *“le 12 Avril 2017, l’hospitalisation de trop...”*

Etonnamment la famille décrit l’entrée de Madame à l’hôpital du Vinatier après plusieurs cliniques comme *“rassurant”* pour eux.

Et l’équipe de l’hôpital de jour nous interpelle face aux demandes de chaque membre de la famille d’avoir une écoute particulière.

Dans ce contexte de crise familiale où ils décrivent des *périodes de rupture, de grosses engueulades (...)* chacun semble traversé par des crises existentielles individuelles (les deux enfants sont en reconversion professionnelle et l’un aussi en instance de séparation).

Monsieur revient sur l’isolement du couple, de leur cercle amical, un ennui important dans leur quotidien et leurs promenades qui scandent leur journée ; sa tentative de *“surnager”*.

Sur les deux premiers entretiens que nous ferons au CDG, Madame participe timidement; elle peut dire que ces rencontres sont compliquées surtout parce qu’elles rassemblent toute la famille.

Madame sur sa maladie dira:” j’ai une dépression; c’est pire qu’une dépression c’est de l’angoisse permanente”.

On entend aussi que ce calvaire est partagé par tous, les uns et les autres évoquent *“un gouffre de tristesse, un suicide lent ; l’envie de mourir parce que c’est pas une maladie, ou encore des moments où l’on sombre”*.

Chacun partage une importante culpabilité et une incompréhension face à la situation qui a balayé leur vie.

Ils disent à propos de l’émergence de la maladie: *“je m’en veux terriblement de ne pas avoir vu la gravité, elle était en panique; voulait sauter par la fenêtre ; je lui ai mis un gant sur le front et on a fait un tour en voiture.*

ou encore: *“Je m’en veux de ne pas avoir été à son écoute.”*

on entend aussi : *“j’ai essayé de comprendre la souffrance de la dépression; j’ai lu, mais j’ai beaucoup de mal à comprendre pourquoi ça se dérègle.”*

La famille paraît aussi alterner entre des périodes d’espoir et de désespoir.

Ils disent : *“nous on n’est très présentes, avec l’idée que l’amour pourrait suffire et qu’avec notre présence ça pourrait suffire...”*

Ou encore: *“elle est pas loin.. juste de l’autre côté de la cloison.”*

On entend: *“On ne va jamais s’en sortir”*.

L’année où tout a basculé.

Ils disent aussi: *“Le plus dur c’est l’absence de ma mère ; en tant que fille ma mère n’est plus dans ma vie ; elle ne me parle plus, ne me téléphone plus ; elle me manque.*

Je suis toujours dans l’idée de sauver ma mère.”

Ils se donnent comme explication: *“à un moment ça a été trop difficile pour elle, elle s’est sentie seule, elle a renoncé ; à un moment on se jette par la fenêtre ou on se ferme à l’intérieur.”*

Pendant ces premiers entretiens toute la famille pleure et ils se disent soulagés de partager aujourd’hui cette tristesse en voyant Madame pleurer aussi (ce qu’elle n’a pas fait depuis plusieurs mois)

Pour ma part je ne sais pas quoi faire de ces larmes que je sens monter en moi.

Finalement je relèverai un peu la tête pour que mes larmes ne coulent pas sur les notes mais en essayant d’éviter de croiser leur regard. Je ne me sens pas légitime à partager avec eux cette tristesse, moi qui suis tellement extérieure à leur famille ; qui pourra m’en extraire à la fin de l’entretien alors qu’ils sont en permanence envahis par leur souffrance ; et moi qui vient d’arriver sur le centre de guidance.

Dans la post séance, j’ai le soutien de ma collègue qui devine mon émotion; on se dira que c’est une famille très touchante.

La deuxième période de cette guidance est marquée par une importante errance géographique et mise en scène de clivage où nous suivons Madame PAGURE au décours de son parcours d’hospitalisation au centre Hospitalier du Vinatier.

2. Deuxième période: le tour des services, errance et clivage

Parcours de soin

La patiente est hospitalisée à l’unité spécialisée où, devant la résistance aux ECT, plusieurs essais thérapeutiques, en monothérapie ou en association, sont tentés.

En dépit des divers essais thérapeutiques, l’état clinique de Me PAGURE va brutalement décompenser avec forte agitation anxieuse, instabilité psychomotrice, persévération verbale, délire de persécution et de négation évoquant un syndrome de Cotard (négation d’organe) doublé d’un probable syndrome de Capgras (état délirant marqué par le fait de ne pas reconnaître les lieux et son entourage – ici les soignants et sa famille).

Devant ce diagnostic de **mélancolie délirante anxieuse**, les médecins essaient un nouveau changement thérapeutique avec de la Clozapine.

Par ailleurs, un syndrome inflammatoire (élévation des CPK) associé est également détecté, syndrome dont on ne sait que faire.

Une nouvelle réunion de Concertation Pluriprofessionnelle médicale se tient devant l'impasse thérapeutique dans laquelle nous nous situons.

Elle retient cette fois que la patiente présente un tableau clinique de présentation psychiatrique avec une probable composante neurodégénérative, notamment au vue de l'imagerie métabolique.

La première cure de sismothérapie l'année passée avait permis de sortir d'un risque vital avec une reprise alimentaire et un amendement des éléments délirants mais sans rémission complète de la symptomatologie dépressive et suicidaire. La suite des soins s'était poursuivie par une PEC intensive en HDJ.

L'hospitalisation actuelle avait été programmée après une première RCP. Son objectif primaire était de changer son traitement antidépresseur "de fond" en toute sécurité compte tenu des comportements suicidaires.

Une amélioration clinique initiale a été notable mais une rechute imprévisible sans facteur déclenchant retrouvé fin juin/ début juillet est réapparue avec un tableau identique à l'été 2017 (catatonie, refus d'hydratation, délire).

Ainsi, compte tenu de la situation d'urgence actuelle et des potentielles complications de décubitus, la RCP ré indique une sismothérapie.

Au niveau de son hospitalisation, le mode "libre" n'est plus en adéquation avec la perte du jugement de Mme. Ainsi une SPDT peut être discutée. Une orientation sur son secteur ou vers une unité de soins somatiques pourrait être indiquée.

Au niveau du l'hypothèse d'une implication neurologique, il reste des explorations à faire avec notamment une ponction lombaire qui, si elle est positive, pourrait valider une Maladie d'Alzheimer à composante frontale et si elle est négative, pourrait valider une Dégénérescence Lobaire Fronto-Temporale (DLFT).

En somme:

Les choix thérapeutiques collégiaux se portent sur :

- le traitement du tableau psychiatrique sévère actuel par les ECT avec mutation en unité de secteur ou unité de soins somatiques en fonction de l'état clinique*
- le maintien de la chimiothérapie par Clozapine*
- la poursuite du bilan d'une comorbidité neurodégénérative/pathologie psychiatrique à distance de l'épisode critique actuel*
- la poursuite de la PEC de la famille avec le centre de guidance*
- l'annonce des diagnostics à la famille*

En dépit des sismothérapies et de la chimiothérapie, la patiente présente une persistance de son tableau de mélancolie délirante marquée par des idées délirantes d'empoisonnement, d'usurpation d'identité associées à des idées mortifères, d'incurie et de désespoir.

Elle bénéficie de la mise en place d'un soin sans consentement sous forme de SPDT (soin psychiatrique à la demande d'un tiers) devant l'état délirant qui rend l'obtention de son consentement aux soins impossible.

Les médecins somaticiens font un diagnostic de maladie de Horton, traitée par corticothérapie, sur le syndrome inflammatoire précédemment retrouvé.

La famille est reçue dans le cadre d'un entretien avec la patiente afin d'annoncer un diagnostic et rend compte de 3 diagnostics en cours:

- Une pathologie thymique sévère devant les récurrences et la résistance des épisodes mélancoliques délirants (ATCD d'EDM, suspicion d'un épisode hypomaniaque en 2014)
- Un probable processus neurodégénératif sous-jacent, type Maladie d'Alzheimer frontale ou Démence Fronto-Temporale (résistance thérapeutique de la dépression, résultat de la scintigraphie cérébrale - *hypo-débits prédominants dans l'hémisphère droit compatibles avec une pathologie neurodégénérative d'évolution rapide, évoquant un aspect de DLFT mais pouvant être une variante d'une MA*)
- Une maladie de Horton diagnostiquée sur une biopsie de l'artère temporale, traitée efficacement par corticothérapie et qui fait l'objet d'un suivi spécifique

Réflexions cliniques

Cette période est donc davantage marquée par du clivage autour de la famille PAGURE que ce soit à l'intérieur même de la famille, au niveau des équipes, ou dans les liens des équipes avec la famille.

Nos échanges avec les soignants des différentes unités nous amènent une autre vision de la famille et nous observons la réticence des collègues à recevoir l'ensemble de la famille en même temps.

Seul les entretiens de guidance réunissent toute la famille et les différents rendez-vous médicaux ou permissions sont volontairement organisés de manière partielle. (monsieur seul ou les enfants seuls...)

Les équipes sont par ailleurs en difficulté avec Monsieur PAGURE qui s'ingérerait dans les soins et ils parlent d'une emprise importante de monsieur sur son épouse.

Ils rapportent des conflits importants entre monsieur et leurs enfants autour notamment de la prise en charge de madame ou des origines de la maladie; les enfants mettant directement en cause leur père.

En Guidance, Madame est la seule personne de la famille à être réticente à ces entretiens familiaux.

Mais c'est autour de l'annonce du diagnostic que les clivages seront encore plus marqués.

Un jour, avant une guidance nous rencontrons les soignants du service qui nous indiquent qu'ils suspectent une maladie neurodégénérative; ils nous parlent de leur profond malaise à l'idée d'annoncer cette piste diagnostique à la famille (compte tenu du pronostic) et nous tentons de les soutenir dans cette démarche afin d'accompagner la famille dans son cheminement. L'équipe reste sur ces positions et ne souhaite pas l'annoncer tout de suite et nous ferons donc cette guidance dans un certain malaise.

Ce non-dit semble répondre à celui de la famille autour des clivages qui paraissent s'être déposés sur les équipes de soin.

En bref : la famille ne nous parlera pas directement des conflits entre eux et nous ne leur parlerons pas clairement des suspicions diagnostiques ou des divergences d'avis entre les professionnels du soin.

Les entretiens qui suivent continuent d'être imprégnés de clivages :
d'abord à l'intérieur même de notre binôme :

- je suis régulièrement effondrée à la fin des entretiens alors que ma collègue qui mène se centre sur la patiente. Il semble que je porte davantage la question des liens familiaux alors que probablement le médecin tente de "*surnaver*".

On ne se comprend pas ; je me fais tout le temps réexpliquer les éléments diagnostiques sans que cela ne fasse trace et je me sens seule avec la tristesse que j'éprouve pour cette famille. Je suis en difficulté; sûrement en colère de ne pouvoir réussir à le partager.

Nous observons aussi des clivages qui permettent directement de ressouder notre binôme:

- avec les équipes de soins de Madame PAGURE ; nous remettons en question les choix fait par les équipes qui suivent madame et nous sommes même en colère contre elles. Nous initiations plusieurs réunions exceptionnelles médicales afin de travailler sur les éléments diagnostiques de Madame PAGURE mais toutes ces réunions restent insatisfaisantes. (il n'y a pas tout le monde, les entretiens de restitution des conclusions ne sont pas faits à la famille entière...)
- à l'intérieur même de l'équipe du centre de guidance ; au cours d'une supervision où nous évoquons cette famille, nous nous sentons attaquées par nos collègues, jugées et nous restons avec l'impression de ne pas faire ce qu'il faut pour cette famille; de passer à côté et de ne pas être à la hauteur.

Nous pouvons ici entendre les défenses de la famille contre les attaques de la maladie sur leurs liens.

Ces attaques dont l'équipe de soin de Madame PAGURE sont aussi victimes à leur niveau : les clivages, les disqualifications ; les illusions de toute puissance dans la possibilité de sauver Madame....

Ainsi la mélancolie semble avoir comme effets diffus pour la famille mais aussi l'équipe de soin: d'isoler, de persécuter et de contaminer.

J'ai alors l'impression que nous sommes tous soumis à la tyrannie de la maladie.

Lorsque les suspicions diagnostiques ont été évoquées à la famille celle-ci s'est montrée très en colère, ils nous disent : *“ avec cette hypothèse de maladie neurodégénérative on en fait plus rien de l'anamnèse du tout; c'est un peu trop facile. On voulait savoir au début et on a donné des éléments psychologiques et là l'aspect psychologique n'est plus probant; comme si la cause neurodégénérative abolissait tout le parcours”*.

Nous avons l'impression que pour eux, le diagnostic de maladie neurodégénérative balaye la souffrance, dissipe ou dilue les explorations psychologiques avancées, nie leurs liens et par là même, leur souffrance.

J'ai été surprise que cette piste diagnostique ne les ait pas soulagés alors qu'elle viendrait directement les dédouaner d'une responsabilité sur cette situation.

Mais encore une fois un diagnostic de maladie neurodégénérative vient peut-être bien trop individualiser la pathologie et exclure l'infinie souffrance de toute la famille.

Du côté médical toutefois le parcours hospitalier débouche finalement sur une annonce diagnostique plus claire qui réunira plusieurs médecins responsables d'unités dans lesquelles Madame PAGURE a été hospitalisée.

Sur ce nouvel entretien toute la famille est présente et les médecins avancent les différents diagnostics: MA F(ou DFT) + mélancolie (dépression résistante) + maladie de Horton.

Face à cette multiplicité de diagnostics, la famille tente de faire des liens: *“sur la maladie de HORTON: est-ce que cette maladie arrive plus souvent chez les patients psychiatriques?”* un médecin leur répond: *“- Non pas du tout c'est le hasard. Pas de chance...”*

Il nous apparaît aujourd'hui que nous avons eu beaucoup de difficultés dans cet entretien à mettre des mots sur la souffrance de Madame PAGURE.

Un médecin parlera d'ailleurs concernant les éléments thymiques *“d'un masque que la maladie neurodégénérative a pris”*. On peut se demander ici si cette hypothèse diagnostique de prêter à la maladie neurodégénérative l'aspect de la mélancolie n'aurait pas pour effet d'atténuer l'importance de la souffrance. La mélancolie comme un masque de la maladie neurodégénérative qui n'aurait que l'aspect d'une immense souffrance d'un *“gouffre de tristesse”*; comme si ce pouvait être qu'une apparence...

Aussi au cours de cet entretien madame est relativement isolée de sa famille; son mari est assis entre les médecins et leurs enfants, en face d'elle. Madame se souille en début

d'entretien, elle dit son inconfort à voix basse ; je suis envahie par l'odeur mais je n'interromps pas l'entretien et personne d'ailleurs ne dira rien de cette situation; les enfants en sont aussi très incommodés.

J'ai l'impression d'être le porteur muet de cette souffrance, moi qui suis tellement triste et en colère. Bien qu'ayant suivi le déroulement des différents diagnostics et les ayant intellectuellement compris je rumine dans une profonde colère ces quelques mots: "*c'est pas de chance, c'est le hasard...*" comme si je ne pouvais entendre l'impuissance médicale face à ce "*parcours cauchemardesque*".

En sortant de l'entretien, le clivage est encore plus grand entre ma collègue ; contente de l'avancée de la situation par cette annonce diagnostique et moi face à ma culpabilité de ne pas avoir pris soin de Madame PAGURE en arrêtant l'entretien afin qu'elle puisse se changer...

Encore une fois, j'ai l'impression que dans cette annonce nous n'avons pas pris en compte la souffrance de la famille et de Madame.

Il nous est apparu que cette phase diagnostique a marqué un tournant dans la prise en charge de la famille.

Peut-être que, le diagnostic posé, on peut déployer les affects dépressifs associés, le renoncement, le deuil... et commencer à recoller les clivages, à se parler ou ressentir des choses similaires.

3.Troisième période : Emergence d'une conflictualité

a) Parcours de soin

Après une hospitalisation en médecine orthopédique suite à une chute, et une pause de prothèse de hanche, Madame PAGURE revient sur son unité de secteur, où elle bénéficie de la reprise de la sismothérapie.

L'équipe de soins constate une certaine stabilisation de son état clinique mais avec persistance des éléments délirants de persécution. Elle reste très envahie par le syndrome de Capgras concernant son environnement immédiat (y compris soignant) mais associé à une plus forte composante d'agitation anxieuse lors des rencontres avec sa famille (mari et enfants).

Une dernière réunion de concertation pluriprofessionnelle confirme l'établissement du triple diagnostic annoncé à la famille.

La sismothérapie a montré une efficacité sur les phases critiques avec engagement du risque vital mais la rémission reste partielle, probablement en raison du trouble neurocognitif sous-jacent avec une stabilisation clinique sur un mode anxieux et opposant et délire de Capgras séquellaire.

Les choix thérapeutiques collégiaux se portent sur:

- *La consolidation et la stabilisation de l'état clinique et thymique avec arrêt de la sismothérapie et maintien de la chimiothérapie par Clozapine*
- *Le travail familial sur l'acceptation et la compréhension des différents diagnostics, ainsi que sur le syndrome de Capgras, qui fait grande souffrance familiale*
- *Le travail sur le projet de vie de Madame, orienté vers une institution adaptée à son état de santé et en capacité de l'accueillir, sans passage par un retour à domicile qui semblerait périlleux au vu de la symptomatologie sévère de Madame et de l'état des proches aidants très éprouvés.*

La famille accepte de travailler avec l'unité de soin sur un projet d'institutionnalisation de Madame PAGURE et rencontre l'équipe d'un établissement spécialisé en vue d'une admission.

a) **Réflexions cliniques**

Dans cette troisième période, nous sommes alors comme sortis de l'immobilisme et de l'intemporalité que nous imposait la maladie mélancolique pour remettre un peu de mouvement. Après le clivage, la conflictualité plutôt.

Il y a d'abord eu beaucoup de colère de la famille dirigée vers l'extérieur contre les soins de Madame, certains médecins, les traitements administrés, les soins sous contrainte ou nous-même. On entend: *“j'en ai marre de jouer le jeu, d'être conciliant, compréhensif”*.

Puis la famille semble s'être repliée sur elle-même et a mis en scène plusieurs conflits qui venaient directement les diviser autour de la protection juridique d'une vente immobilière ou encore du projet de vie de Madame.

Ici la famille continue de se questionner sur sa responsabilité dans l'émergence de la maladie mais cela ne semble plus associé à de l'effondrement ou de la sidération comme précédemment mais appelle au contraire à des remémorations.

Ils ont alors tenté de comprendre ce que madame PAGURE aurait souhaité. La famille a commencé à se parler de ce qu'ils connaissaient de leur mère, épouse ou femme, des différents liens qu'elle avait avec eux, de ces différentes facettes, de sa complexité.

C'est un peu comme s'il tentait d'inscrire cet épisode dans leur histoire familiale.

Ils se disent: *“elle a vendu son âme ; elle n'arrivait pas à dire à la personne le problème; ça l'a perdu...”* , *“une partie de la maladie de maman c'est sa vie et nos relations; mais on ne peut plus aller là-dedans....”*

Cette remise en mouvement dans l'histoire familiale aide à l'acceptation: *“ma femme ne reviendra pas à son état antérieur”*

“je la trouve stabilisée là »

A cette phase nous avons pu observer un petit décollement entre le vécu de Madame et celui de sa famille; même si chacun partage une infinie souffrance, il semble que des avenir différenciés se dessinent. La famille fait des dossiers pour des admissions en EHPAD, rencontre des équipes... Chacun parle de sa démarche personnelle auprès d'un médecin, ou d'un thérapeute.

Il est alors question de la continuité de leurs liens.

Madame : "si tu savais à quel point ça me fait mal que tu sois là, tu ne viendrais pas."

Et les enfants se questionnent : "*est ce que nos visites lui font plus de mal que de bien?*"

Cette épreuve de la maladie a changé tout le monde, Bénédicte explique : "*en 6 mois il y a un siècle qui s'est passé, au début on a commencé à 4, maman était là, on avait grand espoir*"

Et madame PAGURE peut dire avec beaucoup de justesse "*vous avez beaucoup changé, vous n'êtes plus mes enfants, je n'aurai pas dû être là...*", ou encore "*c'est horrible ce que je ressens*".

Bernard dira : "*cette année-là, la violence m'est tombée dessus*" et citant Jean Paul Sartre : "*Il faut beaucoup de courage pour renoncer à l'espoir, aux espoirs, de voir sa vie autrement*".

Peut-être observons-nous ici une élaboration de position dépressive du côté de la famille là où Madame PAGURE continue de surnager entre la mélancolie et les effets de la maladie neurodégénérative. Des destins différents se dessinent.

On peut entendre aujourd'hui toutes les tentatives de mise à distance de Madame comme des tentatives de protection de sa famille.

Elle leur disait: "*Faut partir, c'est dramatique pour moi mais c'est comme ça, faut pas pleurer ma fille, tu n'as rien à faire ici*".

Ou encore elle a pu leur dire: "*Ce n'est pas moi que tu es venu voir*" un peu comme si elle leur demandait de renoncer, de se rendre à l'évidence qu'aujourd'hui Mme PAGURE n'était plus la personne qu'ils avaient connue!

C'est dans ce contexte que nous dirons au revoir à la famille et avec beaucoup d'émotions partagées, nous leur parlerons de notre attachement à leur famille, nous les remercierons de leur confiance, de leur engagement tout au long de ce travail douloureux et nous tenterons de les rassurer sur la façon dont ils ont fait face à ce cataclysme.

Même si aujourd'hui certains conflits sont au premier plan, nous les entendons comme des modalités défensives de la famille face aux attaques de la maladie; comme des tentatives de chacun de transformer les impacts de la maladie et une reprise de l'écriture individuelle et familiale de cette histoire de vie.

CONCLUSION; le lien se réhumanise

Pour conclure nous souhaitons évoquer quelles traces et quelle place la famille PAGURE a laissé au sein de notre équipe. En effet, elle est restée très active parmi nous et dans nos réflexions.

Nous n'avons pas pu nous empêcher de nous demander comment Julie Forestier, psychologue, nouvellement arrivée sur le centre de guidance, avait été si vite désignée dans cette situation.

Revenons quelques semaines avant le début de la prise en charge, Frédérique CODRON Assistante sociale, Marianne LUCAS NAVARRO et moi Elise REBAUD, psychologue nous sommes rendues à la première réunion de concertation pluriprofessionnelle, pensant travailler le cadre de la guidance comme on le fait aux synthèses qui précèdent nos prises en charge.

Lors de cette réunion de concertation, nous arrivons dans une salle dédiée à ce type de réunion, avec PowerPoint, liste de patients, beaucoup de médecins autour de la table, le tout un peu dans la pénombre. Il n'y a pas de présentation préalable des personnes présentes à cette réunion. On sent l'urgence, il faut faire vite. Il est décidé que la situation de Mme PAGURE passera en premier.

Nous nous sentons un peu étrangères au point de sentir l'étonnement lorsque nous suggérons de faire un tour de table pour se présenter. La discussion est très technique, la question du traitement est centrale. Notre intervention s'intègre à un protocole très strict

Suite à cet échange nous nous demandons bien pourquoi nous sommes venues à cette réunion qui vient heurter notre représentation d'une réunion clinique. A quoi sert-on?

Malgré ce climat technique, on sent l'émotion du psychiatre qui avait demandé cette réunion. On se dit alors que l'intervention du centre de guidance va peut-être venir soutenir quelque chose de ce côté-là.

Nous noterons plus tard qu'à cette réunion, nous n'avons presque pas évoqué la famille.

Sur le choix du binôme nous nous sommes d'emblée portées sur l'idée que notre médecin psychiatre était nécessaire pour faire le lien avec tout le soin individuel qui semblait alors complexe, voire chaotique. On sent aussi, chez Marianne LUCAS NAVARRO, le souhait de soutenir sa collègue psychiatre dans une forme d'identification entre pairs. Ni moi, ni Frédérique CODRON, qui avons pourtant participé à la RCP, ne portons cette situation. Nous ne l'avons pas investie comme nous pouvons investir d'autres situations que nous travaillons en synthèse. C'est donc Julie Forestier, nouvelle arrivée et le Dr Lucas Navarro qui en héritent.

On peut aujourd'hui dire que le clivage se situait déjà lors de cette réunion et au sein même de notre équipe. La présentation d'aujourd'hui illustre les différentes étapes de ce clivage.

Un mot revient plusieurs fois dans la présentation "*survager*" ou comment tenir la tête hors de l'eau pour ne pas se laisser submerger, pour ne pas subir le raz-de-marée de la maladie.

Lorsque nos collègues revenaient de guidance, elles avaient besoin de partager avec nous leurs vécus, chacune de façon différente. Julie pouvait dire combien c'était lourd,

incompréhensible, éprouvant. De son côté, il semblait que Marianne portait la question du diagnostic et de la recherche du soin optimal pour madame.

L'une semblait porter la souffrance familiale et l'autre l'urgence vitale de Mme et la nécessité d'un soin adapté.

Face à l'extrême souffrance de la maladie mélancolique, le technique, l'ultra-technique, les protocoles semblent nécessaires pour dépasser l'incommensurable, l'innommable.

Nous pouvons nous poser la question de ce que peut entraîner le clivage, à savoir un risque de ne pas entendre, de ne pas parler de la souffrance de madame et de sa famille. D'autre part, un risque d'isolement de Madame au sein de la famille et des équipes de soin, et un sentiment d'isolement de Julie au sein du binôme et des équipes de soin.

C'est ainsi que l'équipe a toute sa fonction d'accueil des éprouvés de nos collègues. Au sein du binôme de guidance chacune porte une part du clivage. Le travail en équipe permet de percevoir ce clivage, de le pointer et ainsi de faire coexister la prise en charge du soin de Madame et la prise en compte de la souffrance familiale.

Sans ce clivage, c'est le risque de l'effondrement

On perçoit au fil de la présentation l'effet du travail diagnostic et du travail avec la famille et les équipes. Si au départ de la prise en charge de Madame, la famille était difficilement vécue, décrite comme dysfonctionnelle, voire rejetée, on se rend compte peu à peu que le lien se ré-humanise et que les services de soin s'autorisent à investir la famille et les réintégrer dans le soin. Ainsi, la famille PAGURE a pu se réapproprier son histoire et y intégrer la maladie.