



HAL
open science

Incidences subjectives de l'annonce du pronostic létal

Sophie Bernard Bernard Lemonnier

► **To cite this version:**

Sophie Bernard Bernard Lemonnier. Incidences subjectives de l'annonce du pronostic létal. Philosophie. Université Rennes 2, 2012. Français. NNT : 2012REN20009 . tel-00708718

HAL Id: tel-00708718

<https://theses.hal.science/tel-00708718>

Submitted on 15 Jun 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

SOUS LE SCEAU DE L'UNIVERSITÉ EUROPEENNE DE BRETAGNE

UNIVERSITÉ RENNES 2

Ecole Doctorale – Sciences Humaines et Sociales

THESE DE DOCTORAT

(Arrêté du 30 mars 1992)

pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE RENNES 2

Discipline : Psychologie clinique et psychopathologie

Présentée et soutenue publiquement

par

Sophie BERNARD-LEMONNIER

Le 30 mars 2012

Titre :

INCIDENCES SUBJECTIVES DE L'ANNONCE

DU PRONOSTIC LETAL

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Alain ABELHAUSER

JURY

Monsieur Alain ABELHAUSER, Professeur de psychopathologie clinique à l'université de Rennes 2,
Madame Marie-José DEL VOLGO, maître de conférences HDR à l'université de Provence,
Madame Caroline DOUCET, Maître de conférences à l'université de Rennes 2,
Monsieur Pascal LE MALEFAN, Professeur de psychopathologie clinique à l'université de Rouen,
Monsieur François SAUVAGNAT, Professeur de psychopathologie clinique à l'université de Rennes 2.

C'est à vous, Daniel,

que je dédie, à titre posthume, ce travail que vous avez initié à votre insu.

A toi, Arnaud, qui accompagne ma vie,

Ainsi qu'à Enora et Maiwenn.

Remerciements

Je tenais, avant tout, à remercier **Monsieur le Professeur Alain Abelhauser**, qui a bien voulu m'accorder son temps et son savoir dans la direction de ce travail, ainsi que pour la confiance qu'il a eu la gentillesse de m'accorder.

Je remercie tout particulièrement **Madame Marie-José Del Volgo, Madame Caroline Doucet, Monsieur le Professeur Pascal Le Malefan**, ainsi que **Monsieur le Professeur François Sauvagnat** qui ont acceptés de me faire l'honneur de siéger au jury de ma soutenance de thèse, afin de critiquer mon travail au regard de leurs compétences en ce domaine.

Je remercie également **Mme Annie Dommange-Charrier**, Directrice des soins infirmiers, pour l'intérêt qu'elle a porté à mon travail ainsi que la documentation qu'elle a bien voulu me transmettre.

Je remercie aussi **Le Docteur Rouault de la Vigne** et l'ensemble de l'équipe de l'unité de soins palliatifs pour ces moments d'échanges sur leurs pratiques, qu'ils ont bien voulu partager avec moi.

Je remercie chaleureusement **Charlotte Tazartez** et **Solène Caron** pour leur intérêt et la pertinence de leurs questions au regard du cheminement de ma pensée.

Au-delà du remerciement, je tenais à témoigner de mon profond respect pour tous ceux qui ont acceptés de me faire partager les épreuves de leurs derniers instants.

Sommaire

INTRODUCTION

PREAMBULE

<p style="text-align: center;">PREMIERE PARTIE : LE DROIT, LA MEDECINE, L'INFORMATION</p>

PREMIER CHAPITRE :
LE CADRE JURIDIQUE DE L'INFORMATION EN MEDECINE

- A- Du paternalisme à une relation contractuelle**
 - A1-** Paternalisme médical et conséquences juridiques : revendication d'un droit de savoir du malade
 - A2-** Du droit de savoir au devoir d'information : où la réappropriation du droit du malade sous la forme d'un devoir (obligation) médical
 - A3-** Du devoir d'information au droit d'être informé du malade : le respect de l'autonomie

- B- L'exception à la règle du droit d'être informé : la volonté de rester dans l'ignorance**
 - B1-** La volonté d'être tenu dans l'ignorance : un impossible à respecter au regard du « respect de l'autonomie »
 - B2-** La volonté d'être tenu dans l'ignorance : un impossible à respecter au regard de la question du consentement, de la relation contractuelle médecin-malade

SECOND CHAPITRE :
SOINS PALLIATIFS : POSITIONNEMENT MEDICAL FACE A L'INFORMATION

A- De la nécessité d'informer ...

- A1- Informer pour échapper à l'illégalité et au paternalisme
- A2- Information et compliance au traitement
- A3- Informer pour ne pas nuire
- A4- Informer pour préparer à mourir
- A5- Le modèle « Kübler-Ross »

B- ... au repérage de difficultés dans l'annonce d'un pronostic léthal

- B1- L'annonce d'un pronostic léthal
- B2- Iatrogénie de l'annonce
- B3- Annonce et douleur morale
- B4- Annonce et mécanisme de défense du patient
- B5- Annonce et sidération psychique
- B6- Les problèmes éthiques soulevés par l'annonce
- B7- Interprétation médicale des défenses psychiques
- B8- Les effets ontologiques du savoir

C- Thèses médicales : les difficultés repérées dans le cadre de l'annonce sont inhérentes à la manière de faire l'annonce

- C1- Progressivité de l'information
- C2- Annonce et espoir
- C3- Répétition de l'information
- C4- Technique de communication
- C5- La communication triangulaire
- C6- Difficultés de l'annonce inhérentes au médecin lui-même

- C7-** Annonce adaptée aux attentes du patient
- C8-** Temporalité dans l'annonce
- C9-** L'apprentissage de la mort chez les jeunes enfants
- C10-** Modèle de Robert Buckman

D- Conclusion

DEUXIEME PARTIE :
L'ANNONCE DU PRONOSTIC LETAL : SES INCIDENCES
SUBJECTIVES

PREMIER CHAPITRE :
PEUT-ON PARLER D'UN TRAUMATISME DE L'ANNONCE ?

- A- Annonce du pronostic létal : angoisse ou effroi ?**
 - A1-** L'angoisse
 - A2-** L'effroi

- B- L'effroi et son rapport au traumatisme**
 - B1-** L'effroi articulé au traumatisme
 - B2-** l'événement traumatique est un événement évocatoire

- C- Nature de ce qui est évoqué**
 - C1-** Une évocation de la mort ?
 - C2-** Une réactualisation de l'état de détresse ?

- D- Conclusion**
 - D1-** Au-delà de l'angoisse : l'effroi
 - D2-** Alors, l'annonce du pronostic létal fait-il traumatisme ?

DEUXIEME CHAPITRE :

« CHE VUOI ? »

- A- La mort annoncée**
 - A1-** Vignettes cliniques
 - A2-** Destin dans les tragédies grecques
 - A3-** Le déterminisme : points de vue de la psychanalyse
 - A4-** Annonce du diagnostic létal

- B- Le désir de l'Autre**
 - B1-** La mort comme fondement de l'Autre
 - B2-** Le désir de l'Autre

- C- Le sentiment de l'hostile**
 - C1-** Ce qui aurait du rester secret
 - C2-** Sentiment de malveillance
 - C3-** L'*Unheimlich* et la mort

- D- Conclusion**

TROISIEME CHAPITRE : ETRE SANS RECOURS

- A- Etre sans recours symbolique**
 - A1-** Retours sur Freud
 - A2-** Abîmes ordinaires
 - A3-** Quand le manque vient à manquer

- B- Etre sans recours imaginaire**
 - B1-** Vignettes cliniques
 - B2-** Le moi s'abandonne

- C- Positions d'être pour le sujet**
 - C1-** Etre vers la mort
 - C2-** Etre-pour-la-mort

- D- Conclusion**

QUATRIEME CHAPITRE : LES RECOURS DU SUJET

- A- Effets de l'assomption de l'être-pour-la-mort**
 - A1-** Antigone
 - A2-** L'état extatique ou le consentement à sa propre perte

- B- Prendre appui sur le fantasme**
 - B1-** L'angoisse est le signe du réel
 - B2-** Le père protecteur

B3- La réponse imaginaire à l'état de détresse

B4- Renouer le désir de l'Autre

B5- Le fantasme du châtement

C- Réponses imaginaires au désir de l'Autre

C1- L'appétence relationnelle

C2- Le besoin religieux

C3- D'une dialectique du maître et de l'esclave

C4- Maîtrise

C5- Dénégation ou passion de l'ignorance

D- Conclusion

<p style="text-align: center;">TROISIEME PARTIE : RETOMBÉES CLINIQUES ET INSTITUTIONNELLES</p>
--

PREMIER CHAPITRE :
DU SAVOIR A L'IGNORANCE

A- Retour sur les thèses médicales

A1- La revendication des malades

A2- Une bonne manière d'informer

B- Point de vue médico-légal actuel

B1- La mesure 40 du plan cancer 2003-2007 : le dispositif d'annonce

B2- Positionnement médical actuel

C- Désir de savoir

C1- Le savoir du maître

C2- Le savoir inconscient

C3- Désirer savoir

SECOND CHAPITRE : L'ACTE CLINIQUE

A- Mme J.

A1- Le gémissement

A2- Analyse et commentaires

B- Mr F.

B1- « Qui est en colère et pourquoi ? »

B2- Analyse et commentaires

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

Introduction

Cette thèse est issue d'une clinique rencontrée dans une unité de soins palliatifs dans laquelle j'exerce en tant que psychologue clinicienne depuis maintenant huit ans.

Les soins palliatifs sont des soins de confort dispensés auprès de personnes, adultes ou mineures, atteintes d'une pathologie somatique grave conduisant à la mort. En ce sens la clinique rencontrée, n'est pas, comme en psychiatrie, une clinique du symptôme, mais se définit d'être une clinique du réel.

Clinique du réel au sens où le sujet s'affronte à une dimension surgie du réel : la maladie et, pour ce qui concerne notre propos, la mort.

La mort est cette rencontre du réel qui produit des effets subjectifs dont les incidences m'ont particulièrement interpellé, en ce qu'elles échappaient à mon entendement. Non pas que la compréhension en soit maintenant établie, d'autant que je préfère, comme l'enseigne Lacan, me méfier de tout sentiment de compréhension qui viendrait obturer la réflexion.

L'énigme produite par cette clinique ainsi qu'un sentiment d'impuissance à faire face au désarroi de ceux dont j'avais la 'charge' d'accompagner jusqu'à la survenue de leur mort, m'amena à ce travail l'élaboration signifiante du réel auquel je m'affrontais moi-même : tenter de prendre ce réel dans les mailles du symbolique, non pas en l'incluant dans ma chaîne signifiante mais en le mettant au travail par le secours du paradigme psychanalytique.

C'est donc ma propre détresse, mon propre état *Hilflos* devant les manifestations subjectives des patients qui m'a conduit à me saisir du symbolique pour « éclairer », comme je me plais à le dire, les effets propres à l'annonce du pronostic létal : mélancolie, mutisme, gémissement, hallucinations de flammes dévorantes, constructions délirantes, sanglots inconsolables, mais aussi dénégation qui conduit à faire *comme si* l'annonce de mort n'avait pas été proférée, ou encore maîtrise de sa propre mort, qui rend les membres de l'équipe admiratifs devant ce courage d'affronter sa propre mort, *comme si* elle n'était pas pour eux, ne les touchait pas intimement.

Manifestations du sujet qui génèrent un certain questionnement.

Comment l'annonce de mort peut-elle conduire à de tels effets subjectifs ? Pourquoi certains parviennent-ils à « faire » avec l'annonce de leur propre mort alors que d'autres sont plongés

dans un tel désarroi que rien ne peut les sortir de cet état prostré ? Quels moyens avons-nous, en tant que psychologues ou psychanalystes, pour soutenir ces sujets dans leur affrontement dernier ?

Ce travail de recherche, et de revue de la littérature médicale et psychanalytique, m'a conduit à penser la détresse des sujets, s'affrontant à leur propre mort, en l'articulant à la dialectique du désir en tant que manifestation du manque de l'Autre.

La mort réelle, annoncée dans une certitude avérée par le médical, a cet effet d'annihiler la fonction symbolique soutenue par la figure de l'Autre. Les effets subjectifs, repérés au travers de cette clinique de l'annonce de mort, surviennent de ce que l'Autre manque dans son propre manque à être par la proximité de la mort réelle.

La mélancolisation, le mutisme, le gémissement témoignent de cette impuissance du sujet à maintenir la fonction symbolique à l'orée de la mort, alors que la dénégation et la maîtrise apparaissent comme des tentatives pour maintenir cette fonction dans son efficacité. Ce sont là les différents points de ma thèse que je mets au travail dans cet écrit.

Il s'agira dans un premier temps d'interroger la question de l'annonce de mort dans les services de médecine, afin de repérer ce qui soutient, ce qui apparaîtra rapidement comme une nécessité de tout dire au malade s'affrontant à l'échéance de sa vie de par l'incurabilité de leur maladie.

Cette première lecture laissera apparaître le repérage médical des effets délétères de l'annonce du pronostic létal avec l'élaboration de cette thèse qui soutient que les effets subjectifs de l'annonce dépendent de la manière dont celle-ci est faite et qu'il s'agira pour eux d'élaborer une procédure de bonne pratique de l'annonce.

Ce travail de recherche révélera que ce n'est pas un art de dire la mort à celui qui s'y affronte qui lui permettra de faire l'économie de ces effets subjectifs mais que le fait de dire de manière avérée la mort réelle à venir produit une confrontation incontournable et irrémédiable à la dimension du désir de l'Autre, dans ce qu'il peut avoir de plus vacillant.

Il s'agira par la suite de reprendre ce moment d'annonce, au travers des témoignages des sujets, afin de repérer ce qui en fait, par essence, une situation traumatique conduisant à des effets de sidération psychique. Le sujet se révélant *Hilflos* de ne plus pouvoir se soutenir du manque de l'Autre. Nous en mesurerons les conséquences dans le déploiement de la thèse, ainsi que les recours possibles du sujet afin de soutenir le manque de l'Autre.

Il s'agira finalement de mettre en tension cette question du savoir et de l'ignorance, qui sous-tend la position médicale au regard de l'annonce de mort, en l'articulant au désir et à la passion, afin de redonner les coordonnées subjectives propres à éclairer l'enjeu de ce qui se revendique dans cette demande du sujet à savoir ; demande qui se situe à l'origine du « tout-dire » médical.

Prenant appui sur la clinique afin de se déployer, cette thèse ne peut qu'y revenir dans une tentative d'articuler ce qui se présente comme un acte clinique possible du psychologue dans le soutien du travail subjectif de réaménagement de la dimension symbolique propre, nécessaire au sujet, afin de supporter ce qui lui reste de vie à proximité de la mort.

Préambule

Cela faisait quelques mois que je travaillais dans l'unité de soins palliatifs de l'Hôpital de F. Je n'avais jusque là aucune expérience de la prise en charge psychologique des patients en fin de vie. C'est dire toute la « naïveté » dans laquelle je me trouvais, malgré mon expérience de la clinique en libéral, lorsque je rencontrais pour la première fois Mme L.

Nous venions d'emménager sur un autre site en lien avec l'hôpital lui-même. L'architecture des lieux autorisait semble-t-il la concentration des « 5 lits de soins palliatifs » dans un même bout de couloir.

Ce matin là, lorsque je suis arrivée dans le service, l'infirmière m'annonça qu'une nouvelle patiente était arrivée : Mme L., plus de 70 ans, qu'elle me présenta comme ayant un cancer pulmonaire métastatique en échappement curatif. Les métastases qui se sont développées et détachées de la tumeur d'origine se sont nichées dans ses os. « C'est très douloureux » me dit l'infirmière.

Je m'en vais donc rencontrer Mm L. avec les mots de l'infirmière qui résonnent encore dans mon esprit : « 70 ans, cancer pulmonaire, métastases osseuses », « Drôle de manière de présenter quelqu'un ! » me disais-je alors, encore plongée dans ma naïveté face au fonctionnement institutionnel et aux modes de transmission propre aux acteurs médicaux.

Je frappe à la porte et attends une réponse. J'entends alors une voix fluette qui m'invite à entrer, ce que je fais promptement.

J'aperçois un tout petit bout de femme, voûtée, toute ridée qui m'accueille avec un sourire. Je me présente : « Je m'appelle Sophie Bernard, je suis la psychologue du service » et je lui demande comment elle va.

Le discours qui suit cette simple demande va provoquer mon étonnement.

« Oh, ça va ! C'est juste ce rhume qui m'embête. Il s'est installé et ne veut pas me quitter. Mais bon, vous savez, j'ai l'habitude ! J'ai toujours fait des rhumes, des pneumonies. Tous les hivers j'y ai droit. ».

Elle continue ainsi sur sa lancée, puis, au moment où je m'y attends le moins, elle me regarde vivement et me demande, « Ce n'est qu'un gros rhume, n'est-ce pas ? ». Saisie par tout ce

qu'il pouvait y avoir d'imprudence à y répondre, je ne dis rien et laisse son discours reprendre.

Qu'est-ce que cela voulait dire ? A la demande du « comment allez-vous ? » elle m'entraîne dans un discours où elle prétend posséder la réponse, qui est une réponse dans le sens du « tout va bien, je n'ai qu'un gros rhume ! » et finalement surgit cette question surdéterminée « Ce n'est qu'un gros rhume, n'est-ce pas ? » qui me demande de confirmer que « tout va bien » et laisse en même temps supposer qu'elle se doute que tout va mal.

Une question s'impose alors à moi : « Que sait-elle de sa maladie, de la gravité de son état, de la mort qui rôde près d'elle ? ».

Les rencontres se succèdent et Mme L. produit invariablement le même discours, avec cette même question.

Au staff, qui a lieu tous les mardis, j'entends alors s'énoncer l'étonnement de l'équipe par cette question adressée au médecin : « Mais que sait Mme L. de son diagnostic et de son pronostic ? ». Interrogeant un peu plus l'équipe sur les raisons de ce questionnement, il s'avère que les infirmières, ainsi que les aides-soignantes et le kinésithérapeute s'étaient entendus adresser le même discours et la même question : « Ce n'est qu'un gros rhume, n'est-ce pas ? ».

Le médecin s'étonne alors, disant que Mme L. ne lui a jamais posé aucune question, ne parle jamais de ce fameux rhume et déclare à l'équipe qu'il est prêt à lui parler de sa maladie.

Mais n'y avait-il pas là ruse du sujet dans son adresse à l'autre ? Par prudence, j'encourageais le médecin à attendre que la patiente lui pose directement la question avant de l'informer de quoi que ce soit.

Puis, pour vérifier l'hypothèse que je formulais, j'allais rencontrer Mme L. et guettant le moment où elle allait me poser cette éternelle question, je m'autorisais alors à lui répondre : « Vous savez, seul le médecin est en mesure de vous répondre si vous lui posez la question ! ».

Mon hypothèse trouva sa confirmation quelques jours plus tard lorsque je demandais au médecin si la patiente lui avait posé des questions concernant son état de santé : « Non, aucune ! » fût sa réponse.

Si Mme L. était véritablement assurée que son mal n'était qu'un simple rhume, elle n'aurait posée aucune question ! De fait, ce questionnement incessant démontre qu'elle n'était pas assurée de la bénignité de son état et elle en attendait la confirmation de la part de l'autre.

Cependant, elle ne questionnait jamais le seul qui était en mesure de lui répondre et qui lui avait été désigné explicitement comme tel : le médecin. Elle s'adressait à nous autres, non médecin, dont elle attendait comme réponse que tout allait bien pour elle et que ce n'était que d'un rhume dont elle souffrait.

Mais dans le même temps elle craignait que la réponse ne soit négative et qu'on lui dise que tout allait mal. Alors, la ruse du sujet était de s'adresser à ceux dont la réponse pouvait être remise en cause ... si celle-ci s'avérait péjorative.

Fort de cette interprétation, je mets l'équipe en garde contre ce qui m'apparaît comme une vulnérabilité du sujet à supporter une annonce de diagnostic de cancer et de pronostic létal, encourageant le médecin à ne pas anticiper sur les questions que la patiente ne lui posait pas.

Dans le même moment se posait un problème d'ordre médical touchant aux vives douleurs ressenties par Mme L. et provoquées par les métastases osseuses.

La morphine semblant inefficace, le staff prend la décision de mettre en place une radiothérapie à visée antalgique. S'impose alors la délicate question de l'information de la patiente.

En effet, au regard de cette position de dénégation, comment lui faire cette proposition de radiothérapie sans que cela ne vienne faire sens du côté du diagnostic ?

Pour respecter cette position subjective, la cadre de santé se chargea de lui en parler en usant de métaphores : « Pour soulager vos douleurs, nous vous proposons de vous envoyer à l'hôpital de A. où une dame vous fera des rayons ».

« Une dame vous fera des rayons ». Si la métaphore employée pour voiler la radiothérapie sous les traits des « rayons » avait pour visée de sauvegarder la position subjective occupée par Mme L., celle employée inconsciemment pour désigner le médecin qui la prendrait en charge, la « Dame », eu des effets qui m'amènèrent à ce travail de thèse.

J'avais prévu de rencontrer Mme L. à son retour de l'hôpital de A. La porte de sa chambre était ouverte et je perçu une certaine agitation. Comme elle ne répondait pas à mon appel, je me suis permis de pousser un peu sa porte : elle déambulait en proie à une forte agitation qui ne lui était pas habituelle et marmonnait des paroles inaudibles. Elle finit par m'apercevoir et me lance : « Je ne veux pas en être le témoin, non ça je ne veux pas !! »

- « Le témoin de quoi ? »
- « Je ne veux pas être le témoin de cet adultère !! »
- « Mais de quel adultère parlez-vous ? », elle s'approche alors de moi et me dit tout bas :
- « Entre le médecin ici, et la dame médecin là-bas, ils sont de mèches. Je ne veux pas, je ne veux pas être témoin de leur adultère ! », étonnée je lui demande alors :
- « mais que s'est-il passé ? »
- « J'ai été culbutée par les mots !! ». Le reste de son discours ne fût plus qu'une répétition de cette phrase « Je ne veux pas être le témoin de cet adultère ».

A la suite de cet épisode délirant, je m'enquis auprès de l'infirmière afin de savoir ce qu'il s'était passé là-bas pour provoquer de tels effets subjectifs. S'étant renseignée auprès du médecin chargé de la radiothérapie, il s'avéra que Mme L. lui avait demandé si elle n'avait qu'un gros rhume et s'étonnant qu'elle n'avait pas été informée de son diagnostic, elle lui avait répondu, en sa qualité de médecin, qu'elle avait un cancer des poumons, des métastases osseuses et qu'elle était en fin de vie.

Les mots qui ont « culbutés » Mme L. étaient ceux touchant à l'annonce de son diagnostic et de son pronostic létal. C'est cette annonce, proférée par un médecin, qui fut à l'origine de cette formation délirante qui anima Mme L. l'espace de quelques heures, puis qui la plongea dans des phénomènes hallucinatoires de flammes venant dévorer son lit.

Mme L. n'a jamais pu se défaire de ses hallucinations angoissantes jusqu'au moment de sa mort.

Cette situation m'a beaucoup interrogée, non seulement sur les effets possiblement psychopathogènes de l'annonce d'un pronostic létal, mais également, et surtout peut-être, à

propos de cette impuissance qui fût la mienne à pouvoir lui apporter quelques aides que ce soit dans l'élaboration d'une position subjective plus apaisée.

Les temps de rencontre avec les patients hospitalisés en soins palliatifs ne se succèdent que sur une durée très limitée et qui ne peut jamais être évaluée, n'autorisant pas le développement d'une cure, qu'elle soit psychanalytique ou psychothérapeutique.

Mais la question restait pour moi ouverte : la désobjectivation de Mme L. « culbutée par les mots » de l'annonce de sa mort à venir est-elle un phénomène isolé ou bien y avait-il un véritable risque subjectif dans l'annonce du pronostic létal ?

Au fil de temps, j'ai fini par penser que même si certains patients semblaient bien s'en sortir avec la question de leur mort à venir, que ce soit par la mise en œuvre d'une dénégation ou d'une position de maîtrise, pour d'autres l'issue était plus difficile.

C'est ce que me confirma Mme M. Elle était hospitalisée dans une unité de médecine de l'Hôpital de F. Devant l'aggravation de son état de santé due à un cancer métastasé, l'équipe soignante qui la prenait en charge pris la décision de la transférer dans l'unité d'accompagnement.

Ce transfert fût précédé par une annonce de pronostic létal venant argumenter la décision médicale. Cette annonce ne fût pas, encore une fois, sans effet. Mme M. avait le sentiment d'être la seule vivante dans un monde mort et peuplé de morts, s'effrayant chaque fois qu'un aide-soignant s'approchait d'elle en ce qu'il lui paraissait mort et vivant à la fois.

Et que dire de Mr J. qui reçut également l'annonce de sa mort à venir. Il sembla soutenir cette annonce un moment en présentant une dénégation. Mais sa position bascula lorsque, énonçant son désir de rentrer chez sa compagne, celle-ci lui répondit sans ambages qu'elle ne voulait plus qu'il revienne auprès d'elle.

L'annonce de sa mort à venir doublée de l'abandon de sa compagne eu pour effet une forme de désobjectivation où il se mit à occuper une position « mélancolique » : toute forme de désir semblant abolie, réduite à néant. Seule subsistant l'attente, l'attente que la mort fasse son œuvre, mort subjective réalisée avant la mort réelle.

La confrontation à ces phénomènes de désobjectivation m'amena, d'une part, à interroger ce qui pouvait légitimer une annonce de pronostic létal au regard des effets pathogènes que je ne manquais pas de relever fréquemment au cours de mon expérience clinique et, d'autre part, m'entraîna à rendre compte de ces processus de désobjectivation.

Alors que la structure psychotique semble plus vulnérable dans la capacité qu'elle offre au sujet de supporter sa mort annoncée, la structure du névrosé, quant à elle, dénote de deux modes de positionnements subjectifs permettant au sujet de faire face sur un mode imaginaire. Cependant qu'une défaillance des défenses entraîne le sujet à occuper une position d'être au-delà de tout imaginaire possible.

Avant de rendre compte de ce que la psychanalyse pouvait avoir à en dire il me semblait nécessaire de procéder à une revue de la littérature médicale pour cerner le discours médical et légal sur le sujet de l'annonce et des conséquences de cette annonce chez le patient.

Première partie

Le droit, la médecine, l'information

_ Premier chapitre _

Le cadre juridique de l'information en médecine

A Du paternalisme à une relation contractuelle

A.1 Paternalisme médical et conséquences juridiques : revendication d'un droit de savoir du malade

Donner au malade une information concernant sa santé ne va pas de soi dans la pratique médicale. Rappelons que par le passé, l'attitude médicale se cantonnait davantage dans la rétention de l'information.

Cette attitude qualifiée de paternaliste par les acteurs médicaux se justifiait d'une tradition de pensée qui plaçait le médecin dans une position de maîtrise, et de son savoir, et de sa pratique, ce qui avait pour effet de précipiter le patient dans une position d'objet de soins plus que de sujet.

Il n'était pas concevable à l'époque d'entrer en concertation avec le patient et d'amener une discussion autour du diagnostic et de la prise en charge médicale. D'autant que la question du diagnostic et du pronostic était tabou.

En effet « *Pour des raisons légitimes que le médecin apprécie en conscience, un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec la plus grande circonspection (...)* »¹.

Martine Ruzsniewski², psychologue travaillant auprès de personnes en fin de vie, accuse le modèle paternaliste de tenir une position mensongère auprès des patients, en omettant voire en proférant des mensonges concernant leur état de santé afin de leur cacher la réalité de leur mal. Dans cette position, le médecin prend décision de ne rien dire, c'est-à-dire qu'il refuse au malade ce droit au savoir.

Cette attitude est selon l'auteur à l'origine de bon nombre de sidérations psychiques chez des sujets qui se sont affrontés brutalement à la réalité de leur état.

¹ Article 42 du code de déontologie médicale de 1979.

² Ruzsniewski, M. (2004), *Faut-il dire la vérité au malade ?*, Revue des maladies respiratoires, 2004 ; 21 : 19-22.

Cependant ce qui motivait cette abstention d'informer le patient de son état de santé était porté par le principe de bienfaisance.

C'est au nom du bien du malade que cette information ne lui était pas donnée, en ce sens que l'informer de son diagnostic et de son pronostic valait acte de malfaisance puisque cela précipitait le malade dans des difficultés existentielles parfois insurmontables.

Mais cette attitude médicale dictée par la bienfaisance avait des conséquences délétères. Tolstoï, dans son livre, *La mort d'Ivan Illitch*³ décrit avec beaucoup de pertinence les conséquences de l'abstention d'information. Le personnage y est décrit comme se vivant isolé des autres par la barrière du non-dit concernant sa maladie, baignant dans un perpétuel mensonge.

Par la suite, suivant une évolution historique, sociétale et culturelle⁴ les patients modifièrent leur position au regard de cette puissance médicale. Plutôt que de se soumettre à ce paternalisme, certains d'entre eux – il s'agit de souligner le fait que ce ne sont pas tous les patients qui se sont « insurgés » mais seulement une partie- s'y sont opposés.

Cette opposition a alors pris corps dans des actions portées en justice sur le motif que rien ne leur avait été dit concernant leur diagnostic et leur prise en charge. Ces actions signent alors un nouveau tournant dans la prise en charge médicale, mettant la question de l'information au premier plan des préoccupations médicales et légales.

A la suite de ces événements judiciaires, la cours de cassation a imposé la nécessité d'informer les malades sur leur situation médicale et sur les traitements proposés et leurs conséquences, à charge pour les malades de prouver qu'ils ont bien reçu cette information. Par la suite, l'arrêt Hédreul renversera la charge de la preuve en l'imposant aux médecins. Il leur revenait donc de prouver qu'ils avaient bien informé leur patient de leur diagnostic, des traitements possibles, et de leurs conséquences.

³ Tolstoï, *La mort d'Ivan Illitch*. Paris, Gallimard.

⁴ Raul, J-S. (2002), *Le droit des malades à l'information*. JALMALV, 2002, n° 70. –p. 7-10.

Hoerni, B., Bénézech, M. (1993) *L'information en médecine. Evolution sociale, juridique éthique*. Masson, Paris.

Patenaude et Lorenzo, (2002), *Le risque de la parole dans l'annonce de l'inéluctable*. Frontières, 2002, vol. 14, n° 2. –p. 60-65.

A.2 Du droit de savoir au devoir d'information : où la réappropriation du droit du malade sous la forme d'un devoir (obligation) médical

L'OBLIGATION D'INFORMATION

La remise en cause de la position paternaliste des médecins signe la revendication d'une partie des malades au droit de savoir tout ce qui concerne leur santé, le droit d'être considéré comme un sujet à part entière et non comme simple objet de soins.

Cependant, la question de l'information ne sera par élaborée du côté du *droit* de toute personne atteinte d'une maladie, quelque soit son degré de gravité, mais elle sera formulée en termes *d'obligation* de la part du médecin. Une obligation qui est mise en tension avec la nécessité d'obtenir le consentement du malade.

VISEE DE L'OBLIGATION D'INFORMATION : LE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE DU MALADE

A ses origines, la question du consentement n'était pas ignorée mais tenue pour secondaire⁵ dans l'idée que l'on se faisait de la relation médecin-malade.

Au début du XX^{ème} siècle, ni le consentement, ni l'information n'étaient requis, surtout si l'état du patient était grave. Ce n'est que depuis une trentaine d'années que les choses se sont

⁵ Trucher, D., *Le consentement en droit de la santé*, dans *Le consentement, droit nouveau ou imposture ?*, (sous la dir.) Caverni et Gori. Pp. 23-36. p. 23.

modifiées, que la relation médecin-patient requiert tout autant l'information que le consentement du patient pour toute modalité de prise en charge.

C'est en 1975, au moment de légiférer sur la loi Veil que la question du consentement en médecine se pose réellement, elle sera par la suite incluse dans le code de déontologie médicale en 1995, comme venant orchestrer les relations médecin-patient.

L'article 35 se modifie alors et inclue une nouveauté : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose.* »⁶.

Cette obligation médicale repose sur un argument légal, celui de l'obtention du consentement⁷ du patient avant toute intervention médicale. Ce consentement devant être libre et éclairé, la question de l'information du patient s'impose par elle-même.

En effet, contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce n'est pas forcément pour respecter le droit de toute personne à rester maître de sa destinée, où à tout le moins d'être informé au plus près de ce qui concerne son état de santé que les médecins acceptent de se plier à cette obligation.

En réalité, cette obligation d'information répond à cette autre obligation, celle de recevoir le consentement du patient avant toute intervention quelque soit sa nature.

En effet comment recevoir le consentement du malade au regard d'une thérapeutique afin de la mettre en pratique si celui-ci n'est pas informé des raisons qui poussent le médecin à la lui prescrire ?

Le médecin a besoin du consentement du patient pour pouvoir travailler, or ce consentement ne peut s'obtenir sans information.

Ainsi la revendication des malades, par voie juridique, du droit d'être tenu informé de tout ce qui touche à leurs santés, couplé de la nécessité médicale d'obtenir le consentement du patient avant tout acte médical, inscrit la question du *droit à l'information* sous les traits d'une *obligation à informer*.

⁶ Art 35 du code de déontologie médicale de 1995.

⁷ Art 36 du code de déontologie médicale de 1995.

Hubault Ph. (2002) *Marqueur de vie, marqueur de mort*. Revue JALMALV, n° 70, sept. 2002, pp 32-33

Il s'agit de pointer que ce droit revendiqué par les malades n'est pas reconnu comme tel mais sert de point d'appui à l'élaboration d'une obligation du médecin. Dans ce point de bascule, nous voyons disparaître la position du malade pour être recouverte par celle du médecin. Ce faisant, il y perd encore une fois de sa subjectivité pour rebondir en position d'objet : l'objet d'une obligation médicale.

LE CONSENTEMENT : REGARD CRITIQUE

Ainsi, comme le dénoncent Roland Gori et Jean-Paul Caverni⁸ le consentement en médecine viendrait plutôt répondre au désir médical de se protéger contre toute action en justice qu'un patient pourrait souhaiter mener contre eux.

Il s'agirait de se prémunir de cette revendication judiciaire du malade à rester sujet de sa vie en lui accordant, sous forme d'obligation, toute l'information nécessaire à la protection du médecin.

En ce sens, l'obligation d'information du médecin ne vient pas en résonance avec ce droit revendiqué par certains malades mais vient répondre à la menace de procédure judiciaire portée par les malades.

Mais au fond, qu'est-ce qui est revendiqué par le malade ? Est-ce le catalogue étendu de ses maux et des conséquences possibles des traitements qu'il devra subir ? Ou bien n'est-ce pas plutôt la recherche d'une considération : être reconnu comme sujet et non plus comme objet pathologisé des soins ? Ne revendique-t-il pas son existence indépendamment de sa maladie tout en étant le porteur ?

Si l'on prend en compte ce désir du sujet de rester sujet dans le cadre de sa prise en charge médicale, alors dans ce cas, l'obligation d'information du médecin à l'égard de son patient tombe à côté de la demande du patient puisqu'elle a pour effet de mettre d'autant plus à

⁸ Caverni, J.P., Gori, R. (2005), *Le consentement : Droit nouveau de patient ou imposture ?*, Editions In Press, Paris, 2005, (Sous la dir.).

distance le sujet de la relation médecin patient. Conçue pour protéger les droits des malades, l'obligation d'information finit par donner des armes au désir de protection des médecins.

LES RISQUES INHERENTS A L'USAGE DE L'OBLIGATION D'INFORMATION

Certains auteurs médicaux⁹ craignent que l'obligation légale d'informer le patient, couplé de la peur d'être mis en position d'accusé, engage les médecins à procéder à des informations exhaustives sur des diagnostics graves sans ménagement pour les patients.

Effectivement, il est possible d'observer actuellement dans les hôpitaux l'usage de documents écrits faisant état des risques possibles encourus par l'application de certains actes médicaux et dont il s'agit pour le patient d'en prendre connaissance, habituellement en l'absence du médecin, et de le signer afin de donner la preuve qu'ils ont bien été informés des risques de la technicité qu'ils allaient subir. C'est en ce sens que l'auteur dénonce des pratiques médicales actuelles ou le respect scrupuleux des directives légales entraîne une position abusive où le médecin fait état de détails et de risques extrêmement rares qui ne peuvent qu'inquiéter et angoisser les patients.

⁹ Israël, J. (2005), *De la défausse médicale à la fausse annonce...*, dans le septième colloque de médecine et psychanalyse, violence de l'annonce, violence du dire, Etudes freudiennes, Paris, 2005, p. 186-199.

A.3 Du devoir d'information au droit d'être informé du malade : le respect de l'autonomie

LE DROIT A L'INFORMATION

C'est en 2002, au moment de la promulgation de la loi du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé que l'information, entendue comme obligation médicale, devient un véritable droit du patient¹⁰, laissant ouverte pour le patient la possibilité de quitter le statut d'objet de soins pour en devenir pleinement sujet.

Selon la littérature médicale, le respect de ce nouveau droit relève d'une préoccupation éthique soucieuse de préserver *l'autonomie* du patient. Celui-ci bascule de position dans la relation médicale, où d'une forme d'infantilisation, conséquence du paternalisme, il devient acteur des soins qui lui sont prodigués.

La littérature médicale suivant la diffusion de cette loi souligne l'inscription du « *patient en tant que partenaire, [qui se trouve en mesure] de choisir tout en étant conseillé par son praticien.* »¹¹. Le patient devient le partenaire du médecin dans le colloque médical.

Le respect de l'autonomie du patient et son inscription dans une forme de partenariat sont deux notions tout à fait nouvelles dans la prise en charge médicale.

¹⁰ Art. L. 1111-2 de la loi du 4 mars 2002.

¹¹ Raul, J-S. 2002, p.10.

L'AUTONOMIE EN MEDECINE

L'autonomie, valeur assez récente en médecine, a pris naissance comme objet de préoccupation de l'éthique médicale dans les années 1970. Il s'agit d'une valeur morale qui permet d'accroître la dignité de la personne humaine, son humanité¹².

L'autonomie est une valeur qui suppose que la personne se gouverne elle-même, en étant maître de sa vie, de ses décisions et de ses actes. Cette nouvelle valeur morale médicale impose aux médecins de réfléchir aux conséquences que la maladie peut provoquer sur cette autonomie, sur cette maîtrise de la vie de la personne malade.

L'idée émerge alors que cette autonomie peut être menacée par la maladie lorsque celle-ci devient chronique ou comporte une menace vitale.

D'autre part, cette autonomie se trouve altérée dans le cadre très particulier de la relation médecin-malade, qui est par définition une relation inégale où l'un demande des soins à celui qu'il suppose pouvoir les lui donner, l'un se trouve en perte de sa santé face à celui qui semble la posséder encore, etc.

L'ancien modèle de relation médecin-malade, qualifié de paternaliste, imprimait ce rapport d'inégalité entre celui qui sait, sans informer le malade, qui décide des explorations et autres actes techniques de traitement de la pathologie, sans prendre le temps de recevoir le consentement de la personne concernée, et celui qui se trouve dans une position d'ignorance.

L'idée prévalente est donc de tenter de maintenir cette autonomie de la personne en étant dans le partage de l'information et de la décision.

Ainsi Bernard Hoerni, professeur de cancérologie, à l'université de Bordeaux, dans son livre *L'autonomie en médecine, nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes*, définit, à la suite de Gillon¹³, la notion d'autonomie en ces termes :

¹² Hoerni, B. (1991), *L'autonomie en médecine, Nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes*, Payot, Paris, 1991.

¹³ Gillon, R., *Autonomy and the principle of respect for autonomy*, Br. Med. J., 290, 1985, 1806-1808.

L'autonomie de volonté (ou d'intention) correspond à la possibilité d'autodétermination. L'individu peut choisir, sans influence extérieure, sans pression coercitive, ce qu'il va faire, au terme d'une délibération personnelle, libre de toute contingence. Il peut falloir de l'assurance, du courage pour s'affranchir d'un environnement naturel qui comporte des facteurs puissants pesant sur une décision.

L'autonomie de pensée suppose une connaissance, qui s'oppose à l'ignorance, un esprit critique, qui s'exerce, une compréhension, qui passe par une intelligence, en définitive une conscience, qui permet une réflexion lucide et cohérente. Cette réflexion est le propre de l'homme.¹⁴

L'autonomie ainsi définie suppose, d'une part, de se fonder sur une « connaissance qui s'oppose à l'ignorance », d'où la nécessité d'informer et autorise, d'autre part, la capacité à décider pour soi en connaissance de cause, ce qui renvoie à la notion de partenariat.

Ainsi, selon Hoerni¹⁵ « l'autonomie est favorisée par une information exacte, correcte, aussi complète que possible et compréhensible »¹⁶. Il juge l'information de la personne malade indispensable au maintien de son autonomie afin « de rétablir ou d'accroître une insertion dans la réalité, menacée ou compromise »¹⁷. Son point de vue est de ne pas s'arrêter à l'état de faiblesse du malade pour justifier une abstention concernant cette information à donner au patient.

Cependant l'auteur nuance son propos un peu plus loin dans son ouvrage en énonçant que « Défendre l'information des malades en faveur de leur autonomie ne revient pas à la considérer comme une panacée »¹⁸ et il s'agit de savoir retenir l'information si la personne renonce à son droit à la connaissance de ce qui le concerne, d'autant si cette information peut lui être préjudiciable.

¹⁴ Hoerni, B., 1991, p. 52.

¹⁵ Hoerni, B. (1991).

¹⁶ Hoerni, B. (1991), p. 54.

¹⁷ Hoerni, B. (1991), p. 73.

¹⁸ Hoerni, B. (1991), p. 81.

LE PATIENT : UN PARTENAIRE DE SOINS

Se met alors à émerger un idéal sociétal et médical¹⁹ de l'autonomie du patient qui veut que celui-ci soit en mesure de faire le choix du traitement qui lui convient le mieux de manière libre et éclairée soit directement, soit par l'intermédiaire de la personne de confiance.

Schaerer²⁰ donne une bonne définition de cet idéal de la relation médecin-malade, sans se fourvoyer pour autant dans sa possible réalisation :

Enfin débarrassé du paternalisme médical, la relation médecin malade allait pouvoir se vivre comme une relation de sujet à sujet dans le plein respect de l'autonomie du patient. Débarrassée de son image poussiéreuse d'art médical, la relation allait se dérouler de façon rationnelle et le malade, bien informé de ce qui le concerne, allait pouvoir avoir un regard lucide sur sa santé et sa maladie. Enfin débarrassée de son côté artisanal, la relation allait être marquée de la vérité scientifique et de la confiance dans le progrès. Des symboles de valeur accompagnaient cette rénovation : désormais « le malade se prend en charge ! » (...)»²¹

Cet idéal médical pointe la relation médecin malade comme une relation de *partenaires*. L'idée est de pouvoir s'adresser au malade comme à un pair qui serait en mesure de pouvoir prendre des décisions rationnelles concernant sa pathologie et les traitements possibles.

En ce sens, vouloir respecter la dimension éthique de l'autonomie du patient aurait un effet en retour attendu par le corps médical, à savoir une responsabilisation du malade dans la prise en charge médicale.

¹⁹ Patenaude et Lorenzo, (2002).

²⁰ Schaerer, (2002) *Vers une nouvelle relation soignant-soigné ?* Revue JALMALV, 09/2002, n° 70. –p. 25-30

²¹ Schaerer, septembre 2002, p. 30.

L'IDEAL MEDICAL : UNE UTOPIE ?

L'idéal médical, fondée sur les notions de consentement et de respect de l'autonomie du patient, se construit autour de l'idée d'un partenariat entre le médecin et le malade.

Mais est-ce là quelque chose qui est de l'ordre du possible ? Comme le pointe Israël « *Est-il concevable d'impliquer médicalement des patients alors qu'ils n'ont ni les connaissances, ni le recul suffisant et qu'ils sont sous l'emprise de la maladie (...) ?* »²².

En effet, comment demander à un malade de devenir son propre soignant ? Il y a là une illusion manifeste de croire possible ce glissement de position qui demande au patient de se mettre à distance de ce qui le happe véritablement dans une angoisse de mort et d'appréhender sa maladie comme un objet extérieur à lui-même avec le même sang-froid et les mêmes capacités décisionnelles que ceux du médecin.

De fait cette attente du médecin face à son patient ne devient-elle pas maltraitance, violence ? Violence faite à un sujet blessé par ce savoir sur le fait qu'il n'est décidément pas immortel, ni à l'abri de ces maladies innommables, avilissantes et à qui l'on demande de faire abstraction de ses affects afin de pouvoir raisonner avec le médecin sur ce qu'il convient de faire dans le cadre de sa prise en charge médicale.

²² Israël, J. (2005), p. 188.

B L'exception à la règle du droit d'être informé : la volonté de rester dans l'ignorance

Le remaniement du code, effectué en 1995, a eu pour conséquence de voir l'art. 42 de 1979 fusionner avec l'art. 35 de 1995.

C'est-à-dire que dans un même et seul article cohabiteront deux notions contraires à l'égard de l'information, d'une part, l'obligation d'informer le malade et d'autre part, la possibilité de ne pas le faire en fonction de certaines conditions évaluées par le médecin dans le cadre de son exercice.

Art. 35. Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Ce paradoxe de l'information se redouble dans le cadre du texte de L'art. 1. 1111-2 de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui stipule que « *La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission* ».

Il est remarquable que, dès lors que l'on parle de la nécessité d'informer, les choses sont signifiées du côté du *droit* du malade alors que, lorsqu'on aborde la possibilité de ne pas être informé, les choses sont énoncées en terme de *volonté*.

Mise en balance entre le *droit* d'être informé du patient et sa *volonté* de ne pas être informé, ou l'une est dévalorisée au regard de l'autre ; mise en balance de deux positions qui ne portent pas la même valeur au regard de la justice et de la majorité des médecins. En effet, l'idée du

respect de rester dans l'ignorance pointe un véritable paradoxe dans la pratique médicale, voire même un impossible.

Un impossible car l'obligation d'obtention du consentement et le respect du principe de l'autonomie tels qu'ils sont définis dans et par la Loi n'autorisent pas la mise en œuvre d'un respect possible de cette volonté de rester dans l'ignorance.

En effet, comment le médecin pourrait-il obtenir le consentement du patient dans l'administration d'une chimiothérapie, d'une chirurgie permettant la résection d'une tumeur si celui-ci veut rester dans l'ignorance du diagnostic de cancer ?

Comment entrer dans une relation inscrite dans le partenariat si la personne malade fuit toute possibilité d'information et d'échange autour de sa pathologie ?

Tels que sont argumentés sur le plan légal, à la fois l'obligation d'information et le droit à l'information, il devient impossible pour le médecin de respecter ce que nous aurions tendance à inscrire comme un véritable droit à l'ignorance et non pas une simple volonté.

Une volonté que d'ailleurs les médecins ont tendance à contourner en la voulant temporaire, provisoire²³, et en imposant une information non désirée mais qu'ils estiment nécessaire afin d'être en adéquation avec le cadre juridique de leur pratique.

²³ Hoerni, B., Bénézech, M.(1993).

B.1 La volonté d'être tenu dans l'ignorance : un impossible à respecter au regard du « respect de l'autonomie »

Ainsi, nous ne pouvons que remarquer que suite à la loi du 4 mars 2002 nombre de médecins, encouragés par l'obligation d'information, vont devenir des partisans de ce droit de savoir, ils vont reconnaître l'existence de la volonté d'ignorance du malade mais tout en la reléguant à un second plan et en tentant de la contourner comme étant un positionnement du sujet *provisoire, temporaire*, qu'il s'agira de remettre en cause à un moment ou à un autre de la prise en charge.

Face à la question de la volonté d'ignorance, Hoerni et Bénézech²⁴ estiment que cette « exception thérapeutique », qu'ils qualifient de « curieuse », ne doit être entendue qu'au sens d'atténuer ou de différer une information pouvant être nuisible plus que d'un respect proprement dit d'une volonté qui pourrait se manifester de manière pérenne.

Mais en dehors de ces intentions médicales de porter le droit de savoir du malade, justifiées selon eux par des repères éthiques, au nom du respect de l'autonomie et de la dignité de la personne ; la constitution de la loi de 2002, l'article 2 de la loi du 22 avril 2005, ainsi que la rédaction des Directives anticipées n'autorisent pas le respect de cette volonté d'ignorance.

POSITION MEDICALE

Pour Aubry²⁵, respecter la volonté de ne pas savoir du patient reviendrait à ne pas respecter son autonomie, et cela viendrait par définition heurter l'éthique médicale qui a cours à notre époque.

²⁴ Hoerni, B., Bénézech, M.(1993).

²⁵ Aubry, R. (2005), *Annoncer un diagnostic difficile ou un pronostic péjoratif : vérité et stratégie de communication*. Médecine palliative, 2005, vol. 4, n° 3. -p. 125-133

Ainsi l'auteur exprime clairement que « *Informé le patient lui permet de rester « un sujet ». Ne pas le faire, c'est le déposséder de son corps, de sa vie, en faire un « objet de soin »* »²⁶. Ceci dit, apparaît alors une forme de clivage dans la position du médecin puisque un peu plus loin il énonce que « *respecter l'autonomie d'un malade, c'est aussi parfois respecter son refus de savoir, qu'il soit temporaire ou définitif. Ce qu'il faut dire au malade, c'est à lui de nous le dire, c'est à nous de lui demander : il s'agit de prendre en compte les limites de chacun qui fonde aussi l'altérité* »²⁷.

Il s'agit ici de faire une distinction fondamentale entre le fait de ne pas informer une personne qui désire *être informée* et ne pas informer une personne qui désire *ne pas être informée*. En effet on peut parler d'objectivation de la personne qui demande cette information dès lors qu'elle ne la reçoit pas de la part du médecin, mais il est inexact d'user du même qualificatif concernant le cas où le sujet n'est pas en demande d'information, voire met tout en œuvre pour rester dans la méconnaissance.

Ne pas informer une personne manifestant tous les signes du désir de méconnaissance, c'est respecter sa position de sujet et l'informer dans ce cas reviendrait à l'objectiver.

Ce serait une idéologie illusoire que de croire que « *Cette autonomie respectée permettra au malade de parler de sa mort, parfois de la démystifier. Elle l'autorisera également à aborder son « après lui » avec sa famille et selon ses convictions et son désir* »²⁸. Nous retrouvons là bien entendu l'influence d'E. Kübler-Ross.

Il s'agit là d'une croyance infondée puisque la clinique nous montre à quel point, même si le sujet n'est pas dans une manifestation de désir de méconnaissance, parler de sa propre mort est de l'ordre de l'insoutenable. Et que pour en arriver à un énoncé touchant à la propre mort il faut que le sujet passe nécessairement dans un aménagement particulier de sa position subjective²⁹.

²⁶ Aubry, R. (2005), p. 132.

²⁷ Aubry, R. (2005), p. 132.

²⁸ Aubry, R. (2005), p. 132.

²⁹ Bernard-Lemonnier, S. (2006), *Parler de sa propre mort : du discours explicite au discours métaphorique*. Médecine palliative, 2006, vol. 5 : 148-150.

Forest et Rapin³⁰ resituent le principe de bienfaisance, c'est-à-dire le « prendre soin » qui est au centre de la prise en charge médicale et infirmière, en le mettant en lien avec la question de l'autonomie du malade dans sa prise en charge médicale.

A savoir que prendre soin du malade reviendrait à se donner les moyens pour lui permettre de recouvrer la plus grande part de son autonomie et de sa liberté.

Remarquons que ce qui faisait l'argument premier pour ne pas informer le malade de son état de santé du temps du paternalisme, touchait au principe de bienfaisance. C'est au nom de ce principe que le médecin retenait l'information. Actuellement c'est toujours ce même principe qui est utilisé pour argumenter la nécessité d'informer.

Dans le premier temps, il s'agissait de ne pas nuire au sens de ne pas faire souffrir, dans le second temps il s'agit de ne pas nuire au sens de maintenir cette illusion d'autonomie du patient, quitte pour cela à le faire entrer dans la souffrance morale.

Ainsi, la question de l'information ne se discute pas pour ces auteurs qui la considèrent essentielle pour respecter la notion de l'autonomie et de la liberté du patient.

Ils estiment que la discussion qui a cours autour de la nécessité ou non d'informer le patient de son diagnostic ou de son pronostic est un débat qui renvoie à une situation d'inconfort majeur des médecins. Selon eux « *c'est parce que le professionnel souffre de dire la vérité qu'il soutiendrait avec force que l'obligation d'informer doit être modulée dans son application... ; c'est parce que le professionnel souffre de dire la vérité qu'il soutiendrait avec force que le malade souffre de la connaître* »³¹.

³⁰ Martyne-Isabelle Forest, juriste et Charles-Henri Rapin, Médecin et professeur de gériatrie à la faculté de médecine de l'université de Genève.

³¹ Forest M-I., Rapin, C-H. (2002), « *Toute vérité n'est pas bonne à dire* », *confort des patients ou confort des soignants*. Frontières, 2002, vol. 14, n° 2, -p. 71-72, p. 71.

UN CAS CLINIQUE TIRE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE

Le lous et Pautex³² s'interrogent sur le bien-fondé de l'abstention de l'annonce d'un diagnostic de maladie incurable au regard du respect de l'autonomie du patient.

Pour illustrer leur propos, elles s'appuient sur une situation clinique qui a fortement interrogée l'équipe soignante. Il a paru intéressant de produire ici une partie de cette situation clinique afin d'en reprendre l'analyse au travers de la lecture de l'article et de repérer l'expression d'un désir de méconnaissance. Il s'agit de la situation de M^r P., 84 ans, marié, ayant une fille.

Il est hospitalisé (...) pour une chute à domicile compliqué par un état confusionnel et des contusions costales et présente le jour de son admission un épisode d'hématurie macroscopique. (...)

L'exploration médicale montre la présence d'un cancer bien engagé, métastasé.

Le médecin interne, rencontrant la femme et la fille de M^r P. dans le « couloir » leur annonce cette découverte fortuite. La fille dans un consensus avec sa mère, demande à toute l'équipe de ne pas dire à son père la maladie annoncée. Elle souhaite en effet que celui-ci vive à la maison avec son épouse et elle redoute que cette nouvelle ne l'accable, « qu'il se laisse aller », ne profitant pas des jours qu'il lui reste à vivre. (...). Entre-temps, M^r P. a bien récupéré cliniquement, hormis quelques troubles mnésiques, il ne présente plus de troubles cognitifs, il recommence à se mobiliser et n'a plus présenté d'épisode d'hématurie. Il parle régulièrement de son souhait de rentrer rapidement à domicile.

L'équipe de soins demande alors une consultation à l'EMASP [Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs] pour l'aide pour l'organisation des soins à domicile, néanmoins rapidement l'équipe infirmière précise leur questionnement quant à l'attitude à adopter face à la demande de la fille. (...). [Dans le cadre de sa rencontre avec l'EMASP, M^r P.] met sa fatigue en lien avec l'accident vasculaire cérébral récent et aussi avec son âge : « c'est normal d'être fatigué à mon âge ». Il évoque des événements agréables de sa vie : les voyages nombreux et lointains qu'il a fait avec son épouse, son entreprise créée et transmise à son « fidèle » employé auquel il a pu faire passer son savoir. Il semble satisfait aujourd'hui de son parcours de vie. Puis il exprime son impatience de rentrer chez lui après ces deux mois d'hospitalisation. « Je m'ennuie ici, chez moi j'ai mon jardin, je pourrai m'occuper de mes fleurs car je suis trop fatigué pour en faire plus ». Lorsque l'on demande à M^r P. s'il a déjà imaginé une autre cause médicale à ses troubles, il dit que non, ce qui lui arrive étant normal et en lien avec son âge et répète son désir de rentrer chez lui.

³² Le Lous, P., Pautex, S. (2002), *Faut-il toujours annoncer une mauvaise nouvelle ?*, Infokara, vol.17, n°1. –p. 25-59

Malgré plusieurs questions suggestives, M^r P. n'a jamais montré le moindre questionnement quant à la présence de toute autre cause à ses symptômes, ni à l'évolution de son état. L'EMASP propose alors une réunion avec la femme et la fille du patient afin de mieux comprendre leurs craintes face à ce diagnostic. Le projet est de pouvoir les soutenir, ainsi que l'équipe, en insistant sur l'importance du fait que le diagnostic appartient au patient (selon le texte de loi K 1 80). Mais malheureusement M^r P. rentre rapidement à domicile, encouragé par sa femme, sa fille et son médecin traitant, sans que l'équipe ait eu le temps d'organiser une nouvelle réunion et donc sans que M^r P. sache son diagnostic. Cette situation clinique a alors rapidement suggéré un certain nombre de frustrations et de questions :

Quelle identité et quelle autonomie sont reconnues à M^r P., en qualité de personne âgée et néanmoins capable de discernement ?

Quelle valeur et quel sens sont donnés à la période de vie que M^r P. va vivre ?

Quel rôle donné à la famille. ?

Comment aurait-il fallu aborder ce diagnostic avec M^r P. ?³³

Dans le commentaire réalisé à la suite de cette présentation clinique les auteurs expriment leur regret que le patient n'ait pu être informé de son diagnostic et que de ce fait il se soit vu réduit à un « objet de soin » destitué de sa position de partenaire de soins, comme le veut l'idéologie médicale de notre époque.

Ce faisant, ils ont le sentiment que le patient est « *privé de ce dont il avait droit : la vérité* »³⁴ sans s'interroger davantage si le désir de savoir est un enjeu porté par le patient ou par l'équipe médicale elle-même. A force de soutenir le droit de savoir du patient, les médecins semblent oublier la présence d'un autre droit inaliénable, même s'il n'est pas porté par la loi, à savoir le droit à l'ignorance.

Et il est d'autant plus surprenant que les auteurs n'aient pu mettre en évidence l'expression de ce désir d'ignorance dans les esquives du patient face à leurs suggestions et diverses perches tendues ... dans le vide.

Il est intéressant également de constater qu'au moment où se sont écrites ces lignes c'est-à-dire en 2002, et malgré toute la littérature médicale et psychologique sur le sujet de la dénégation, les auteurs en soient encore à s'interroger sur le respect ou non de cette position

³³ Le Lous, P., Pautex, S. (2002), p. 25-26.

³⁴ Le Lous, P., Pautex, S. (2002), p.26.

défensive, on sent là le désir latent d'un forçage des défenses tant du patient que de la fille elle-même.

L'idée selon ces auteurs est que l'annonce du diagnostic faite au père et l'encouragement auprès de la fille d'abandonner sa dénégalion aurait eu pour conséquence une communication « ressourçante » pour tous les deux.

Les auteurs quant à eux estiment que ce qui freine l'annonce d'un tel diagnostic sont les conséquences qu'entraînent une telle information, ce faisant ils remettent en cause la possibilité qu'une annonce puisse influencer sur les capacités de toute personne à penser, construire, donner sens à leur vie.

B.2 La volonté d'être tenu dans l'ignorance : un impossible à respecter au regard de la question du consentement, de la relation contractuelle médecin-malade

Ce que la loi pointe comme une « volonté d'être tenu dans l'ignorance » révèle une position subjective possible au regard, non pas de l'ignorance, mais du savoir en tant que tel. Non pas un savoir scientifique, médical, mais un savoir induit par les messages provenant du corps qui se dégrade.

Cette position subjective au regard du savoir induit est le désir de méconnaître ce que l'on sait. C'est-à-dire au fond de tenter de retrouver une position d'ignorance perdue au travers du savoir acquis.

Ainsi, plus que d'une volonté du sujet d'être tenu dans l'ignorance, il s'agit d'un désir de méconnaissance qui pointe finalement que le sujet n'est pas si ignorant que cela de son état de santé.

LOI DU 22 AVRIL 2005

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie remet en cause la possibilité de respecter cette volonté de rester dans l'ignorance, ce dont nous parlerons désormais maintenant en termes de méconnaissance.

En effet, l'article 2 stipule que « *Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.* ».

Comment en effet concilier ce respect du désir de méconnaissance du malade à propos de sa propre mort à venir et respecter cette loi qui veut qu'il soit informé du risque de voir sa vie écourtée par la mise en place de traitements morphiniques, ou de toute autre nature antalgique ?

Car, si on l'informe de ce risque vitale on pointe par la même la question de sa mort à venir.

CIRCULAIRE DU 2 MARS 2006 : LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

D'autre part, les directives anticipées, mentionnées dans la circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée, n'ont pas pour effet de garantir le respect de ce désir de méconnaissance du patient en fin de vie.

Ces directives anticipées ont pour objet de permettre au patient d'énoncer ses souhaits concernant la fin de sa vie, ce qui signifie qu'on le suppose avertit de la nature létale de sa maladie et en mesure d'affronter cet événement à venir.

Le premier point exposé dans ces directives traduit bien cette position particulière des législateurs et des médecins dans l'intention de ne pas donner de valeur à ce désir de méconnaissance.

1 – (En tenant compte de ce que je désire connaître), je souhaite être informé de l'évolution de ma maladie de façon simple et loyale, m'aidant à cheminer vers l'acceptation de ma fin de vie.

Parallèlement, ma famille doit bénéficier de la même approche.³⁵

La lettre accompagnant ces directives précise que tout ce qui est mentionné entre parenthèse est susceptible de se voir retiré du texte définitif. Ainsi, la possibilité de respecter ce désir de méconnaissance peut être évacuée de ces directives impliquant par là que le sujet ne peut être que consentant à toute information sur sa santé.

³⁵ Le texte complet de ces directives anticipées et la lettre l'accompagnant se trouvent en annexe.

Ou pourrait-on plutôt dire, cela serait plus aisément gérable pour le corpus médical puisqu'un refus d'information rendrait caduque la possibilité d'utiliser ces directives anticipées.

« *M'aidant à cheminer vers l'acceptation de ma fin de vie* » témoigne de cette idéologie médicale instituée par E. Kübler-Ross et qui veut que toute prise en charge d'une personne en fin de vie implique forcément son accompagnement vers une acceptation sereine de son anéantissement. Là, le médecin peut envisager un acte possible quand plus aucun acte médical ne peut s'effectuer, là, l'équipe médicale peut voir s'éloigner pour un temps possible ce sentiment d'impuissance propre à toute prise en charge médicale d'une fin de vie.

Mais, cette position défensive des acteurs médicaux serait forcément remise en cause si le patient se cantonnait à un refus de savoir. En effet, comment accompagner quelqu'un vers l'acceptation de sa mort à venir si celui-ci refuse d'en entendre parler ?

Enfin, une autre erreur, est de croire que la famille et les proches peuvent bénéficier de la même approche que le malade lui-même.

C'est une erreur que de le croire car famille et malade n'occupent pas une position identique au regard de la mort qui se profile.

Autant pour l'un il s'agit de sa propre mort qui est à envisager, autant pour les autres il s'agit de la mort de l'autre, et nous verrons, comme nous le dit Freud, que cela n'engage pas les mêmes conséquences.

LA « PERSONNE DE CONFIANCE »

Cette difficulté majeure de ne pouvoir par définition recevoir le consentement éclairé d'une personne qui ne souhaite pas être éclairée risque de trouver sa solution au travers de l'invention de la *personne de confiance* ainsi qu'elle est instituée par l'article L. 1111-6 de la loi du 4 mars 2002 :

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est

révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

La personne de confiance est un concept qui permet au malade de désigner une personne dont la mission est de transmettre voire poursuivre les décisions que le malade ne serait plus en mesure d'énoncer lui-même.

Ainsi, dans le cadre d'un refus de savoir cette personne pourrait, au regard du corps médical, prendre le relais dans la relation contractuelle que les médecins cherchent à mettre en place. Dans ce cas, le sujet est d'autant plus objectivé puisque ce ne sera plus *avec lui* que l'on parlera mais *de lui*.

A ce propos Jean-Paul Caverni³⁶ interroge effectivement le bien-fondé de cette délégation en exposant le fait qu'il est difficile de savoir comment une personne pourrait réagir dans des situations exceptionnelles quand bien même la personne de confiance pourrait être en mesure de prétendre bien la connaître et d'autant que rien ne garanti que le sujet ayant dit les choses, il les aurait faites malgré tout.

De fait il est notable que le respect de ce désir de méconnaissance, qui devrait être entendue comme un droit, se heurte au cadre législatif qui entoure la pratique médicale. Il se heurte à la nécessité de recevoir le consentement du malade à propos des traitements le concernant, car il ne peut émettre son consentement ou son refus que dans le cadre d'une information précise sur sa situation de santé.

Ce respect se heurte également à l'obligation d'information du malade si sa douleur nécessite une antalgie pouvant avoir des répercussions sur la durée de sa vie, en effet comment l'en informer s'il n'est pas déjà en possession de ce savoir sur la survenue prochaine de sa mort !

³⁶ Caverni, J.P., Gori, R. (2005).

_ Second chapitre -

Soins palliatifs : positionnement médical face à l'information

A De la nécessité d'informer ...

Il est remarquable qu'indépendamment de cette exception faite à l'obligation d'information qui indique qu'il s'agit de respecter le désir de méconnaissance du patient, la majorité des médecins écrivant sur la question de l'information³⁷ évacuent littéralement la possibilité de ne pas informer.

Ils s'arrêtent sur cette obligation comme étant nécessaire et incontournable et ne laissent pas ouvert ce champ possible de la méconnaissance.

Curieusement, certains auteurs médicaux argumentent la nécessité d'informer le patient de son diagnostic et de son pronostic en s'appuyant sur des sondages pratiqués auprès de bien-portants affirmant qu'ils souhaiteraient être informés s'ils étaient atteints du maladie grave potentiellement mortelle³⁸.

De fait la réponse est biaisée puisque cela ne révèle pas si des personnes malades souhaitent être informées de la gravité de leur maladie ou du pronostic létal de celle-ci. La personne que l'on interroge alors qu'elle est bien portante ou se ressent comme tel, ne répondra que sur le plan de l'imaginaire car elle n'est pas concernée par le réel de l'événement. La réponse de cette même personne serait fort différente si elle se savait malade avec une suspicion de mort menaçante.

³⁷ Natali et Haguenaer, 1997 ; Hoerni, B. (2000) ; Hoeffelman (1988) ; Hubault (2002), Kübler-Ross (1975)

³⁸ Mueller E. (1994), *Quelle vérité, pour quel malade, à quel moment ? Comment annoncer une mauvaise nouvelle ?* Bulletin JALMALV, n° 37, 1994. -p. 28-37

A.1 Informer pour échapper à l'illégalité et au paternalisme

Pour certains auteurs³⁹ ne pas informer le patient de son diagnostic et de son pronostic serait un acte illégal et paternaliste. Ils situent le médecin comme simple dépositaire d'un savoir sur la situation clinique et médicale du patient et son devoir serait de restituer une information appartenant de plein droit au malade.

Cette restitution doit cependant se faire de manière « éthique », c'est-à-dire qu'elle doit se réaliser en tenant compte de l'aspect déshumanisant que de tels propos ont pour celui qui les reçoit.

Les auteurs notent donc une difficulté majeure dans le fait d'informer un patient de son pronostic létal. Ainsi cette éthique de la communication aurait pour effet de soutenir « *le patient dans l'appropriation de sa volonté et de sa finitude* »⁴⁰.

Mais la question ne semble pas se poser pour le corpus médical de savoir si l'important pour le patient est le maintien de cette autonomie ou le maintien d'une certaine forme de méconnaissance concernant sa propre mort à venir.

A.2 Information et compliance au traitement

Par ailleurs, L'information du patient semble avoir l'avantage pour les médecins de voir leur patient accepter docilement l'application de certains traitements.

Autrement dit, ce qui est recherché par certains d'entre eux⁴¹, c'est la compliance au traitement, la participation active au bon déroulement de la thérapeutique.

L'auteur pointe l'importance d'être à l'écoute des demandes du malade concernant l'information. Mais il situe les choses du côté de ce qu'il veut savoir et de répondre à ses questions, à contrario, il n'aborde pas la question du désir de méconnaissance du patient si ce

³⁹ Patenaude, J, Lorenzo, C, (2002).

⁴⁰ Patenaude, J, Lorenzo, C, (2002), p. 64.

⁴¹ Hoerni, B. (2000), *L'information appropriée*. Laënnec, 2000, mars, n° 3-4. -p. 16-17

n'est que de manière succincte et uniquement pour énoncer qu'il s'agit de le respecter temporairement.

Hoerni précise que le patient a le droit d'accepter ou de refuser un traitement, mais cela suppose qu'il a été informé des risques encourus par le refus. D'autant que les médecins doivent convaincre les patients de la nécessité de faire le traitement avant d'accepter leur refus.

Il précise également que le patient a le droit de refuser d'être informé, ce qui suppose que le patient qui ne veut pas savoir soit en mesure de l'exprimer aussi clairement.

Or en règle générale, les choses ne sont pas aussi clairement exprimées. On repère qu'un patient ne veut pas savoir dans la mise en jeu du processus de la méconnaissance, c'est-à-dire dans tout ce qui peut servir à l'évitement de l'information.

En 2005, R. Aubry⁴² exprime son positionnement en faveur de l'annonce du pronostic léthal en argumentant le fait que ne rien dire au malade « ... a des conséquences néfastes. Pour la personne malade : les non dits engendrent une perception, une intuition marquée par l'angoisse ; cette angoisse vécue dans la solitude accentue la difficulté de communication qui a elle-même un effet crescendo sur l'angoisse »⁴³.

Depuis quelques temps semble apparaître une idéologie de la communication⁴⁴ patient-médecin. Les médecins attendent de leurs patients qu'ils puissent leur parler de leur maladie, de ce qu'ils en pensent, de ce qu'ils ressentent sans s'interroger sur le fait que cela puisse être de l'ordre du possible pour le malade, sans s'interroger sur l'insupportable que cela puisse générer chez ces sujets.

Les médecins contemporains espèrent pouvoir mettre en place une relation avec leur patient basé sur la réciprocité, sur la communication. Le concept de communication tel qu'il est mis en oeuvre par l'auteur a un sens bien particulier : au sens où communiquer participe d'une forme d'aide « *Aider, c'est pouvoir communiquer, toucher l'autre dans son altérité en communiquant avec lui* »⁴⁵

⁴² Aubry, R. (2005).

⁴³ Aubry, R. (2005), p. 127.

⁴⁴ Le Lous, P., Pautex, S. (2002).

⁴⁵ Aubry, R. (2005).

Jean Pierre Aquino⁴⁶, Gériatre, soutient la nécessité d'informer le patient de son diagnostic en argumentant le fait que savoir la cause des troubles ressentis peut avoir comme effet d'apaiser l'angoisse issue de la constatation par le patient de la perte de certaines fonctions cognitives.

L'intérêt d'une annonce selon l'auteur est d'acquiescer une adhésion du patient à l'observance du traitement. L'auteur estime, par ailleurs, que « *Vouloir ménager [le patient] en restant dans le non-dit, en lui cachant la vérité aboutit à une situation de mensonge permanent empêchant le développement d'une relation empreinte de confiance* »⁴⁷.

Là encore apparaît cette mise en balance de la vérité et du mensonge⁴⁸, alors qu'il est question d'information.

Répondre à l'attente du sujet lorsque celui-ci se situe dans une demande implicite de méconnaissance, en s'abstenant de l'informer, n'est pas une réponse mensongère par omission, mais une réponse en vérité et respectueuse de ce que le sujet est en mesure de supporter sur le plan psychique.

Sur ce point l'auteur reste ambivalent car d'un côté il estime qu'il y a surestimation des effets délétères de l'annonce sur le plan psychique et que cet argument vient davantage soutenir la gêne du médecin dans la pratique de l'annonce que d'une véritable attente du malade. Mais d'un autre côté, il reste sensible à la question de « droit de ne pas savoir » qui peut être respecté du moment qu'il « *ne prive pas la personne d'une prise en charge adéquate* »⁴⁹.

Dans ce cas, le fait de ne pas savoir, de ne pas informer, devient acceptable pour le médecin, du moment que le patient accepte et observe parfaitement le traitement indiqué.

⁴⁶ Aquino, J.P. (2005), *L'annonce et ses confins dans la maladie d'Alzheimer*, dans le Septième colloque de médecine et psychanalyse, Violence de l'annonce, violence du dire, Etudes freudiennes, Paris, 2005, p. 27-34.

⁴⁷ Aquino, J.P., 2005, p. 30.

⁴⁸ Natali, F., Haguenaer, G. (1998), *Patients atteints de maladie grave: dire la vérité?*, ASP – liaison, 05/1998. –p. 29-31

⁴⁹ Aquino, J.P., 2005, p. 32.

A.3 Informer pour ne pas nuire

Pour le Dr Hoeffelman⁵⁰ la vérité doit être dite, d'une part, parce que le patient ne peut que se rendre compte de ce qui lui arrive au travers de différents signaux émis par son corps dans le cours de sa maladie et, d'autre part, parce que s'il est laissé dans l'ignorance, il restera seul avec une angoisse qu'il ne peut exprimer et ne pourra pas s'investir dans la conduite de son destin.

Dans le fait de ne pas informer le patient de sa maladie, il y a donc un sentiment de dépossession du patient de sa destinée, du contrôle de sa vie.

Pour appuyer sa position concernant la nécessité d'informer le malade de sa situation, l'auteur cite Gandhi à propos de la notion de vérité : « *Celui qui se consacre à la Vérité n'a pas le temps de se demander si, en disant la Vérité, il ne nuira pas à quelqu'un ; il croit en effet que la Vérité ne peut jamais faire de mal* »⁵¹. L'auteur veut donc mettre en avant le fait que toute vérité est bonne à dire et ne peut faire de mal à celui qui l'entend.

Nous verrons plus loin que l'annonce de pronostic létal, qui prend valeur de vérité pour les soignants, est bien plus qu'une simple information sur la mort à venir du patient, elle porte une charge oraculaire qui déterminera la position du sujet de manière très spécifique.

De même, Hoerni et Bénézech⁵², soutiennent vivement la nécessité d'informer les patients afin de ne pas leur nuire. L'idée est qu'il s'agit de faire des patients « *les premiers auxiliaires de la médecine* »⁵³ afin de lutter contre la maladie.

La contribution du patient est considérée comme de la plus haute importance afin d'améliorer au mieux les différents symptômes qui réduisent son confort. De fait ne pas l'informer sur certains symptômes liés à sa maladie reviendrait à le laisser en souffrir par ignorance, ce qui est considéré comme nuisible par les auteurs.

⁵⁰ Hoeffelman, S. (1988), *Aspects psychologiques de l'accompagnement du malade cancéreux et de ses proches*. Patient care : Avril 1988, mai 1988 et Juin 1988.

⁵¹ Gandhi, *Lettres à l'Ashram*, Albin Michel, 1971, p.100.

⁵² Hoerni, B., Bénézech, M. (1993).

⁵³ Hoerni, B. et Bénézech, M. (1993), p. 2.

A.4 Informer pour préparer à mourir

Dans la phase dite « préterminale et terminale » de la maladie, Hoeffelman⁵⁴ situe une action possible des soignants orientée vers la préparation de la mort.

Il s'agit là, selon lui, d'une étape cruciale, durant laquelle le soignant devra « *tenir la malade informé de l'évolution de son état, à lui assurer un confort physique optimal et à l'aider si possible à atteindre la paix* »⁵⁵.

Cette idée d'une préparation possible de la mort à venir, au sens de son acceptation sereine, est issue de l'idéologie construite et portée par Kübler-Ross. Ici, l'auteur fait mention d'une tâche du malade en fin de vie qui est de reconnaître et préparer sa mort à venir.

En ce sens les soignants, dans le cadre de leur accompagnement, doivent tout faire « *pour éviter que le malade soit surpris par la mort, pour éviter de lui « voler » sa mort comme cela se passe encore trop souvent. A cette fin, le malade a besoin d'être tenu le plus dignement possible au courant de l'évolution de son état. Dans la clarté et la franchise, il pourra alors entamer le processus d'acceptation de la mort qui, comme celui de l'acceptation de la maladie, peut passer par le déni, la colère, le marchandage et la tristesse* »⁵⁶.

La nécessité d'anticiper sur sa propre mort afin de s'y préparer est une notion que l'on rencontre régulièrement dans les soins palliatifs.

Schaerer⁵⁷ expose, dans sa communication au congrès de la SFAP en 1993, que c'est l'idée du respect de la personne malade qui est prise comme référence éthique des codes de déontologie qui oblige à prendre en compte la volonté de savoir que sa propre mort approche.

L'idée selon l'auteur est « *qu'il y va du respect de l'autonomie du patient, de sa liberté, de sa reconnaissance en tant que sujet de son existence. La première justification (...) est que le patient informé que ces jours sont désormais comptés, est libre d'organiser la fin de sa vie avec les priorités qui sont les siennes (...)* »⁵⁸. Cette problématique est encore une fois à mettre en lien avec la construction réalisée par E. Kübler-Ross qui pose l'ultime étape de la fin de vie dans la réalisation acceptée de la mort.

⁵⁴ Hoeffelman, S. (1988).

⁵⁵ Hoeffelman, 1988, p. 80.

⁵⁶ Hoeffelman, 1988, p. 81.

⁵⁷ Schaerer, R. (1994), *La mort peut-elle être annoncée ?* Bulletin JALMALV, n° 37. -p. 38-43

⁵⁸ Schaerer, R. (1994), pp. 38-39.

A.5 Le modèle « Kübler-Ross »

L'idéologie d'E. Kübler-Ross⁵⁹ est fondée sur cette croyance que si nous affrontons l'idée de notre propre mort, nous serions capables d'aménager notre propre bien-être et celui de notre famille, de la société en général.

L'idée est que nous pourrions « accéder à notre propre paix intérieure (...) en affrontant et en acceptant la réalité de notre propre mort »⁶⁰. La position de l'auteur est de tenter de cerner au plus près quels sont les besoins de la personne en fin de vie afin de les satisfaire au mieux.

Kübler-Ross⁶¹ part du principe que toute personne sait que son temps est compté sur terre « si nous ne savions pas, profondément, que nous sommes ici bas pour un temps relativement court, pourquoi lutterions nous pour la perfection, l'amour, la paix ? N'est-ce pas à cause de notre désir de laisser ce monde, en le quittant, un peu meilleur, un peu plus humain que lorsque nous y sommes entrés ? (...) ceux qui reconnaissent tout cela sont des courageux, assez forts pour lutter contre leurs imperfections, assez confiants et fidèles : ils verront la lumière au bout du tunnel. »⁶²

L'auteur, psychiatre américain, expose dès les premières lignes de son livre *Vivre avec la mort et les mourants*, une position somme toute relativement imaginaire basée sur l'idée que nous sommes en mesure d'appréhender le réel de notre mort et que c'est à l'aune de cette appréhension que nous dirigeons notre vie.

Dans son livre *Les derniers instants de la vie* Kübler-Ross expose une expérimentation réalisée à partir de 1965 qui consistait en l'interrogation d'une personne en fin de vie. Cet interrogatoire porte sur l'étude et l'observation des grands malades et des mourants.

Les personnes gravement malades et en fin de vie étaient rencontrées, au tout début de l'expérience, dans leur chambre puis étaient déplacées dans une pièce comportant un miroir à double teinte permettant à une assemblée de suivre l'entretien. Après leur accord concernant cette rencontre ils leur exposaient le but de l'entretien : « en savoir davantage sur les grands malades et les mourants ».

⁵⁹ Kübler-Ross, E. (1975), *Les derniers instants de la vie*, Labor et Fidès, Genève, 1975.

⁶⁰ Kübler-Ross, 1975, p. 26.

⁶¹ Kübler-Ross, E. (1981), *Vivre avec la mort et les mourants*. Paris, Editions du Tricorne, Editions du Rocher.

⁶² Kübler-Ross, 1981, p. 7-8.

C'est dire que même s'ils n'étaient pas au fait de leur situation de santé, ils ne pouvaient dès lors que se douter qu'ils étaient au mieux gravement malades, aux pires mourants !

Ce qui se présentait au départ comme une expérience est devenu par la suite un séminaire pour devenir enfin un cours officiel pour la faculté de médecine.

La position de l'auteur, concernant le fait de faire l'annonce ou non d'un diagnostic de cancer, est de ne pas rester sur cette mise en balance entre dire et ne pas dire et de s'interroger sur une manière adéquate de dire les choses.

C'est-à-dire que pour elle l'annonce ne peut que se faire mais il est nécessaire d'interroger la manière de le faire ; autrement dit, de réussir à annoncer un tel diagnostic sans enlever tout espoir.

C'est en s'appuyant sur ce séminaire que l'auteur construit les cinq étapes du processus psychique en œuvre lors des maladies graves à pronostic létal.

Première étape : Le refus et l'isolement.

La première étape est celle du *refus*, la personne qui reçoit la signification létale de la maladie qui la touche entre dans une phase d'incrédulité où sont mis en évidence cette surprise et ce refus de se reconnaître mortel.

C'est une phase durant laquelle la personne n'est pas en mesure d'entendre plus d'information relative à sa maladie et à son pronostic, elle met en place des processus défensifs tels que le refoulement, une tentative de déni.

C'est une phase, selon l'auteur, où le malade ne peut parler franchement de sa maladie car il refuse de voir la réalité.

Cependant, malgré ce refus, le malade montre qu'il a bien entendu la menace de mort, et l'auteur précise qu'il est important de savoir respecter ces défenses psychiques.

Durant cette étape l'auteur précise que les patients sont en mesure d'envisager l'éventualité de leur propre mort pendant un moment, mais en rejettent l'idée pour pouvoir continuer à vivre. Ignorer notre mortalité est ce qui nous autorise à nous projeter dans un avenir.

L'auteur estime que ce refus, cette dénégation est un système défensif provisoire qui permet au patient d'intégrer psychiquement le choc de l'annonce de son diagnostic et de son pronostic, et qu'il peut laisser place par la suite à d'autres modes défensifs moins exclusifs, qui autorisent une parole autour et sur la mort.

L'auteur insiste en disant que retarder le moment de cette discussion sur la mort du patient avec celui-ci n'est pas lui rendre service, comme si l'on devait nécessairement en passer par cette parole.

Selon l'auteur, le refus du malade à l'encontre de la survenue de la maladie mortelle n'est que temporaire et laisse place à un moment ou à un autre à une acceptation partielle.

L'auteur estime que c'est le surmontement par le soignant de la peur de sa propre mort qui permet de soutenir et d'aider le malade à surmonter la peur de sa propre mort à venir.

Deuxième étape : l'irritation.

Le patient peut franchir cette étape et passer à la suivante si une personne s'autorise à parler avec lui de manière franche de sa maladie. Ainsi, la personne abandonnerait le stade du refus pour entrer dans le stade de la *révolte* et de la *colère*. Stade qui s'exprime selon l'auteur par « Pourquoi moi ? ».

C'est un stade durant lequel le patient exprime des reproches à son entourage proche mais aussi à l'équipe soignante. Cette colère exprime une irritation contre ce que les autres peuvent représenter pour le sujet malade et en fin de vie, à savoir « *l'image de la vie, de la santé, de l'entrain, de la vigueur, du dynamisme* »⁶³ ce qui a pour effet de l'affronter à ce qu'il est en train de perdre.

« Pourquoi moi ? » traduit l'interrogation du sujet au regard du désir de l'Autre à son égard. Dans une situation clinique rapportée par l'auteur, un patient se posant cette même question se donne pour réponse « *Ben quoi, tu ne vaux pas plus qu'un autre, pourquoi pas toi ?* »⁶⁴, ce qui traduit une tentative du sujet à se fondre dans la série des petits autres et qu'aucune raison angoissante ne viendrait justifier un tel choix de la part de l'Autre.

⁶³ Kübler-Ross, 1981, p. 44.

⁶⁴ Kübler-Ross, 1975, p. 152.

Troisième étape : le marchandage.

Le troisième stade décrit par l'auteur est celui du *marchandage*. Il s'agit d'un moment où le patient semble accepter l'idée que la maladie mortelle puisse également le toucher et dans le même temps tenter de négocier une prolongation de la vie au travers d'un marchandage. L'idée est que le patient promet quelque chose en échange d'un sursis. Dans ce stade le patient traverse un moment d'apaisement provisoire. Selon Kübler-Ross, « *ce n'est qu'une trêve, au cours de laquelle le patient, qui espère vivre un peu plus longtemps, comme il l'a demandé, met habituellement ses affaires en ordre, rédige son testament, commence à s'inquiéter de qui le succédera dans son entreprise ou veillera sur ses enfants.* »⁶⁵

Ces marchandages sont généralement adressés à Dieu ou au médecin, c'est-à-dire à toute figure pouvant tenir lieu d'Autre.

Ce marchandage signe le fait que l'Autre a qui l'on s'adresse dans cette forme de requête est en mesure d'asséner ou non la mort et que cela reste de l'ordre du bon vouloir de l'Autre, que cela peut se monnayer : répondre aux désirs de l'Autre peut éventuellement avoir pour conséquence qu'il accède à la requête et permette la prolongation de la vie.

Mais ce marchandage est toujours relancé.

Quatrième étape : la dépression.

La dépression survient lorsque le patient ne peut plus nier être atteint par une maladie mortelle. Ce stade de la dépression peut prendre deux formes : la *dépression de réaction* qui exprime la tristesse d'avoir perdu par la maladie et l'approche de la mort quelque chose, que ce soit un membre, une fonction physiologique, une situation sociale, familiale, etc.

Le second type de dépression est la *dépression préparatoire* qui correspond à la tristesse d'avoir à perdre ce qui leur est précieux au travers de la mort.

Selon l'auteur, à ce stade de la dépression, ils commencent à faire leur propre deuil. C'est une phase où les patients ne parlent plus beaucoup, « *ils ne peuvent traduire en mots leur angoisse et leur tristesse.* »⁶⁶

⁶⁵ Kübler-Ross, 1981, p. 47.

⁶⁶ Kübler-Ross, 1981, p. 51.

L'auteur envisage la mort comme une perte de tout ce qui a de la valeur pour la personne qui va mourir.

La dépression préparatoire est un instrument servant à se séparer des objets aimés afin d'en arriver à l'acceptation de la mort à venir.

L'idée est que si l'on laisse le patient exprimer sa tristesse, il en arrivera plus facilement à l'acceptation de sa mort et qu'il ne s'agit pas de l'entourer de paroles encourageantes afin de faciliter le passage et l'affrontement à la mort.

Contrairement au premier stade de la dépression où le patient exprime au travers d'un discours soutenu sa peine, dans ce second stade, il a tendance à rester silencieux.

Cinquième étape : l'acceptation.

A l'issue de cette dépression préparatoire, l'auteur définit le stade de *l'acceptation* en ces termes :

Le patient ne désire plus de visiteurs, n'a plus envie de parler à quiconque, a, le plus souvent, mis ses affaires en ordre, ne met plus d'espoir dans les traitements et n'attend plus que sa vie soit prolongée. »⁶⁷

« Le stade de l'acceptation est atteint quand, ayant regardé en face leur finitude, les gens vivent une autre qualité de vie, avec d'autres valeurs, apprennent à jouir de chaque jour qui leur est donné, ne se tourmentent pas trop de ce que sera demain, et espèrent avoir encore beaucoup de temps devant eux pour vivre ainsi. »⁶⁸

L'auteur précise qu'il ne faut pas confondre l'acceptation avec la résignation. Selon elle, l'acceptation est « le sentiment d'une victoire, un sentiment de paix, de sérénité, de soumission sincère à ce qu'on ne peut modifier. La résignation (étant) un sentiment de défaite, d'amertume »⁶⁹ ce qui correspond selon l'auteur à 80 % des malades en fin de vie.

⁶⁷ Kübler-Ross, 1981, p. 55.

⁶⁸ Kübler-Ross, 1981, p. 56.

⁶⁹ *Ibid.*

Selon l'auteur plus le patient lutte pour éviter l'idée de la mort à venir, plus il est dans le déni et moins il est en mesure d'accéder à ce stade de l'acceptation « *dans la paix et la dignité* »⁷⁰. Il s'agirait d'une étape qui signe un point de basculement du désir du sujet, du désir de vie à un désir de repos et de mort.

Ce stade de l'acceptation ne semble possible que si on envisage une vie après la mort, c'est-à-dire si on est en mesure d'atténuer la violence de l'anéantissement par cette forme d'évasion de la signification de néant. La mort ne s'accepte qu'à la condition de n'être pas définitive. Peut-on alors parler réellement d'acceptation dans ce contexte ? Cette acceptation là ne se réalise-t-elle pas sur le plan de l'imaginaire ?

E. Kübler-Ross, abordant la question de l'information des patients à propos de la gravité de leur maladie, témoigne du positionnement de ces patients qui disent souhaiter être informés à deux conditions : que l'annonceur laisse la place pour un certain espoir et que le médecin qui les informe ne les abandonne pas par la suite.

La question de la crainte de l'abandon de la part de celui qui énonce le diagnostic ou le pronostic est une question récurrente. Que peut bien traduire ce vœu de ne pas être abandonné par le médecin annonceur ?

⁷⁰ Kübler-Ross, 1975, p. 123.

B ... au repérage de difficultés dans l'annonce d'un pronostic létal

Dans la littérature médicale sur le sujet de l'annonce du diagnostic et du pronostic létal, on voit apparaître une bascule de position.

Avant la loi de 2002 qui pose de manière incontournable l'obligation d'information du médecin à l'égard de son patient, le corpus médical manifeste un malaise concernant l'acte d'annoncer à l'autre une maladie grave ou un pronostic létal.

A la suite de la promulgation de cette loi, le problème semble avoir reçu sa solution et l'ensemble du corps médical s'engage dans l'acte d'annonce. Le cas de conscience que cela leur posait au sujet de la douleur morale qu'ils allaient infliger semble disparaître, pour certains à l'idée qu'ils agissent afin de préserver leur pratique de toute remise en cause judiciaire de la part des patients, pour d'autres, au nom d'une idéologie portant l'idéal d'un partenariat, l'imaginaire d'une possible approche de la mort dans la prise en charge médicale.

Malgré ce semblant de soulagement médical, annoncer à l'autre une maladie grave et un pronostic létal continue de faire souffrance pour le malade, mais cela devient semble-t-il une souffrance acceptable pour les médecins, leur préoccupation étant alors de réfléchir à la manière dont cette annonce peut être faite afin d'atténuer au mieux ses conséquences.

Malgré ce positionnement massif des médecins dans l'obligation d'information et la nécessité de le faire au nom du respect de l'autonomie et de la dignité des patients, tous remarquent des difficultés majeures dans la réalité de la pratique de l'annonce de diagnostic et surtout et essentiellement des pronostics à caractère létal.

B.1 L'annonce d'un pronostic létal

Mais avant d'aller plus loin, il est important de marquer une distinction fondamentale entre l'annonce d'une maladie grave et potentiellement mortelle, à la suite de quoi le médecin proposera un traitement qu'il soit à visée curative ou palliative et cette autre annonce qui concerne davantage notre travail, l'annonce du pronostic létal ou le médecin se met en demeure d'annoncer à son patient que sa vie est réellement mise en jeu, qu'il est condamné à mourir de cette maladie à plus ou moins brève échéance.

Il est primordial de faire cette distinction fondamentale car les impacts que ces deux annonces ont sur le sujet ne sont pas les mêmes. Dans le premier cas, un espoir est permis même si la mort s'annonce par le biais de la nomination de la maladie, alors que dans le second cas, plus aucun espoir de survie n'existe, la mort est annoncée comme irrémédiable, assurée, incontournable.

B.2 Iatrogénie de l'annonce

Pascal-Henri Keller⁷¹ dans son intervention au cours du septième colloque de médecine et psychanalyse aborde la question de l'annonce dans son aspect iatrogène au sens où l'annonce médicale peut être l'occasion de la souffrance du sujet. L'auteur y expose un principe éthique au fondement de la médecine : « *Primum non nocere* » qui interdit tout acte de nuisance envers le malade. C'est-à-dire que tout médecin se doit de se garder de tout acte entraînant la souffrance de son patient ; en ce sens il est question de la souffrance physique mais également psychique.

Apparaît alors ce paradoxe entre la nécessité d'informer le malade de son diagnostic et de son pronostic afin de préserver son autonomie et sa dignité et le respect de ce principe de non nuisance envers le patient. Il y a effectivement paradoxe puisque dans le mouvement même de l'annonce, au nom d'un principe éthique, nous ne pouvons que constater le surgissement d'une souffrance psychique du sujet, au travers ne serait-ce que de la sidération engendrée par

⁷¹ Keller, P.-H. (2005), *Iatrogénie de la parole en médecine*, septième colloque de médecine et psychanalyse, violence de l'annonce, violence du dire, Etudes freudiennes, Paris, 2005, p. 203-210.

l'annonce, mais également au travers de toutes ces défenses psychiques mise en œuvre pour contenir l'effroyable de la mort annoncée.

B.3 Annonce et douleur morale

En 1986, Schaerer⁷² témoigne de cette difficulté majeure qui est la sienne de savoir que lorsqu'il fera acte d'annonce de cette information médicale concernant le pronostic, il blessera le malade auquel il s'adressera.

Il note que quelque soit la manière dont il fera l'annonce, même en agissant avec la plus grande progression, comme il le conseille vivement, le sujet qu'il a en face de lui comprendra d'un seul coup ce qui est mis en jeu dans cette rencontre, à savoir sa vie et la menace que la maladie fait porter sur elle. A ce moment précis, l'auteur note que la douleur morale est infligée irrémédiablement.

Après avoir exposé les mobiles qui poussent les médecins à soutenir la nécessité de l'annonce, il⁷³ s'interroge sur le fait de savoir s'ils sont les seuls à prendre en compte pour répondre à la question de la nécessité d'informer un patient du caractère léthal de sa maladie.

Il soutient cette interrogation à partir d'expérience qu'il a eue d'annonce de pronostic léthal. *« J'ai parfois été assez loin dans ma pratique dans la révélation d'une mort prochaine. Au moins deux fois je l'ai fait de manière explicite et je garde le souvenir d'avoir provoqué chez deux malades –deux femmes croyantes auxquelles j'avais cru rendre le service qu'elles attendaient de moi au nom de notre foi commune- une espèce de sidération définitive de la capacité et de sourire et de prendre la parole »⁷⁴.*

L'auteur note donc un effet sidérant dans l'acte d'annoncer à l'autre qu'il va mourir et cette sidération est la difficulté majeure à laquelle s'affronte tout médecin qui s'engage dans la voie de l'annonce d'un pronostic léthal. A la suite de J. Pillot, psychologue travaillant dans le cadre des soins palliatifs, Schaerer expose deux raisons pour ne pas s'engager systématiquement dans l'annonce d'un tel pronostic. En premier lieu, il s'agit de prendre en compte que tous les malades ne sont pas forcément demandeurs d'une telle annonce, d'une telle connaissance sur

⁷² Schaerer, R. (1986), *Contenu objectif de la vérité*, JALMALV n°7. –p. 20-25

⁷³ Schaerer, R. (1994).

⁷⁴ Schaerer, 1994, p.40.

la fin de leur vie, malgré ce que peut en dire les sondages qui ne font que révéler une réponse imaginaire sur une mort imaginée.

D'autre part, que toute annonce de pronostic léthal contient en elle « *une violence insupportable pour le patient. Cette violence contient en elle la privation d'espoir (...). Cette violence est reconnue même par les plus chauds partisans d'une information complète des malades.* »⁷⁵. De fait la position de Schaerer est de s'adapter au positionnement du sujet, c'est-à-dire de répondre à sa demande et de ne pas faire d'annonce sauvage.

B.4 Annonce et mécanismes de défenses du patient

Paradoxalement, les médecins soutiennent la nécessité d'informer un patient du caractère léthal de sa maladie en argumentant leur position du côté du respect de l'autonomie du malade, mais ce faisant ils notent malgré tout un certain nombre de difficultés inhérentes à l'annonce elle-même, ainsi que la présence de mécanismes de défenses mis en œuvre par ces mêmes patients peu après l'annonce de leur pronostic.

Claude Lhote⁷⁶ expose plusieurs modes de défenses psychiques émanant du moi et servant à mettre à distance l'angoisse provoquée par l'idée d'une survenue imminente de la mort inhérente à toute annonce de pronostic léthal. Ainsi il conceptualise des défenses telles que l'*anticipation* qui consisterait à « *envisager calmement un avenir traumatique en en prévoyant les conséquences sans dramatisation excessive* »⁷⁷, mais aussi, la régression, le refuge dans la rêverie, le clivage, la rationalisation, l'intellectualisation, l'expression des sentiments, l'humour sur soi-même, le déni, le déni-idéalisation, etc.

Au total l'auteur prétend avoir identifié 71 de ces mécanismes dans des travaux réalisés avec S. Ionescu et M.-M. Jacquet⁷⁸.

⁷⁵ Schaerer, 1994, p. 40.

⁷⁶ Lhote, Cl. (1999), *Les mécanismes de défense au cours des maladies graves*. Laënnec, 1999, n° 5. –p.10-14

⁷⁷ Lhote, Cl., 1999, p.10.

⁷⁸ Ionescu, S., Jacquet M.-M., Lhote, Cl., *Les mécanismes de défense, théorie et clinique*, Nathan, 1997.

Martine Ruzniewski⁷⁹ expose les mécanismes de défenses mis en jeu par les malades devant l'angoisse de leur mort à venir. Il s'agit de la dénégation, la sublimation et la combativité, le déplacement et les rites obsessionnels. La dénégation consiste en ce que le malade refuse de reconnaître ce savoir qu'il possède malgré tout sur sa fin à venir afin de mettre à distance l'angoisse de cette menace de mort qui pèse sur lui.

La sublimation et la combativité permet au sujet de maintenir un « continuum de vie (en adaptant) son psychisme à la maladie ». Le déplacement consiste en un glissement et une fixation de la peur sur un autre objet suffisamment éloigné de l'idée de la maladie pour la rendre supportable. Enfin, les rites obsessionnels consistent en la recherche d'une compréhension et d'une maîtrise de la maladie par le malade.

Ladouceur⁸⁰ repère trois niveaux de réactions du patient recevant une mauvaise nouvelle : des réactions psychophysiologiques telles que l'agitation, une activité psychomotrice accrue, un effondrement avec retrait et mutisme ; des réactions cognitives, telles que le déni, le blâme, l'intellectualisation, l'incrédulité, l'acceptation ; et des réactions affectives, telles que la colère, la peur, l'anxiété, l'impuissance, le désespoir, la honte, la culpabilité, la délivrance.

Il faut noter qu'une large littérature expose le fonctionnement de nombre de mécanismes de défenses psychiques mais peu d'entre eux aborde ce qui se passe lorsque aucun mode défensif ne peut s'élaborer et que le sujet plonge inexorablement et violemment, soit dans une position de déjà-mort, où le sujet semble être anéanti, soit dans une décompensation psychotique où rien ne vient soutenir sur le plan signifiant l'irruption de cette mort promise par l'Autre.

⁷⁹ Ruzniewski, M. (1984), *Le dit et le non-dit en hématologie*. Gazette médicale, 1984, vol.91, n°26. –p. 19-21.

Ruzniewski, M. (1998), *Les mécanismes de défense du malade à l'approche de la mort*. ASP-Liaison, 05 / 1998. –p. 32-34

⁸⁰ Ladouceur, R. (2002), *L'annonce d'une mauvaise nouvelle en médecine*. Frontières, 2002, vol. 14, n° 2. –p. 66-69

B.5 Annonce et sidération psychique

J. Pillot⁸¹, psychologue, dans son article *La traversée du tunnel*, souligne l'état de sidération dans le quel se trouvent les patients qui viennent de s'entendre annoncer un diagnostic létal. Cette sidération psychique empêche le malade d'écouter le reste du discours du médecin, cela se présente comme s'il devenait sourd et insensible à tout ce qui se passe autour de lui ne laissant plus que la présence envahissante de cette annonce et de ce sentiment de mort imminente.

Suite à cette annonce, l'auteur remarque que finalement le malade informé peut occuper diverses positions : il peut entendre cette annonce et avancer avec ce diagnostic comme il peut choisir d'être dans la dénégation –autre conséquence qui trouble les médecins et qui les font parfois insister sur leur annonce afin de s'assurer que, enfin, leurs patients entendent bien les choses.

Or, et nous occupons cette même position, J. Pillot avertit de la nécessité de respecter cette dénégation, de ne pas chercher à la contourner ou à la forcer car il s'agit là d'un moyen défensif que le sujet utilise pour supporter l'envahissement d'angoisse inhérente à l'annonce du diagnostic.

Régis Aubry⁸² quant à lui, reconnaît que l'une des conséquences d'une telle annonce est la production d'une angoisse de mort qui vient annihiler toute forme d'espoir. Cependant, malgré le repérage de ce qu'il nomme « traumatisme de l'annonce », il s'interroge afin de déterminer s'il est absolument nécessaire d'éviter un tel traumatisme au malade, estimant, en s'appuyant sur le modèle Kübler-Ross, que ce dernier est en mesure de faire face.

Pour Martine Ruzniewski⁸³ « ... le savoir encombrant d'une réalité médicale objective, qui pour certains devrait être intégré par la personne malade, au nom du droit au savoir, peut provoquer l'inverse de ce qui est recherché, à savoir une mort psychique, qui viendrait précéder la mort physique. En effet, certains malades nous

⁸¹ Pillot, J. (1986), *La traversée du tunnel*. Bulletin JALMALV, n° 7, Décembre 1986. (Epuisé). –p. 32-34

⁸² Aubry, R. (2005).

⁸³ Ruzniewski, M., (2005), *Fin de vie et société : approche psychanalytique*, in Hirsch, E., (sous la direction de), Face aux fins de vie et à la mort. Etiques et pratiques professionnelles au cœur du débat, Espace éthique, Vuibert, p. 24-26.

laissent entrevoir, sans le formuler explicitement, le droit à l'ignorance, le droit à l'illusion, le droit de changer d'avis »⁸⁴

Or, tel que l'indique le texte de la loi, il faudrait que le malade soit en mesure d'exprimer clairement un refus de savoir qu'il ne peut en réalité exprimer que de manière implicite. Car refuser clairement un savoir, c'est déjà lui reconnaître une existence que le sujet, dans cette position, cherche avant tout à méconnaître.

Denis, Detoef, Duflos, Plu-Bureau et Thalabard⁸⁵, du service de gynécologie endocrinienne de l'Hôpital Necker, dans leur communication au cours du septième colloque de médecine et psychanalyse au sujet de la « violence de l'annonce, violence du dire », témoignent de ce moment de l'annonce de cancer faite à une femme comme d'un « véritable séisme, une formidable condensation et « bascule apparente du temps ». »⁸⁶.

Des patientes racontent ce moment comme un temps de sidération où il ne leur est plus possible de comprendre, de penser.

Arnold Munnich⁸⁷, Professeur à l'université René Descartes, généticien et praticien hospitalier, perçoit ce moment d'annonce comme une « rupture qui se produit à cet instant dans l'esprit du sujet (qui) efface brutalement tous ses repères et le laisse dans un vide effrayant. Le recours à la répétition compulsive, à l'agitation incessante ou à la fuite en avant apparaissent comme des tentatives de survivre, de maîtriser les situations, grâce à une activité psychique automatique minimum qui met momentanément à l'abri de la pensée »⁸⁸.

L'auteur témoigne également de ce phénomène particulier de décalage entre le discours émis par l'annonceur et celui reçu par le récepteur de l'annonce. Ainsi, même les paroles prononcées avec la plus grande délicatesse sont reçues comme violentes, assassines, voire volontairement blessantes par le récepteur de l'annonce.

Il semblerait que la manière de dire, de bien dire, en ne blessant pas, se heurte pourtant à une interprétation contraire et se voit revêtir les atours du monstrueux, de l'innommable, de l'inqualifiable par celui qui reçoit l'annonce. Le sujet a tendance à évacuer toute l'humanité

⁸⁴ Ruzniewski, M. 2005, p.24.

⁸⁵ Denis, Detoef, Duflos, Plu-Bureau, Thalabard (2005), *L'annonce d'un cancer à une femme*, dans le septième colloque de médecine et psychanalyse, violence de l'annonce, violence du dire, Etudes freudiennes, Paris, 2005, p.19-25.

⁸⁶ Denis, Detoef, Duflos, Plu-Bureau, Thalabard, 2005, p. 20.

⁸⁷ Munnich, A. (2005), « *Un cœur qui écoute* », dans Septième colloque de médecine et psychanalyse, Violence de l'annonce, violence du dire, Etudes freudiennes. –p. 75-86

⁸⁸ Munnich, A.2005, p. 77.

mise au service de cette annonce pour n'en retenir que l'horreur du message et la lui restituer lorsqu'il en témoigne. En portant une telle annonce, l'annonceur devient malveillant au regard du sujet et c'est ce dont il témoigne dans son récit de l'annonce, et ce malgré toutes les précautions prises pour en atténuer la violence. C'est ce dont témoigne l'exemple clinique de Mme H.

Mme H. est une femme de 60 ans, atteinte d'un Adénocarcinome ovarien de stade IV. Sa pathologie est très évoluée et échappe à toute thérapeutique possible.

C'est au cours d'une hospitalisation que Mme H. apprend la réalité de sa situation de santé par un interne. Elle prend le temps de me raconter cette rencontre dans les moindres détails :

- « L'interne entre, me regarde droit dans les yeux et « comme ça » me dit « vous avez un cancer ». Elle s'arrête et me regarde en silence, attendant ma réaction. Je lui demande alors ce que cela lui a fait :
- « Mon esprit s'est bloqué... et puis je lui ai répondu, mais ce n'était pas moi qui parlait, « vous n'avez pas fini vos études ? Il me répond « non », « Il vous reste combien d'année ? », « Deux ans », « Cela se voit, vous avez encore des choses à apprendre ! ». Et l'interne la quitte sur ces mots. Je lui demande alors ce qu'elle lui reproche :
- « Son manque de psychologie ».

Elle a trouvé l'annonce brutale, violente. Puis s'ensuit le récit d'autres rencontres médicales où chaque intervenant venait lui donner des informations concernant sa situation de santé dont elle ne voulait rien entendre. Elle me dit ne plus oser poser de questions de peur des réponses données qui ne sont pas celles qu'elle attend, sans préciser ce qu'elle attend d'eux comme réponse.

Arnold Munnich repère bien toute l'ambivalence de la position du sujet à l'égard du savoir, ou les choses se partagent entre l'intolérable de ne pas savoir qui finit par précipiter le sujet dans une certitude mortifère et cette volonté farouche de rester dans l'ignorance ou la méconnaissance.

La méconnaissance devient confortable en ce qu'elle autorise l'espoir. L'espoir de ne pas être pointé par cette menace de mort, l'espoir de pouvoir continuer à vivre « comme si » nous étions immortels, c'est en effet ce que mettent en jeu certains malades que l'on voit installés dans le déni, disent les médecins, dans la dénégation, corrigent les psychanalystes. L'incertitude, même si elle prend les formes de l'intolérable pour certains, reste une position confortable pour d'autres.

La position des sujets à cet égard n'est pas uniforme et pose la question de l'uniformité du droit de savoir, ou plutôt devrait-on dire de l'obligation d'information, pour ceux qui trouveraient intolérable cette certitude désespérante. Ainsi en témoigne le professeur Munnich :

Je m'en veux encore d'avoir si mal perçu la véritable attente de la mère d'Arthur, un adorable petit garçon porteur d'un retard des acquisitions intellectuelles, qu'elle m'avait prié d'explorer dans l'espoir, pensais-je, d'en trouver l'origine. Après beaucoup d'efforts, nous avons enfin trouvé la cause de ses problèmes (...). Quand, sûr de l'apaiser, j'ai annoncé à cette jeune mère notre laborieuse trouvaille, j'ai vu son visage réservé se décomposer. Prenant alors la mesure de l'ambivalence de sa demande et du mal que je venais de lui faire, j'ai découvert soudain que, dans une sorte de déni de la réalité, cette mère avait sollicité toutes ces explorations dans le secret espoir de leur négativité (...)⁸⁹.

B.6 Les problèmes éthiques soulevés par l'annonce

Emmanuel Hirsch⁹⁰, dans son article intitulé *Au-delà de l'annonce*, part du principe que « *la transparence (de l'information) n'est aucunement garante de la qualité humaine de la relation (médecin-malade)* »⁹¹, énonçant cela, il fait référence aux annonces de pronostic létal. Il prend ce faisant une position décalée par rapport aux médecins qui prônent la nécessité d'informer pour garantir une relation thérapeutique de qualité.

⁸⁹ Munnich, A. 2005, p. 81.

⁹⁰ Hirsch, E. (2002), *Au-delà de l'annonce*. Revue JALMALV, 2002, n° 70. –p. 11-17

⁹¹ Hirsch, E. 2002, p. 11.

L'auteur interroge ce nécessaire de l'information lorsqu'il touche au pronostic, en quoi en effet l'annonce de la mort à venir prendrait-elle une valeur morale d'un impératif dès lors qu'elle entraîne ce bouleversement psychique que l'on connaît ?

Hirsch pointe alors ce dilemme éthique entre devoir de tenir le patient informé de ce qui touche à son intime et qui relève du respect de sa dignité d'homme et de son autonomie, d'une part, et le devoir de ne pas brutaliser le patient par une information qui fait violence, d'autre part.

En effet « comment mettre en commun avec une personne, voire avec ses proches, un savoir qui porte un tel excès de signification qu'il en devient insupportable, voire inhumain ? »⁹². Ainsi le problème demeure éthique et Emmanuel Hirsch l'énonce en ces termes :

Bien souvent, face à la personne atteinte d'une maladie qui la menace à brève échéance dans sa vie, la disputation éthique semble limitée, réduite et comme falsifiée par un recours idéologique aux seules conditions de l'annonce⁹³ d'une vérité qui, dans tant de circonstances, accule la personne à cette prononciation insupportable de sa mort annoncée. Dernière dette morale, à l'égard de la personne, que constituerait ce droit, voire ce devoir de vérité, qui pour autant ne parviendra jamais à être sa vérité. Réciproquement, ultime dette de la personne qui se devrait de pouvoir assumer semblable révélation. A tant d'égard insurmontable, elle ne peut que lui échapper et la meurtrir.⁹⁴

Cette annonce se réalise au nom d'une idéologie éthique paradoxale qui veut voir ses médecins s'acquitter d'une dette morale meurtrissante pour le patient et voir le patient assumer dignement une révélation qui ne peut que l'anéantir, dans le premier temps de la sidération, et occasionner des conséquences psychiques parfois pathologiques, dans un second temps. Aussi la position d'Emmanuel Hirsch est-elle sans équivoque à ce propos lorsqu'il rajoute :

Il m'arrive même de concevoir, dans certaines circonstances, en quoi la vérité inassumable – pour reprendre une formule du philosophe Emmanuel Lévinas -, assénée sans autre forme à la personne qui s'éprouve intimement menacée, s'avère perversion, falsification et mensonge radical : meurtre de la personne dans sa faculté d'exister. L'homme n'est pas en mesure de survivre à ce que serait le seul verdict d'une vérité de mort. Il convient même de le reconnaître et de le respecter dans sa faculté de

⁹² Hirsch, E. 2002, p. 12.

⁹³ En italique dans le texte.

⁹⁴ Hirsch, E. 2002, p.13.

*s'y refuser, de s'en protéger. Respecter la vérité de l'homme, c'est lui permettre de la vivre selon son attente.*⁹⁵

En ce sens, l'auteur enjoint le corps médical à la prudence concernant la question de l'annonce notamment et essentiellement lorsqu'elle touche la question du pronostic létal.

B.7 Interprétation médicale des défenses psychiques

Hoerni et Bénézech⁹⁶ devant l'expression d'un mode défensif du malade qui se manifeste en des dérobades face à la possibilité de s'informer de manière active en interrogeant le médecin, en ne prenant pas les perches qui lui sont tendues par ce dernier, pensent avoir affaire à une timidité ou une maladresse du patient, ou encore au fait que celui-ci ne réalise pas toutes les questions qui se posent quant à l'avenir, l'enjeu vital, etc.

C'est se fourvoyer dans la croyance en une pseudo-naïveté du malade quant à la réalité de ce qui se passe en lui et des conséquences possibles au niveau vital.

Il s'avère, lorsqu'un sujet ne profite pas des occasions que lui tend le médecin pour s'informer plus amplement sur la définition du diagnostic ou sur l'étendu du pronostic, que l'on a alors affaire à quelqu'un qui souhaite rester dans une méconnaissance de cette réalité trop lourde à porter psychiquement.

Hoerni et Bénézech situent les difficultés rencontrées lors de l'annonce de l'information du malade au niveau du malade lui-même, en tant que « *certaines difficultés tiennent à des déficiences préalables*⁹⁷ : *défaut de compréhension, personnalité faible et infantilisée par l'entourage, refus habituel de regarder la réalité en face (négation ou déni), inaptitude à s'adapter à des situations nouvelles.* »⁹⁸. Ainsi, dès lors que des difficultés persistent, malgré tout l'art déployé pour être dans une « bonne »

⁹⁵ Hirsch, E. 2002, p.13.

⁹⁶ Hoerni, B., Bénézech, M.(1993).

⁹⁷ Souligné dans le texte.

⁹⁸ Hoerni, B. et Bénézech, M. 1993, p.97.

communication, à savoir celle qui ne peut faire souffrir, cela ne peut découler que d'un défaut chez le malade, d'une déficience.

Les auteurs ont donc tendance à placer la volonté de ne pas savoir manifestée au travers de phénomènes de déni au rang d'une déficience du malade.

Hoerni et Saury⁹⁹ repèrent bien le caractère traumatisant de l'information faite au malade concernant un pronostic réservé ou fatal. Ils estiment que ce traumatisme repéré est longtemps demeuré un frein à l'exercice de l'annonce d'un pronostic létal. Mais selon les auteurs des analyses récentes auraient montrées qu'il est possible d'atténuer le traumatisme de l'annonce, par une manière adéquate de le faire et que ce traumatisme est surmontable par le malade.

B.8 Les effets ontologiques du savoir

Roland Gori aborde en ces termes les effets que peuvent avoir sur le sujet un savoir qu'il n'est pas en mesure d'accueillir et qui dès lors présente une certaine iatrogénie¹⁰⁰.

Dans son article *Le nourrisson savant dans les logiques du consentement* que l'on retrouve dans l'ouvrage collectif *Le consentement : droit nouveau du patient ou imposture ?*, édité sous la direction de Jean-Paul Caverni et Roland Gori en 2005, l'auteur affirme la nécessité d'accorder ce droit au savoir et d'en passer par le consentement dans la prise en charge médicale.

Cependant, il s'agit en effet de s'interroger sur les effets que ce savoir peut avoir sur le sujet lorsque celui-ci n'est pas en mesure de recevoir cette information. A ne pas se préoccuper de cette question, la médecine « s'exposerait alors à devenir traumatique et à redoubler ainsi le terrorisme de la souffrance par une souffrance du terrorisme de l'information et de la transparence »¹⁰¹.

Roland Gori précise que l'effet iatrogène de cette parole énoncée sur l'état du patient est un dire qui excède le dit, au sens où cela engage bien plus que le simple énoncé d'une situation médicale, car cela touche à ce qui peut venir faire vérité pour le sujet.

⁹⁹ Hoerni, B., Saury, R. (1998), *Le consentement, Information, autonomie et décision en médecine*, Masson, Paris, 1998.

¹⁰⁰ Keller, P.-H. (2005).

¹⁰¹ Gori, R., (2005) *Le nourrisson savant dans la logique du consentement*, dans *Le consentement, droit nouveau du patient ou imposture ?* (sous la direction de Caverni et Gori), p.187-209. p.195.

L'énoncé informatif prend valeur de message pour le sujet, et peut venir entrer en résonance avec la position qu'il occupe au regard de son désir.

En ce sens « *le discours du médecin et le discours du soignant ne se limitent pas à la transmission d'une information cognitive exacte ou erronée mais s'inscrit sur les multiples portées d'une partition qui font révélation subjective et ontologique* »¹⁰².

¹⁰² Gori, R., (2005) pp.196-197.

C Thèses médicales : les difficultés repérées dans le cadre de l'annonce sont inhérentes à la manière de faire l'annonce.

Dès la promulgation de la loi de mars 2002 soutenant l'obligation d'information édictée dans l'article 35 du code de déontologie médical révisé en 1995, les médecins ne semblent plus s'interroger sur la pertinence d'informer ou de ne pas informer leurs patients et ce au dépens de la notion du respect de la volonté de méconnaissance du sujet.

Plus que de porter cette question qui n'est pas simplement une question d'ordre pratique mais éthique, ils finissent par faire glisser leurs interrogations¹⁰³ vers une manière de faire l'annonce qui évacuerait les difficultés inhérentes à toute annonce de pronostic létal.

Hoerni¹⁰⁴ parle d'une information appropriée à la gravité de la maladie au sens où on n'annonce pas une angine de la même manière que l'on annonce un cancer. Patenaude et Lorenzo¹⁰⁵ parlent d'une « éthique de la communication ».

Il s'agit de poser le cadre d'une communication possible de mauvaises nouvelles sans entrer dans une certaine forme de violence. Selon les auteurs, sans cette éthique de la communication, « *le dire s'expose à rester lettre morte, dialogue de sourds entre le médecin et son patient (...)* »¹⁰⁶. Il s'agit alors par là de réussir à faire entendre au patient la réalité de sa situation létale. L'objet de cette éthique de la communication serait de viser « *avant tout le maintien de l'identité personnelle du patient malgré le caractère tragique de sa finitude* »¹⁰⁷.

Nous verrons plus loin qu'une telle information sur sa propre finitude ne peut que menacer l'identité du sujet et plutôt que d'un maintien de l'identité du sujet, nous assistons à un remaniement de celle-ci.

¹⁰³ Hubault Ph. (2002).

¹⁰⁴ Hoerni, B. (2000).

¹⁰⁵ Patenaude, J., Lorenzo, C., (2002).

¹⁰⁶ Patenaude et Lorenzo, 2002, p. 60.

¹⁰⁷ Patenaude et Lorenzo, 2002, p. 60.

Les auteurs, Forest et Rapin¹⁰⁸ dont nous avons déjà exposé la conception de la préservation de l'autonomie du patient et l'idée qu'ils se font de la manifestation d'une souffrance chez le malade lors de l'annonce de son diagnostic, abordent la question du confort du patient au moment de leur information en énonçant qu'il s'agit de « *traiter de l'importante question du confort du patient non plus tellement aux stades de savoir si on va dire et qu'est-ce qu'on va dire, mais surtout au stade de savoir comment on va dire, comment sera effectivement partagée et diffusée toute l'information pour chaque malade pris individuellement.* »¹⁰⁹.

Il apparaît qu'il ne s'agit plus en effet de s'interroger sur la pertinence de dire ou non une information qui porte en elle un germe de violence, mais de trouver la manière adéquate et propre à chacun de leur asséner celle-ci.

Catherine Perrotin¹¹⁰, philosophe, s'inscrit dans cette même idée de moduler la parole afin de limiter les effets néfastes de l'annonce. « *A défaut de pouvoir subordonner la prise de parole à la certitude de pouvoir en maîtriser tous les effets, l'annonceur prend une responsabilité ici et maintenant en disant d'une part ce qu'il sait, d'autre part les limites de ce qu'il ne sait pas. Il lui revient de chercher comment annoncer cette nouvelle pour qu'elle ne soit pas dévastatrice...* »¹¹¹

Selon Hoerni et Bénézech, « *au risque de surprendre, nous affirmons que la manière de donner l'information compte plus que sa nature. (...) l'apport d'information doit tenir compte des grandes règles antérieurement précisées : il s'agit d'avoir en vue d'abord les intérêts de la personne malade, de respecter son autonomie et sa dignité, de la manière la plus authentique* »¹¹².

L'idée soutenue par les auteurs serait donc de tenir la forme que peut prendre l'annonce comme pouvant générer des difficultés et non pas son contenu. Autrement dit, ce serait la manière de dire les choses qui serait plus traumatique que le message véhiculé par l'annonce.

Tout l'art de l'annonce serait d'amener la personne malade à s'acheminer vers une fin de vie « paisible ». Les auteurs rajoutent que « *Le soignant ne devrait pas se lasser de répéter, comme un bon enseignant, à différents malades mais aussi aux mêmes qui ne comprennent pas ou ne retiennent pas du*

¹⁰⁸ Forest M-I., Rapin, C-H. (2002).

¹⁰⁹ Forest et Rapin, (2002), p. 72.

¹¹⁰ Perrotin, C. (2006), *Du paradoxe de la parole d'annonce*, in 8^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse, sous la direction de Danièle Brun, Etudes freudiennes, Paris, 2006. p. 87-91.

¹¹¹ Perrotin, 2006, p. 91.

¹¹² Hoerni, B. et Bénézech, 1993, p. 77.

premier coup : il faut redire les mêmes choses, de la même façon ou d'une autre manière, l'intervention de plusieurs informateurs ajoutant à la cohérence, à la force de conviction, à la persuasion. »¹¹³

C.1 Progressivité de l'information

Hoefelman¹¹⁴ élabore une stratégie d'information du malade. Il s'agit toujours d'informer le patient de manière progressive et au moment où il le désire. Et celui qui doit se charger de l'information est nécessairement le médecin qu'il soit spécialiste ou généraliste.

Martine Ruzniewski¹¹⁵ propose de considérer la question de l'information du malade, non pas sur le double versant du tout dire ou du ne rien dire mais en l'abordant sous le concept de la nuance.

C'est-à-dire d'approcher la question du diagnostic et du pronostic en procédant à une révélation graduelle. *« Le médecin, loin d'asséner la vérité abrupte et globale, utilise le temps nécessaire pour distiller les informations relatives à la santé de son malade et lui permettre de les intégrer progressivement. Sans jamais précéder le patient, le médecin va au contraire accompagner le cheminement de ses interrogations. Les réponses tout en restant dans le registre de la vérité, s'ajustent aux questions du patient qui évolueront au rythme de sa propre angoisse »¹¹⁶.*

Selon l'auteur, il s'agit là d'une méthode propre, non pas à éviter l'angoisse, puisque la maladie grave et le sentiment de vie menacée ne peut que la générer, mais éviter que le sujet ne se laisse happer dans une mort psychique précédant la mort physique.

C'est en ce sens que l'auteur dit que l'acharnement psychologique est préjudiciable, au sens où si cette dimension n'est pas respectée, à savoir si on assène une vérité à un sujet qui réclame la méconnaissance ou si on la refuse, voire qu'on la déguise dans un mensonge auprès d'un sujet en quête de savoir, on peut voir surgir des phénomènes de morts psychiques dramatiques ou toutes autres manifestations psychopathologiques.

¹¹³ Hoerni, B. et Bénézech, 1993, p. 81.

¹¹⁴ Hoefelman, S. (1988).

¹¹⁵ Ruzniewski, M. (2004), *Faut-il dire la vérité au malade ?*, Revue des maladies respiratoires, 2004 ; 21 : 19-22.

¹¹⁶ Ruzniewski, M. 2004, p. 20-21.

C.2 Annonce et espoir

Tout l'art de l'annonce d'un diagnostic ou d'un pronostic consiste à informer le patient de son état de santé tout en laissant « la porte ouverte à l'espoir », Hoeffelman donne un exemple de la manière de faire pour en arriver à ce « maintien » de l'espoir au moment de l'annonce de l'inéluctable mort : « Par exemple : « Les personnes qui ont un cancer du type du vôtre et de développement similaire vivent en général de tant à tant d'années » ou « ont un pronostic de 5 ans d'autant ». Le choix du qualificatif « similaire » permet au malade de connaître sa vérité, en évitant toute prédiction et en laissant la possibilité à la réaction « Mais moi, je ferai autrement ... ! »¹¹⁷.

C.3 Répétition de l'information

Hoeffelman note que dans l'annonce de diagnostic ou de pronostic il apparaît un phénomène, somme toute assez courant, et qu'il nomme « surdité sélective ».

Il s'agit de ces moments où le patient ayant été informé de manière complète de la nature de son affection, de ses conséquences et des traitements possibles, semblent avoir bien compris sur le moment et malgré tout reposent des questions pour lesquelles il a déjà obtenu des réponses.

Pour l'auteur, il s'agit d'un « mécanisme psychologique de protection » permettant d'intégrer progressivement des nouvelles pénibles. Et l'attitude à adopter dans ces circonstances est la répétition de l'information déjà donnée jusqu'à ce qu'elle soit pleinement entendue.

Dans ce contexte nous pouvons nous trouver devant deux cas de figure. Ou bien le sujet est dans une phase de sidération qui l'empêche effectivement de recevoir l'information dans son intégralité et dans l'après-coup de l'annonce sera éventuellement disponible et en demande pour entendre l'ensemble des informations le concernant, auquel cas il s'agit bien évidemment de répondre à son attente.

Ou bien, nous avons affaire à un sujet qui se positionne dans la méconnaissance et fuira toute tentative de confirmation ou de réitération de l'information auquel cas, il ne sera pas lui-

¹¹⁷ Hoeffelman, S. (1988), p. 61.

même en état de demander des compléments d'informations et vivra comme une violence le fait de lui répéter ce qu'il ne veut surtout pas entendre.

C.4 Techniques de communication

Dans son article *L'annonce de mauvaises nouvelles, un défi de communication*, A. Franks¹¹⁸ reconnaît une grande difficulté dans le fait d'annoncer et de recevoir l'annonce d'un diagnostic.

Elle propose une stratégie de communication qui permettrait de réduire les risques de plainte et de mécontentement chez ceux qui reçoivent ce qu'elle appelle une « mauvaise nouvelle » quelque soit la nature de cette mauvaise nouvelle : l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, ou de pronostic.

Elle situe la difficulté des médecins dans l'acte de l'annonce au niveau de leur formation universitaire qui ne laisse pas ou peu de place à la communication. Elle préconise donc la nécessité d'inclure cette formation à la communication afin que les annonces de diagnostic et de pronostic se passent dans de meilleures conditions, à savoir qu'elles laissent la place à la possibilité de la prise en charge médicale.

C'est là en effet un souci fréquent chez les médecins préoccupés par la thérapeutique que de sauvegarder la compliance des patients aux traitements prescrits, qu'ils soient à visée curative ou palliative.

Selon certains auteurs¹¹⁹ « *L'annonce de ce diagnostic (d'une maladie à risque léthal) relève d'un art qui ne s'improvise pas. Elle fait du médecin un « porteur de mauvaise nouvelle » et de la manière dont il la communique vont dépendre la qualité de la prise en charge du patient, sa compliance aux traitements, sa relation –comme celle de sa famille – au monde médical* »¹²⁰.

¹¹⁸ Franks, A.(1997), *L'annonce des mauvaises nouvelles, un défi de communication*. , 1997, vol. 4, n° 2. –p. 61-65

¹¹⁹ Landry-Dattée, N., Théodore, Ch., Vélardo, D., (2005), *La relation équipe soignante / familles en fin de vie*, in Hirsch, E., (sous la direction de), *Face aux fins de vie et à la mort. Etiques et pratiques professionnelles au cœur du débat*, (2005) Espace éthique, Vuibert. P. 103-107.

¹²⁰ Landry-Dattée, Théodore, Vélardo, 2005, p. 103.

Ici encore l'annonce bien faite est celle qui sert la relation patient médecin, l'annonce peut bien se faire à condition d'en connaître l'art et la manière.

Les auteurs constatent l'écart qui existe entre ce que le médecin énonce et ce que le patient et la famille entendent. Pour pallier à ce « malentendu » ils conseillent de répéter l'information autant que nécessaire.

Cependant, ils notent la difficulté que cela représente *pour le médecin* d'avoir à répéter les mauvaises nouvelles.

Selon Ladouceur¹²¹ l'annonce de mauvaises nouvelles se doit d'être soutenue par une certaine habileté à la communication qui ne peut qu'être enseignée. Au Québec, il existe en ce sens des collèges de médecins qui forment les médecins de famille à l'exercice de l'annonce de mauvaises nouvelles.

L'essentiel de la démarche proposée par l'auteur est de savoir prendre le temps nécessaire à cette annonce, mesurer le niveau du désir de savoir manifesté ou non par le patient, doser l'information en fonction des réactions du patient et maintenir l'espoir vivant.

On voit bien là cette ambivalence dans le fait de l'annonce où l'auteur préconise la nécessité de la faire mais craint en même temps une conséquence incontournable quand la menace de mort se fait sentir : l'anéantissement de l'espoir.

Ce maintien de l'espoir est un point sur lequel butte de manière récurrente les médecins quand ils sont mis en demeure de faire une annonce de pronostic létal.

C.5 La communication triangulaire

En 2005, Aubry¹²² tente de remédier à aux effets néfastes de l'annonce en proposant un modèle possible de communication.

L'objectif selon lui est de communiquer avec le malade, pourrait-on dire « coûte que coûte ». Au point que devant une personne qui se montre fermée à tout échange concernant son état, il

¹²¹ Ladouceur, R. (2002).

¹²² Aubry, R. (2005).

proposera « d'utiliser une communication dite triangulaire en s'adressant à une tierce personne pour atteindre en réalité la personne fermée. (Il précise qu') on utilise souvent cette technique en soins palliatifs où l'angoisse qui étreint les patients les ferme à une écoute directe et les ouvre à une écoute indirecte »¹²³.

Il conseille là de mettre en place une forme de forçage du désir du sujet à ne pas entendre ce qui touche son état, sans s'interroger sur ce qui fait le fond de cette angoisse du sujet, notamment lorsqu'il se trouve en soins palliatifs.

C.6 Difficultés de l'annonce inhérentes au médecin lui-même

Cette thèse de ménager une qualité de l'annonce afin d'atténuer l'effet dévastateur que celle-ci peut avoir sur les patients est parfois, d'une manière étonnante, partagée par certains psychologues travaillant dans les Unités de Soins Palliatifs¹²⁴.

La tentation semble grande de croire, comme le soutient E. Kübler-Ross, que toute personne qui reçoit une annonce à caractère létal est en mesure de faire face à cette effraction de son psychisme, de régler ses derniers désirs et d'accepter la mort promise.

Hervier conseille au médecin de « faire un travail sur soi » afin de régler les souffrances qu'elle suppose chez lui pour lui permettre de faire des annonces non brutalisantes pour les malades. Ainsi, cet auteur suppose que la difficulté rencontrée dans le cadre de l'annonce est inhérente à l'équilibre psychique de l'annonceur et que plus celui-ci aura su faire son deuil de son histoire passée, plus l'annonce qu'il fera sera de qualité, autrement dit moins traumatisante pour le malade qui recevra cette annonce.

Il est surprenant de constater que la question du choc de l'annonce renvoie les acteurs de soins à penser ses causes comme inhérentes soit à la manière de faire l'annonce, soit aux compétences psychiques de l'annonceur.

Mais aucune étude médicale ne vient pointer les possibilités ou impossibilités d'intégration psychique de la réalité de mort par le sujet malade lui-même.

¹²³ Aubry, R. (2005), p. 129.

¹²⁴ Hervier, S. (1998), *Quelle annonce pour un mauvais diagnostic ?* Laënnec, 1998, n° 1. –p. 13-16

C.7 Annonce adaptée aux attentes du patient

Schaerer¹²⁵ dans son article sur le contenu objectif de la vérité, après avoir noté les difficultés inhérentes à l'acte d'annonce, réfléchit et propose une manière de faire qui pourrait atténuer la douleur morale faite aux malades.

Ainsi, selon le cancérologue, l'annonce peut être faite par n'importe qui et pas forcément le médecin à condition que le porteur du message respecte deux conditions : la première, qu'il se donne les moyens de le faire de manière acceptable, c'est-à-dire qu'il prenne le temps nécessaire pour cela et qu'il ait un certain savoir-faire que l'auteur ne décrit pas.

La seconde condition est qu'il doit assumer les conséquences d'une telle annonce, c'est-à-dire poursuivre le dialogue, instaurer et assumer le lien intime qui se sera alors tissé entre l'annonceur et le patient.

L'auteur s'interroge ensuite sur ce qui doit être dit : à savoir ce que désire le patient tout en sachant respecter les positions défensives qu'il pourra ériger dans le cadre de cette annonce ; autrement dit tout en sachant ne pas insister si une résistance apparaît. Puis il s'intéresse à la manière de dire les choses, c'est-à-dire de s'y prendre progressivement, même s'il a remarqué par ailleurs que cela ne pouvait faire l'économie du choc ressenti par le malade lorsqu'il comprend que sa vie est réellement menacée.

S. Cattan¹²⁶ dans une étude publiée dans la revue *Ethique et Santé* interroge le ressenti des malades lors de l'annonce de leur diagnostic de cancer. L'objectif de cette étude est d'améliorer les conditions d'annonce de diagnostic de maladie grave.

L'idée qui soutend cette étude est d'amener les praticiens médicaux, notamment les cancérologues, à prendre en compte l'insuffisance de leur formation dans la gestion des relations médecin malade et d'entreprendre des formations professionnelles propre à leur permettre d'affronter cette épreuve majeure qu'est l'annonce d'un diagnostic de maladie potentiellement mortelle. L'auteur s'appuie sur le témoignage de patients afin de recueillir leur vécu de l'annonce de leur maladie.

¹²⁵ Schaerer, R. (1986).

¹²⁶ Cattan, St. (2004), *Entendre l'annonce du cancer : le vécu des patients restitué aux praticiens*. *Ethique et santé*, 2004, vol. 1, n°3. -p. 116-119

Ainsi, l'auteur pointe ce qu'il appelle quatre déterminants de la qualité relationnelle : la connaissance réciproque du couple praticien-patient, la prise en compte des proches, le respect du désir d'information et les modalités de l'annonce.

De ces quatre déterminants, l'auteur n'en développe que deux : la qualité de la relation praticien-patient et le désir d'information. Au sujet de la qualité de la relation, les patients qui ont participé à cette étude précisent qu'ils auraient préféré recevoir cette annonce d'un médecin qu'ils « connaissent », c'est-à-dire avec lesquels ils ont déjà tissé des liens de confiance, avec lesquels ils sont déjà entrés dans le jeu de la relation.

Le fait que l'annonceur leur était étranger semble être une difficulté pour eux. Concernant la question du désir d'information. L'auteur propose une position médiane entre le tout-dire et le ne-rien-dire, c'est-à-dire de s'adapter et d'adapter le discours porteur d'information aux attentes du patient.

C.8 Temporalité dans l'annonce

Mueller¹²⁷ estime que les réactions du patient à l'annonce de son diagnostic peuvent être amoindries si le patient est averti suffisamment tôt de son diagnostic : *« On pourrait ainsi dire qu'un patient prévenu tôt dans sa maladie, qui a une bonne relation avec son médecin, qui mène une vie psychologique et sociale normale, sera capable d'intégrer le diagnostic et les nouvelles perspectives de sa vie »*¹²⁸. L'idée selon l'auteur, est que *« Le patient doit mentalement changer l'idée de personne en bonne santé qu'il a de lui-même et réaliser qu'il est atteint de maladie grave, potentiellement mortelle. Ce cheminement sera facilité par une bonne stratégie de communication. »*¹²⁹

Ainsi, le médecin pense avoir la possibilité d'une action apaisante sur, non seulement l'atteinte psychique inhérente à l'annonce elle-même mais également sur les répercussions psychiques de la menace de mort propre ; et que cela dépend d'une stratégie de communication.

Cela vient également pointer la culpabilité sous-jacente chez le médecin qui annonce, le sentiment que c'est lui qui est responsable des effets produits par cette annonce, et qu'il peut y avoir un moyen d'agir afin de réduire ces différents effets.

¹²⁷ Mueller E. (1994).

¹²⁸ Mueller, 1994, p. 32.

¹²⁹ Mueller, 1994, p. 32.

A la suite de quoi l'auteur propose une stratégie de communication qui porterait ces effets apaisants. Celle-ci comporte plusieurs points : la création d'un plan de gestion de la communication afin de gérer sa propre anxiété et d'être à l'écoute des réactions émotionnelles du patient ; donner au patient le contrôle de la quantité et de la vitesse des informations qu'il reçoit ; permettre au patient d'intégrer l'information dans le temps ; donner, avec de mauvaises nouvelles, de bonnes nouvelles, ou au moins de l'espoir ; ne jamais mentir.

Cette notion d'espoir se définit selon l'auteur non pas du côté d'un espoir de guérison, de survie mais au niveau d'un espoir « *d'offrir au patient cette relativisation de l'information. (...) l'espoir d'explorer avec le patient le sens de sa vie et de sa maladie. (...) l'espoir aussi de fixer avec le patient des buts réalistes et adaptés au stade de sa maladie. (...) c'est l'espoir pour le patient de pouvoir vivre des moments significatifs au jour le jour.* »¹³⁰

D'autres encore préconisent de réaliser l'annonce en deux temps, le premier entretien servant à nommer la maladie, le second servant à expliquer cette maladie et les options thérapeutiques envisageables¹³¹, « *L'entretien [visant] à savoir tout en n'ayant plus peur* »¹³².

C.9 L'apprentissage de la mort chez les jeunes enfants

Selon E. Kübler-Ross¹³³, il faudrait apprendre aux enfants, dès leur plus jeune âge, que la mort fait partie de la vie afin qu'ils acceptent l'idée de leur propre mort, ainsi, au moment de l'approche de leur mort, ils ne passeraient pas par toutes les étapes qu'elle a décrite et arriveraient dès l'annonce de leur pronostic à l'acceptation sereine de leur mort à venir.

Kübler-Ross fait un amalgame entre la mort de l'autre et la propre mort en énonçant que « *si l'on n'est pas capable d'envisager sa propre mort, il est concevable qu'on ne puisse accepter la mort des malades. Chaque fois que vous osez vous impliquer vraiment avec vos patients et parvenir à l'acceptation, vous ferez un pas de plus dans l'acceptation de votre propre finitude. (A propos d'une situation clinique, elle*

¹³⁰ Mueller, 1994, p. 35.

¹³¹ Denis, Detoef, Duflos, Plu-Bureau, Thalabard, (2005).

¹³² Denis, Detoef, Duflos, Plu-Bureau, Thalabard, (2005), p. 24.

¹³³ Kübler-Ross, E. (1981).

rajoute) Cette mère ne pouvait pas encore accepter la mort de son enfant, mais elle a pu accepter la mort de Kenny, et cela l'aidera à envisager que son petit garçon puisse mourir. »¹³⁴.

Elle met sur le même plan la mort de l'autre et la propre mort alors que Freud¹³⁵ fait une distinction essentielle entre ces deux événements qui ne comportent pas les mêmes conséquences sur le plan psychique.

C.10 *Modèle de Robert Buckman*

Outre le modèle présenté par Elisabeth Kübler-Ross, *S'asseoir pour parler* de Robert Buckman¹³⁶ reste pour les soignants une référence dans cette modalité de communication qu'ils cherchent à mettre en place dans l'annonce de ce qu'ils appellent une mauvaise nouvelle : l'annonce de la mort à venir.

Buckman, en écrivant ce livre cherche à combler une lacune dans le domaine médical, celui de l'art de communiquer de mauvaises nouvelles à un patient. Il argumente la nécessité d'informer les patients de leur diagnostic ou pronostic car il estime que les conséquences de ces annonces ne sont pas si redoutables « *les cas de désespoirs et de suicides étant rares* »¹³⁷.

Il soutient donc son propos en insistant sur le fait qu'il existe un pourcentage élevé de personnes voulant obtenir des informations sur leur état de santé.

Selon Buckman, est définie comme mauvaise, toute nouvelle qui vient modifier radicalement et négativement l'idée que le patient se fait de son avenir, « *Selon cette définition, moins celui-ci se doute de la gravité de sa condition et plus la nouvelle lui paraîtra mauvaise ; c'est l'écart entre les attentes de l'individu, y compris ses projets d'avenir, et la réalité médicale qui détermine la force de l'impression reçue.* »¹³⁸. Autrement dit, selon cette définition, plus le patient se doutera que la maladie est mortelle, moins il trouvera cette annonce mauvaise.

¹³⁴ Kübler-Ross, (1981), p. 64.

¹³⁵ Freud, S. (1915), *Considérations actuelles sur la guerre et la mort*, in *Essai de psychanalyse*, Paris Payot.

¹³⁶ Buckman, R. (1992), *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Guide du professionnel de santé*, Paris, Masson, 2001.

¹³⁷ Buckman, 1992, p. 8.

¹³⁸ Buckman, 1992, p. 13.

C'est ce qui explique ce souci prégnant de connaître le savoir du patient concernant son état de santé avec l'idée que plus il se sera forgé une connaissance implicite de son état, moins il souffrira de l'annonce qui lui sera faite.

L'auteur remet en cause le modèle en cinq étapes de Kübler-Ross pour en proposer un autre à trois étapes :

La première étape étant la reconnaissance de la menace. Buckman estime que ce que Kübler-Ross désigne comme des étapes, à savoir, la colère, le déni, le marchandage résultent davantage de la personnalité du patient que de mécanismes ou processus psychologiques universels.

Ainsi nous dit-il, « *le coléreux se met en colère, le « négateur » dénie la réalité, etc.* »¹³⁹

La deuxième étape, concerne l'expérience de la maladie : les premières réactions du patient se laissent résoudre, il y a une diminution de l'intensité des émotions et une dépression s'installe. Buckman y voit la coexistence pacifique du patient et de la perspective de sa mort et selon lui, tous les patients ne sont pas en mesure de passer par cette étape.

La dernière étape étant l'acceptation. Buckman, reprend à ce niveau l'étape définie par Kübler-Ross.

Dans son ouvrage, l'auteur énonce différents conseils afin de favoriser le contexte de l'entretien.

Il y aborde des éléments qui vont naturellement de soi mais qui ne semblent pas être si évidentes que cela pour les acteurs médicaux, tels que prendre le temps d'écouter le sujet sans interrompre à tout bout de champ son discours. S'asseoir pour échanger avec lui est un conseil qui fait révolution dans le domaine médical et est très souvent repris par les auteurs traitant d'une bonne manière de faire l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

Buckman propose donc un protocole d'annonce en six étapes :

¹³⁹ Buckman, 1992, p. 31.

Première étape : préliminaires

Il s'agit de savoir choisir le contexte et le lieu les mieux adaptés, notamment en prenant le temps de faire une annonce de vive voix. Malgré tout, l'auteur précise que même si ce n'est pas là l'idéal, cette annonce peut également se faire par téléphone moyennant quelques aménagements.

Deuxième étape : cerner ce que sait déjà le patient

Il s'agit pour le médecin de se faire une idée de ce que sait déjà le patient au sujet de sa maladie, en particulier de sa gravité et de mesurer l'impact que cette maladie a sur l'avenir du patient. L'auteur mesure bien à ce niveau la possibilité pour le patient de nier avoir obtenu des informations sur sa maladie et conseille de respecter ce déni. L'idée est donc de ne pas s'y opposer en démontrant au patient que le médecin sait qu'il a été informé mais de faire comme si le patient n'en savait rien et de cerner ce que le patient veut savoir.

Troisième étape : cerner ce que veut savoir le patient

Il s'agit pour le médecin de savoir s'il transmet trop d'information ou trop peu. La possibilité de ne pas en transmettre du tout est forclosée de ce questionnement. Le médecin doit poser clairement la question de ce que veut savoir le patient, mais certains étudiants en médecine ont réagi en se demandant si ce n'est pas là déjà une manière d'informer de la gravité des choses et passer outre la demande du sujet de rester dans l'ignorance.

Buckman objecte que cette question s'appuie sur une analyse erronée de la fonction de dénégation.

Selon lui il ne s'agit pas de savoir si le patient veut ou ne veut pas obtenir l'information mais à quel niveau il désire être informé car l'auteur estime que le patient obtient implicitement des informations sur son état, par les dérèglements de son corps, par la série des examens pratiqués, par les bribes de conversations qu'il peut saisir et le concernant, etc.

Buckman propose de respecter toute position de dénégation occupée par les patients et de ne pas forcer ce mode défensif en les informant malgré tout de leur situation. Il expose dans le

cadre de son argumentation des situations de déni et la manière de mener l'entretien en fonction de la manifestation d'un tel désir de rester dans l'ignorance.

Quatrième étape : communication d'information

Cette communication d'information doit se faire selon l'auteur en respectant la position du patient au sujet des informations qu'il souhaite entendre. S'il manifeste un déni, l'auteur propose de ne l'informer que des thérapeutiques envisagées et de leurs conséquences.

Cinquième étape : réponses aux sentiments du patient.

Buckman répertorie les réactions du patient qui reçoit une mauvaise nouvelle en deux catégories : les réactions d'adaptation d'une part et les réactions d'inadaptation d'autre part. Les réactions d'adaptation sont définies comme des moyens d'intégrer des informations qui menacent d'accabler le patient.

Les réactions d'inadaptation sont des réactions similaires qui persistent dans le temps et qui, selon l'auteur, risquent d'empêcher le patient de prendre des décisions rationnelles. Ainsi l'auteur présente des pleurs comme relevant de réactions d'adaptation mais que des crises de larmes répétées d'entretien en entretien sont considérées comme des réactions d'inadaptation.

Il produit ainsi une liste des ces différentes réactions :

Réaction d'adaptation : humour, déni, colère diffuse, colère contre la maladie, pleurs, peur, réalisation d'une ambition, espoir réaliste, désir sexuel, marchandage.

Réaction d'inadaptation : culpabilité, déni pathologique, rage prolongée, colère contre des individus, crises de larmes violentes, angoisse, quête impossible, espoir chimérique, désespoir, manipulation.

C'est à partir du moment où la réaction devient source d'ennui –mais pour qui, cela l'auteur ne le précise pas-, que la réaction devient inadaptée.

Sixième étape : Propositions et suivi

Il s'agit pour l'acteur médical de proposer une perspective clinique et d'indiquer au patient son engagement à ses cotés.

D Conclusion

L'ensemble de l'analyse de la position médicale au regard de la question de l'annonce montre qu'il en existe deux champs qui ont pour particularité de ne pas se recouvrir. Il s'agit de l'annonce du diagnostic et l'annonce du pronostic.

La question de l'information donnée au malade dans le cadre de la prise en charge médicale qui s'est présentée au préalable comme une dilemme éthique entre annonce ou non annonce, entre position paternaliste et respect de l'autonomie du patient, s'est portée en premier lieu et essentiellement sur le versant diagnostic.

La revendication de l'annonce du diagnostic comme devant se faire nécessairement se trouve justifiée, aux yeux des acteurs médicaux, d'une nécessité de prise en charge thérapeutique de cette maladie ou rien ne peut se faire sans le consentement du malade.

Mais la question se pose en d'autres termes dès lors que l'on touche au versant du pronostic. Qu'est-ce qui peut venir justifier une annonce de mort prochaine ? Certainement pas une thérapeutique puisque la prise en charge médicale se réalise sur l'idée de l'évitement de l'acharnement thérapeutique et où les gestes techniques se cantonnent dans la contention de la douleur et les tentatives de résorption des signes cliniques insupportables dû à l'évolution de la maladie.

Ce n'est donc pas au nom de la pratique médicale que cette annonce préoccupe les acteurs médicaux, mais en termes éthiques.

On dit au malade qu'il va mourir pour respecter sa dignité et son autonomie.

On dit au malade qu'il va mourir au nom d'une idéologie illusoire qui consiste à croire que le malade saura accepter sa mort à venir et accomplir les désirs qu'il n'aura su réaliser de son « vivant » ou plutôt du temps où la question de sa mort se faisait silencieuse.

Mais sur l'un ou l'autre de ces versants concernant l'annonce médicale les conséquences sur le plan psychique ne sont pas équivalentes.

Pour autant dans le cadre de l'annonce de diagnostic nous pouvons voir les sujets mettre à l'œuvre des processus psychiques propres à élaborer le roman de leur maladie, c'est-à-dire propre à donner du sens à cet événement réel qui vient faire effraction dans leur psychisme.

Pour autant, dans le cadre de l'annonce du pronostic, c'est la mort dans toute sa violence que l'on fait apparaître sur la scène psychique.

Au-delà de la nécessité d'informer qui caractérise la position médicale et légale, les acteurs de soins repèrent bien les effets délétères d'une telle annonce pronostic et tentent de contourner ces conséquences sans les résoudre par l'élaboration d'un « manuel du bien faire l'annonce ». Cependant, la clinique au quotidien révèle que ce souci du bien faire l'annonce n'est pas suffisante pour éviter les effets d'annonce.

En témoignent les paroles des patients qui décrivent majoritairement l'annonceur comme un être froid et insensible, alors que ces derniers sont connus pour leur chaleur et leur souci du bien-être de leurs patients.

Persiste alors, ce que l'on peut appeler une *vraie* question. A savoir une question qui ne possède pas encore sa réponse : Quelle est la portée réelle de cette annonce pour autrui ?

Jean Paul Caverni, dans le septième colloque de médecine et psychanalyse, portant sur la violence de l'annonce et la violence du dire (2005), s'interroge en effet sur les possibilités d'anticipation et de gestion des effets d'annonce de diagnostics de maladies potentiellement létales et de pronostics létaux sur les sujets qui en sont concernés. Il s'agit là d'une question véritablement ouverte qui présente un domaine de recherche pour lequel les psychanalystes ont pleinement leur mot à dire.

De même, au cours du 8^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse, Catherine Perrotin¹⁴⁰ aborde la question des effets de l'annonce en ces termes : « *Le paradoxe de la parole d'annonce se manifeste dans le devoir de parler plutôt que se taire tout en réalisant l'impossibilité qu'il y a à maîtriser par avance tous les effets de cette annonce. Dans le temps où nous nous préparons à dire, nous sommes requis de faire l'effort d'anticiper rationnellement les conséquences probables de ce dire (et éventuellement d'en différer momentanément la mise en œuvre) mais, quand nous disons, nous ne savons pas – et nous ne pouvons pas savoir – quelle sera la portée réelle, complète de cette annonce pour autrui.* »¹⁴¹.

¹⁴⁰ Perrotin, C. (2006).

¹⁴¹ Perrotin, 2006, p. 89-90.

Ainsi d'autres auteurs font ce constat que « *La littérature concerne plutôt l'impact traumatique et l'effet de sidération sur le coup de la révélation. Il n'y a pas d'études sur le devenir de ce traumatisme à long terme, sur ce qu'il advient après, à distance, bien plus tard : comment se transforme-t-il, à supposer qu'il se transforme ?* »¹⁴².

C'est donc la situation de Mme L., présentée en préambule, ainsi que l'élaboration de mes interrogations sous la forme d'une véritable question, par définition restée sans réponse, qui m'ont entraînés dans ce travail de thèse où la tâche que je me donne est de tenter de répondre à cette question devenue pour moi essentielle : Quels sont les incidences subjectives d'une annonce de pronostic létal chez le sujet qui la reçoit ?

Au fond, contrairement à ce qu'avancent les lois du 4 mars 2002 et du 22 avril 2005, informer d'une manière claire et loyale le patient sur la fin de sa vie ne vient pas préserver systématiquement sa dignité au profit d'une qualité de fin de vie mais se solde, dans la majorité des cas, par un « inconfort » psychologique grave se caractérisant par des phénomènes psychiques difficilement gérables par les équipes et les familles.

Aussi, après avoir montré l'ambiguïté de la position médicale et légale face à la question de la « transparence de l'information » en fin de vie, -où il est notable que la prudence qui semble être avancée quant à l'acceptation du refus de toute personne d'accéder au savoir sur sa condition mortelle, est vite recouverte par « l'obligation d'information », la nécessité de recevoir le « consentement éclairé » du patient, qui pose dès lors la question du respect de son refus de savoir-, il s'agit de mettre au travail cette question en mettant en valeur les implications et conséquences psychopathologiques d'une annonce de mort.

A savoir que les capacités du patient à entendre l'annonce de la fin de sa vie, ne dépend pas d'un art affirmé de dire les choses, de la part des acteurs de santé, mais de la position subjective de la personne elle-même, de la capacité qu'elle a de pouvoir soutenir, sur le plan de sa subjectivité, l'effraction produite par le surgissement du réel de sa condition mortelle sur sa scène psychique.

L'enjeu de cette thèse est de faire valoir les risques psychologiques inhérents à toute position unifiante quant à l'obligation d'information, et que le respect de la dignité de la personne en

¹⁴² Gargiulo, M., Dürr, A., Frischmann, M., *Devenirs de l'annonce dans les maladies génétiques*, dans *Huitième colloque de médecine et psychanalyse, Devenirs de l'annonce, par delà le bien et le mal*, Etudes freudiennes, 2006. -p. 209-214. p. 209.

fin de vie se mesure aussi à l'aulne du respect de ses possibilités psychiques de faire face au réel de sa mort.

Ainsi, les retombées attendues sont une révision, sur le plan clinique, des attitudes médicales face à la question de l'annonce qui doit nécessairement se faire dans le respect du positionnement psychique du patient, où il s'agit d'amener les acteurs de soins à s'adapter aux possibilités de l'autre et non de lui imposer une idéologie médicale pouvant faire violence.

Il s'agira également d'apporter un cadre conceptuel analytique permettant d'éclairer la clinique propre à la mort annoncée et de reconnaître au sujet sa liberté de positionnement au regard de sa finitude.

L'annonce d'un pronostic létal et ses effets sur le sujet font émerger un certain nombre de questions qui deviendront la trame de cette recherche. Le premier questionnement touche à la dimension du savoir.

Ce savoir que médecins et juristes hissent au statut d'un droit qu'ils accordent aux patients concernant leur propre mort pose véritablement question.

« Le patient a le droit de se constituer un savoir sur sa propre mort » c'est là ce qui fonde la loi du 4 mars 2002.

Mais peut-on parler de savoir quand celui-ci touche à la propre mort ? L'information sur l'état de santé défaillant donnée par le médecin peut-elle produire un savoir sur la propre mort ? Sommes-nous en mesure de nous constituer un savoir sur notre propre mort ?

La psychanalyse sur ce point peut apporter une réponse qui vient à l'encontre de l'attente médicale car, si la mort se situe au fondement du symbolique, elle est également hors du symbolique, et dès lors, aucun savoir ne peut se constituer sur la propre mort qui ne soit un savoir Autre, ne touchant pas à la mort, mais au désir lui-même.

Le second questionnement portera sur les incidences subjectives de ce savoir Autre qui obligera le sujet à occuper une position d'être spécifique, dont tentera de s'en dégager le moi par des stratégies imaginaires pouvant, pour certains, amener les sujets à occuper une position propre à la méconnaissance, qui touche non pas à la mort mais au désir, et pour d'autres, laisser croire en une acceptation pleine et entière de la propre mort ; alors même qu'il n'est,

encore une fois, question que de désir. A y « échouer » le moi laissera le sujet dénudé face à une position d'être qu'il aura ou non à assumer ; et là au regard de la mort elle-même.

Deuxième partie

L'annonce d'un pronostic létal : ses incidences subjectives

_ Premier chapitre _

Peut-on parler d'un traumatisme de l'annonce ?

Il s'agit donc de mesurer les incidences subjectives de l'annonce d'un pronostic létal, tant du côté du repérage phénoménologique, dans le cadre d'une clinique des soins palliatifs, que du côté d'une articulation théorique autorisant un éclairage conceptuel des phénomènes cliniques rencontrés.

Annoncer au patient un diagnostic, voire un pronostic létal aura pour conséquence immédiate, comme le souligne la littérature médicale¹⁴³, de produire un effet de sidération chez celui-ci.

Les médecins témoignent de ce moment particulier où le patient, au moment précis où il a compris que sa vie était en jeu, devient sourd à tout ce que lui dit son interlocuteur. Il n'entend plus, ne parle pas, le temps lui-même semble s'arrêter : le patient est seul, perdu dans ce saisissement sidérant. Ce phénomène a été repéré et intégré par les médecins dans leur protocole d'annonce. C'est ainsi qu'ils conseillent de procéder par étape en fonction des capacités de « compréhension » du patient en soulignant l'importance de faire reformuler l'information possédée par celui-ci afin de compléter les lacunes de son « savoir ».

De leur côté, et dans l'après-coup de l'annonce, les patients témoignent de ce moment de sidération en employant des signifiants ayant traits au choc : ébranlement de l'édifice psychique laissant le sujet hors d'atteinte, et du discours de l'autre, et de son propre discours : hors d'atteinte de la dimension symbolique. Cela ne revient que dans un après-coup, et même alors, il ne peut en dire grand-chose, si ce n'est « ça a été un choc ! ». La prise de parole sur ce moment particulier ne se fait pas spontanément, il faut aller jusqu'à interroger le sujet pour qu'il en parle, mais toujours sans s'y attarder.

Comment peut-on définir ce moment de sidération psychique qui saisit le sujet dans ce premier temps de l'énonciation de sa propre mort à venir?

Au fond, qu'est-ce que l'annonce d'un diagnostic létal, si ce n'est, par le biais de la parole, ouvrir le sujet à cette part du réel qui le concerne lui, directement, intimement ? Sa propre mort annoncée, malgré les précautions prises pour la dire, ouvre une brèche sur le réel ; et le symbolique, dans ce premier instant du dire, fait défaut au sujet pour qu'il en fasse quoi que ce soit : sidération.

¹⁴³ Confère Première partie.

Cette conséquence de l'annonce, dans le moment de son énonciation, semble commun à l'ensemble des sujets, quelle que soit la structure psychique. Le sujet bien installé dans les mailles symboliques et imaginaires de son quotidien, en prise avec sa symptomatologie psychique inconsciente, protégé par ce sentiment imaginaire d'immortalité ; voit tout à coup surgir de manière affirmée, confirmée, la perspective réelle de sa propre mort, le précipitant dans cette effroyable sidération de l'être.

Nous parlons de sidération comme ce qui peut être une forme d'arrêt des processus psychiques sur le contenu de l'annonce, mais qu'est-ce qui s'y joue au regard du sujet ? Peut-on parler de traumatisme ? Et qu'en est-il de l'affect ressenti au cours de l'annonce ? Est-ce de l'angoisse ou toute autre chose ?

A Annonce du pronostic létal : angoisse ou effroi ?

Au fond, que réalise l'annonce du pronostic létal si ce n'est l'actualisation d'un danger de mort auquel le sujet *n'est pas* préparé.

Il peut être surprenant de dire que l'on peut ne pas être préparé à la survenue de notre propre mort alors même que nous possédons ce « savoir » sur notre essence mortelle, que nous avons « conscience » que nous sommes des êtres promis à la mort.

C'est un savoir intellectualisé mais y croyons-nous vraiment ?

Tout, dans notre manière d'organiser nos vies, démontre le contraire : tous ces projets faits à plus ou moins long termes font l'impasse sur la possibilité de notre mort.

Nous vivons, pour la plupart d'entre nous, comme si nous étions immortels, forme de dénégarion collective qui autorise notre projection dans l'avenir.

Et pour certains, la mort surgit. Non pas qu'elle ne fasse pas partie du réel de notre condition mortelle, mais elle *se dévoile*, inévitable. Le voile du sentiment d'immortalité se déchire et laisse apparaître dans tout le drame de la destinée du vivant sa perspective funeste.

L'annonce médicale du pronostic létal produit ce dévoilement de la mort devenue certitude incontournable.

Tout se joue comme si l'annonce elle-même faisait exister la mort, lui faisait prendre corps sur la scène psychique, menace saisissant dans l'intime de l'être même.

« Heureusement que j'étais dans mon lit lorsqu'il m'a dit ça ! » s'exclamait Mme Lev. Alors qu'elle me racontait les circonstances de l'annonce de sa maladie, « Je serais tombée sinon ». Forme de témoignage de cette expérience de chute du sujet dans cette perspective mortelle. Je lui demande ce que cela lui a fait : « C'était horrible, très angoissant, ... j'ai su tout de suite que j'allais mourir ».

L'annonce diagnostique dévoile la perspective de la mort comme affirmée et incontournable. L'affect alors ressentie est désigné du côté de l'angoisse.

Cependant, peut-on véritablement parler d'angoisse dans ces circonstances ? L'affect ressenti ne se rapprocherait-il pas davantage de l'effroi ?

A.1 L'angoisse

A.1.1 1895 : la névrose d'angoisse

L'affect de l'angoisse a été, pour Freud, l'objet d'une théorisation dont le premier énoncé date de 1895 au travers de deux articles : *Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « Névrose d'angoisse »*¹⁴⁴ et *Sur la critique de la névrose d'angoisse*¹⁴⁵.

Dans ces deux articles, Freud cherche à distinguer la névrose d'angoisse de l'ensemble du tableau symptomatique des Neurasthénies. Il argumente la nécessaire construction de ce complexe symptomatique par le lien existant entre les symptômes le constituant et l'affect d'angoisse.

Ces symptômes sont l'« *excitabilité générale* » dont l'une des expressions est « *l'hyperesthésie auditive* » qui s'explique par la relation existante entre les impressions auditives et « *l'effroi* »¹⁴⁶. « L'attente anxieuse » caractérisée par le sentiment qu'un drame va se produire ou s'est déjà produit constitue un autre de ces symptômes. Il s'agit d'un sentiment en rapport avec la survenue de la mort¹⁴⁷.

Freud y voit la présence d'un « *quantum d'angoisse librement flottant*¹⁴⁸, qui, pendant l'attente, domine le choix des représentations et est chaque fois près à se lier avec n'importe quel contenu représentatif qui convienne »¹⁴⁹.

Il est à noter que ce contenu représentatif touche à la mort de l'autre comme le met en évidence les différents exemples qu'il en donne : de cette femme qui pense à la possible mort

¹⁴⁴ Freud, S. (1895), *Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « Névrose d'angoisse »*, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF.

¹⁴⁵ Freud, S. (1895), *Sur la critique de la névrose d'angoisse*, in *Œuvres complètes*, III, Paris, PUF.

¹⁴⁶ Freud, S. (1895), *Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « Névrose d'angoisse »*, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, p. 17.

¹⁴⁷ Freud, S. (1895), *Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « Névrose d'angoisse »*, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, p.17 ;

¹⁴⁸ En italique dans le texte.

¹⁴⁹ Freud, S. (1895), *Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « Névrose d'angoisse »*, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, p. 18.

de son époux dès qu'il s'enrhume ; à la défenestration de ses enfants à la vue de personnes stationnant debout devant sa porte ; ou encore à l'annonce d'un deuil dès qu'elle entend sonner chez elle.¹⁵⁰ A contrario l'angoisse peut ne pas être « éveillée par le cours des représentations »¹⁵¹.

Ce que Freud désigne sous les termes d' « accès d'angoisse » qui génère des manifestations corporelles telles que les troubles de la respiration, des accès de sudation, de tremblements, etc. Il y ajoute « le réveil nocturne dans l'effroi ».

Angoisse et effroi semblent se partager la place dans la réflexion de Freud au sujet de la névrose d'angoisse, alors même que ces deux affects ne présentent pas les mêmes caractéristiques, ni dans leurs conditions d'émergence, ni dans l'intensité affective avec laquelle elles se manifestent.

Ce n'est qu'en 1920¹⁵² que Freud produira une distinction dans les acceptions de ces différents affects.

L'originalité de la conception freudienne de la névrose d'angoisse tient en ce qu'il pose l'étiologie de cette dernière dans un certain usage détourné de la vie sexuelle.

Ainsi la non satisfaction dans l'acte sexuel est un motif nécessaire et suffisant pour générer une névrose d'angoisse. Freud précise alors que « l'angoisse¹⁵³ qui est à la base des manifestations de la névrose n'admet aucune dérivation d'origine psychique. Celle-ci existerait par exemple si on trouvait comme fondement de la névrose d'angoisse un effroi justifié, unique ou répété, qui depuis lors fournirait la source de la propension à l'angoisse. Eh bien, ce n'est pas le cas ; un effroi unique peut bien provoquer une hystérie ou une névrose traumatique, mais jamais une névrose d'angoisse »¹⁵⁴ qui trouve l'origine de sa genèse dans l'insatisfaction sexuelle.

¹⁵⁰ Freud, S. (1895), *Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « Névrose d'angoisse »*, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, p. 17.

¹⁵¹ Freud, S. (1895), *Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « Névrose d'angoisse »*, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, p. 18.

¹⁵² Freud, S. (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot (1981).

¹⁵³ En italique dans le texte.

¹⁵⁴ Freud, S. (1895), *Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « Névrose d'angoisse »*, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, p. 31.

Ainsi Freud distingue deux organisations symptomatiques différentes, la névrose d'angoisse d'une part et la névrose traumatique, ainsi que l'hystérie, d'autre part.

La névrose d'angoisse se fonde sur l'insatisfaction sexuelle. La particularité de l'affect d'angoisse qui s'y produit et origine les symptômes est de n'admettre « aucune dérivation psychique ». L'affect ressenti correspond alors à une accumulation d'excitation d'origine somatique de nature sexuelle accompagnée d'une diminution de la participation psychique aux processus sexuels.

C'est ainsi que Freud est amené à supposer que « *le mécanisme de la névrose d'angoisse est à rechercher dans la dérivation de l'excitation sexuelle somatique à distance du psychisme et dans une utilisation anormale de cette excitation, qui en est la conséquence.* »¹⁵⁵.

C'est-à-dire que, dans le cours normal, l'excitation sexuelle, dès qu'elle atteint un certain niveau dans son augmentation ou accumulation, se manifestera comme excitation psychique. A partir de ce moment, elle devient libido, « *alors, le groupe des représentations sexuelles présent dans la psyché se trouve approvisionné en énergie, et il se produit l'état psychique de tension libidinale, accompagnée de la poussée tendant à supprimer cette tension* »¹⁵⁶ par l'action du principe du plaisir.

Dans la névrose d'angoisse, devant l'absence de décharge de l'excitation sexuelle somatique par les voies normales, l'excitation sexuelle s'accumule et se trouve dérivée sur d'autres voies « *où s'offre une meilleure possibilité de décharge* »¹⁵⁷ que celles du psychisme.

Il n'y a donc pas d'élaboration psychique de l'excitation sexuelle somatique, c'est en ce sens que l'on peut comprendre qu'il n'y a « aucune dérivation d'origine psychique » dans la constitution de cette dernière. On verra alors la libido décliner et l'excitation sexuelle somatique se décharger sous forme d'angoisse.

La seconde organisation symptomatique que Freud distingue de la névrose d'angoisse correspond à l'hystérie et à la névrose traumatique. L'affect qui s'y trouve en cause n'est pas dénommé par le signifiant *angoisse* mais par celui de *l'effroi*.

¹⁵⁵ Freud, S. (1895), *Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « Névrose d'angoisse »*, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, p. 31.

¹⁵⁶ Freud, S. (1895), *Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « Névrose d'angoisse »*, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, p. 32.

¹⁵⁷ Freud, S. (1895), *Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « Névrose d'angoisse »*, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, p. 33.

C'est d'avoir fait l'épreuve de l'effroi que se constituerait une propension, après-coup, à l'angoisse.

Ce qui distingue ces deux organisations symptomatiques touche au lieu duquel provient la source de l'affect.

Dans le cas de l'hystérie et de la névrose traumatique, l'effroi prend sa source d'un événement extérieur au psychisme alors que la névrose d'angoisse est le résultat de l'incapacité à régler l'excitation somatique sexuelle endogène.

Ce serait donc une réaction face à un danger interne. Freud précise alors que la psyché agit avec l'excitation endogène comme s'il s'agissait d'une excitation exogène, en produisant de l'angoisse.

Hormis le fait que face à l'excitation exogène unique, cette production est passagère, tandis que face à l'excitation endogène constante, l'angoisse sera chronique et débouchera sur une névrose d'angoisse.

A.1.2 1916 : angoisse névrotique et angoisse réelle

Alors qu'en 1895, Freud ouvre un champ symptomatique propre à l'angoisse au sein des Neurasthénies, en 1916, dans son *Introduction à la psychanalyse*¹⁵⁸, il posera une distinction entre « angoisse de réel » et « angoisse névrotique » au sein de la production de l'affect d'angoisse, en fonction de ce qui origine la production de l'affect, que ce soit de manière interne au psychisme ou provenant d'un événement externe à celui-ci.

¹⁵⁸ Freud, S. (1916), *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.

ANGOISSE DE REEL

L'angoisse de réel est entendue par Freud comme une manifestation de la pulsion de conservation en tant qu'elle est associée à l'acte de la fuite devant la perception d'un danger extérieur ; ce danger ayant la particularité d'être quelque chose d'attendu, de prévue¹⁵⁹, donc quelque chose qui se trouve anticipé.

ANGOISSE ET SAVOIR

La production d'angoisse, nous dit Freud, dépend de notre savoir et de notre sentiment de puissance face au monde extérieur. « *Parfois, c'est le fait de trop savoir qui est cause de l'angoisse, parce qu'on prévoit alors le danger de très bonne heure* »¹⁶⁰ s'ensuit l'exemple du navigateur qui s'effrayera bien avant le voyageur à la vue d'un nuage possédant certaines particularités lui annonçant la venue d'un cyclone alors que le voyageur ignorant ne remarquera rien de plus qu'un ciel voilé.

Ce qui nous amène à réfléchir les conséquences de l'annonce de diagnostic létal explicitement donné au malade qui se trouve en possession d'un savoir anticipant le danger de mort et le plongeant dans l'angoisse, mais quels sont pour lui ses possibilités de défenses, quelle fuite se propose à lui pour s'extraire du danger de sa propre mort anticipée ?

¹⁵⁹ Freud, S. (1916), Ibid. p. 478.

¹⁶⁰ Freud, S. (1916), Ibid. p. 479.

LE DEGRE D'INTENSITE DE L'ANGOISSE

Face au danger externe perçu, le sujet se trouve dans un état d'angoisse qui est un état d'attente et de préparation au danger où se trouvent exaltées l'attention sensorielle et la tension motrice. « Plus le développement de l'angoisse est restreint, plus celle-ci n'apparaît que comme un appendice, un signal, et plus le processus qui consiste dans la transformation de l'état de préparation anxieuse en action, s'accomplit rapidement et rationnellement. »¹⁶¹. Le but poursuivi étant la fuite devant le danger.

C'est en ce sens que Freud estime que « l'angoisse réelle nous apparaît comme quelque chose de très rationnel et compréhensible »¹⁶².

Jugement qu'il contestera rapidement dans le cours de sa réflexion, au sens où « lorsque l'angoisse devient trop intense, elle constitue un obstacle qui paralyse l'action et même la fuite »¹⁶³.

C'est-à-dire que, franchissant un certain degré d'intensité, l'angoisse s'opposerait à la réalisation du but qui lui est propre : la fuite face au danger qui menace.

Il s'introduit donc l'idée selon laquelle il existerait une intensité variable de l'affect d'angoisse qui, alors qu'elle est à un faible niveau, favoriserait l'action de la fuite face au danger, et lorsqu'elle se trouve à un niveau élevé, produirait au contraire une forme de paralysie qui empêche toute possibilité de fuite.

Cependant, Freud, en 1916, n'est pas encore en mesure de rendre compte de ce qui fonde une telle distinction dans la production de l'angoisse de réel sur ces deux versants de l'évitement du danger ou de la paralysie.

Ce n'est qu'en 1925, dans la construction de son second modèle que Freud affine cette caractéristique de l'angoisse.

Le degré d'intensité de l'affect dépend de ce qu'il se produit dans le moment de la survenue du danger ou dans un mouvement d'anticipation de celui-ci.

¹⁶¹ Freud, S. (1916), Ibid. p. 480.

¹⁶² Freud, S. (1916), Ibid. p. 478.

¹⁶³ Freud, S. (1916), Ibid. p. 479.

L'angoisse est qualifiée d'« appropriée à une fin » lorsque « *la situation de danger est reconnue comme s'approchant et est signalée par l'éruption d'angoisse* »¹⁶⁴.

Elle se trouve « inappropriée à une fin » « *quand l'individu tombe dans une situation de danger nouvelle* »¹⁶⁵.

L'angoisse est appropriée dans l'anticipation de la situation de danger et non pas lorsque le sujet se trouve pris directement dans la situation dangereuse sans avoir pu l'anticiper par quelques signes annonciateurs.

REFLEXION SUR LA DISTINCTION ANGOISSE-FRAYEUR

Face au danger extérieur, nous pouvons être la proie de trois sortes d'affects distincts : l'angoisse que nous venons de situer, mais aussi la peur et la terreur.

Angoisse et peur sont définis dans le rapport qu'ils entretiennent au regard de l'objet, l'angoisse étant un état qui fait abstraction de l'objet, qui semble sans objet, ce que contredira Lacan, et la peur, au contraire se concentrant sur l'objet.

Le mot terreur quant à lui prend une définition spécifique dans un rapport à l'angoisse au sens où il « *désigne l'action d'un danger auquel on n'était pas préparé par un état d'angoisse préalable* »¹⁶⁶, ce qui rejoint la définition qu'il en donne en 1920, sous le terme de frayeur. C'est l'absence de préparation au danger par l'angoisse qui conduit le sujet à éprouver ce sentiment de terreur devant la survenue soudaine du danger.

De fait le danger non anticipé précipiterait le sentiment de terreur ou de frayeur, alors que s'il est anticipé, c'est l'affect d'angoisse qui apparaîtrait. L'angoisse se dévoile alors comme cet affect qui, du fait de sa présence, empêcherait la survenue de la terreur ou de la frayeur.

¹⁶⁴ Freud, S., (1925), Inhibition, symptôme et angoisse, Paris, PUF, p. 48.

¹⁶⁵ Freud, S., (1925), Ibid. p. 48.

¹⁶⁶ Freud, S. (1916), *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, p. 480.

Cette question de l'anticipation du danger semble problématique. En effet, pour être anticipé, le danger extérieur doit faire l'objet d'un savoir, c'est-à-dire d'un repérage de ce qui, dans le monde extérieur, peut venir faire une menace vitale.

Or qu'est-ce qu'un danger si ce n'est cette part du réel qui vient faire menace ? Quelle anticipation pouvons-nous avoir de cette menace réelle si ce n'est par des signes avant-coureurs ? Mais quelles connaissances pouvons-nous avoir de ces signes avant-coureurs si nous ne nous sommes jamais heurtés une première fois, de manière *originnaire* à ce réel menaçant ?

Au fond ce que j'interroge là, c'est la nécessité, pour que l'angoisse soit anticipation d'un danger, qu'il y ait eu une première rencontre non préparée au danger, c'est-à-dire une première expérience de frayeur. Autrement dit, c'est la frayeur, dans cette rencontre originnaire au danger, qui serait préalable à une forme de savoir autorisant l'anticipation du danger signalé par l'affect de l'angoisse. Avant l'angoisse, il y a donc la frayeur.

L'ANGOISSE DES NERVEUX

A l'angoisse de réel, Freud oppose donc l'angoisse des nerveux qui peut se manifester selon différentes formes, allant de la névrose d'angoisse à la phobie en passant par les accès d'angoisse.

Alors que l'angoisse de réel est entendue comme une réaction du moi, face à un danger extérieur perçu par ce dernier, afin de provoquer la fuite –posant par là que l'affect d'angoisse est produit par le moi comme signal¹⁶⁷ de fuite face au danger qui se profile, l'angoisse névrotique est entendue, elle, comme une angoisse devant un danger de pulsion inconnu du moi car prenant racine dans le ça. Dans l'angoisse névrotique le moi cherche à fuir les exigences de la libido¹⁶⁸ en procédant par le refoulement de la motion pulsionnelle qui lui est liée.

¹⁶⁷ Freud, S. (1916), Ibid.

¹⁶⁸ Freud, S. (1916), Ibid.

Ce faisant, nous voyons dans cette deuxième construction de Freud concernant la production d'angoisse névrotique, une modification de sa première conception qui excluait toute dérivation psychique de l'excitation sexuelle non satisfaite, alors qu'ici celle-ci est libidinalisée, l'angoisse névrotique survenant de ce que « *la libido, qui ne trouve pas de dérivation satisfaisante, présente un certain degré d'intensité et n'a pas été pour la plus grande partie supprimée par la sublimation* »¹⁶⁹.

Dans ce cas, « *l'excitation libidineuse disparaît, pour céder la place à l'angoisse* »¹⁷⁰.

Ce qui indique l'emprise des processus psychiques sur l'excitation sexuelle somatique dont la satisfaction est refusée par les voies normales.

ANGOISSE INFANTILE : DE NATURE REELLE OU NEVROTIQUE ?

Freud s'interroge alors sur la nature de l'angoisse ressentie par les enfants. Sa première position sera de situer cet affect du côté de l'angoisse de réel conditionnée par la faiblesse et l'état d'ignorance des enfants qui par là même s'angoissent face à des situations, des objets ou des personnes inconnus.

En ce sens, Freud soutiendra dans un premier temps de sa réflexion que « *l'enfant n'éprouve de l'angoisse devant les personnes étrangères qu'à cause des mauvaises intentions qu'il leur attribue et parce qu'il compare sa faiblesse avec leur force, dans laquelle il voit un danger pour son existence, sa sécurité, son euphorie* »¹⁷¹.

En d'autres termes, la première approche de Freud sera de considérer cette angoisse sur son versant réel par la comparaison de la force de l'enfant face à celui de l'adulte inconnu de lui. Ce serait le constat de sa vulnérabilité qui ouvrirait le champ de la menace vitale à son encontre au sens où il serait sans défenses face à la malveillance supposée de l'autre.

¹⁶⁹ Freud, S. (1916), Ibid. p. 489.

¹⁷⁰ Freud, S. (1916), Ibid. p. 488.

¹⁷¹ Freud, S. (1916), Ibid. p. 495.

Cependant, une question persiste : qu'est-ce qui autorise l'enfant à supposer que l'autre ne peut qu'avoir de mauvaises intentions à son égard ? Qu'est-ce qui éveille l'angoisse de l'enfant à l'approche de l'adulte inconnu, si ce n'est ce qu'il peut interpréter de la nature de ses intentions, ne pourrait-on dire désirs ? Qu'est-ce qui conduit l'enfant à interpréter le désir de l'adulte étranger dans le sens de la malveillance ?

Freud abandonnera rapidement cette piste de réflexion en la qualifiant de « *construction théorique peu heureuse* »¹⁷² - qui nous semble au contraire présenter un intérêt indéniable- et orientera sa pensée sur le versant de l'angoisse névrotique.

La situation dans laquelle se trouve l'enfant à la vue d'une personne qui lui est étrangère, au lieu de voir celle qui lui est familière, provoquera « *une déception et une tristesse qui se transforment en angoisse ; il s'agit donc d'une libido devenue inutilisable et qui, ne pouvait pas alors être maintenue en suspension, trouve sa dérivation dans l'angoisse* »¹⁷³.

En d'autres termes, l'enfant est déçu de ne pas voir la personne aimée –sa mère en l'occurrence-, objet investi de sa libido. L'énergie libidinale qui se trouve entravée dans sa décharge par une personne inconnue de lui venant en lieu et place de sa mère, se verrait alors transformée en angoisse.

Mais alors, s'agit-il d'une angoisse ressentie devant la personne étrangère ou une angoisse ressentie devant l'absence de la mère ? En quoi l'absence de la mère pourrait-elle induire le sentiment d'une malveillance de la part de la personne étrangère et dirigée contre l'enfant ?

Cette transformation de libido inemployée en angoisse se motiverait de la séparation d'avec la figure maternelle et se réaliserait par le biais du refoulement qui « *correspond à une tentative de fuite du moi devant la libido éprouvée comme un danger* »¹⁷⁴.

C'est ainsi que Freud est amené à faire ce constat que l'angoisse de réel est peu prononcée chez l'enfant qui ignore le danger réel pouvant menacer sa vie et s'expose à des situations à risque, telles que courir au bord de l'eau, jouer sur l'appui d'une fenêtre ouverte, etc.

¹⁷² Freud, S. (1916), Ibid. p. 495.

¹⁷³ Freud, S. (1916), Ibid.

¹⁷⁴ Freud, S. (1916), Ibid. p. 499.

Freud précise alors que l'angoisse de réel n'apparaît que par le biais de l'éducation, c'est-à-dire que c'est en apprenant à l'enfant ce qui est dangereux et menace sa vie qu'il aura alors tendance à manifester une angoisse de réel devant les situations ainsi désignées.¹⁷⁵ Ce qui soutient l'idée freudienne de l'angoisse dépendant du savoir que l'on se construit sur la nature du dangereux.

Cependant, nous pensons que, bien loin d'être de l'ordre du savoir, c'est ce qui se retient de l'expérience qui « instruit » sur le menaçant.

QUELQUES RESULTATS

L'angoisse est donc cet affect abordé par Freud sur deux versants qu'il distingue radicalement, d'une part le versant réel et d'autre part le versant névrotique –au sens de l'angoisse névrotique à ne pas confondre avec la névrose d'angoisse.

Sur le versant réel, l'angoisse est un signal-affect émis, ressenti face à la perception d'un danger extérieur à la sphère psychique, c'est-à-dire émanant de la réalité extérieure, afin de provoquer la fuite face à celui-ci. Cependant, lorsque l'angoisse ressentie est trop intense, elle a des effets contraires et entraîne une forme de paralysie qui empêche la fuite face au danger extérieur.

Sur le versant névrotique, l'angoisse est cet affect ressenti lors de la perception d'un danger interne au psychique, un danger de pulsion contre lequel le moi se défend par le refoulement des motions pulsionnelles qui lui sont liées et transformant la libido menaçante en angoisse. Il s'agit là du premier modèle de l'angoisse de Freud élaboré en 1916.

¹⁷⁵ Ce qui est à mettre en tension avec la théorie de T. Reik qui laisse entendre que l'angoisse réelle ainsi éprouvée ne survient que dans la réactualisation du fantasme refoulé de la malveillance de l'autorité parentale à l'égard du moi. Dans cette perspective ce n'est donc pas l'éducation qui génère l'angoisse réelle mais l'expérience origininaire de la malveillance de l'Autre vécue par le moi puis refoulé et faisant retour dans des situations où la vie est menacée. Tant que cette expérience origininaire ne se produit pas, l'enfant ne peut éprouver d'angoisse réelle.

Ce modèle de l'angoisse névrotique se verra transformé en 1925, l'angoisse se constituant, sur le modèle de l'angoisse de réel, comme signal-affect émis par le moi face au danger de pulsion et servant à initier le processus de refoulement permettant au moi l'évitement de la motion pulsionnelle menaçante.

Dans ce second modèle, c'est l'angoisse qui origine le refoulement au contraire du premier où c'était le refoulement qui produisait l'angoisse.

A.2 L'effroi

A.2.1 L'effroi selon Freud

Si l'angoisse, dans sa forme de signal-affect qui suppose une faible intensité, se définit d'être un état d'attente et de préparation au danger en vue de l'éviter, soit par la fuite, dans le cas d'un danger réel, soit par le refoulement dans le cas d'un danger de pulsion ; l'effroi, quant à lui est défini par Freud en 1916 comme résultant de « l'action d'un danger auquel on n'était pas préparé par un état d'angoisse préalable »¹⁷⁶.

Idée qu'il reprendra en 1920 en précisant que l'effroi « représente un état que provoque un danger actuel, auquel on n'était pas préparé : ce qui la caractérise, c'est la surprise »¹⁷⁷.

C'est-à-dire au fond par un danger auquel on ne s'attendait pas, ne permettant aucune anticipation par l'émission d'angoisse permettant son évitement. L'angoisse, entendue comme signal-affect de l'approche du danger aurait pour effet de protéger contre la survenue de la frayeur¹⁷⁸.

En ce point de sa réflexion, Freud produit donc une distinction radicale entre les deux affects.

Il modifiera cette position vers 1925 en ramenant l'effroi dans le champ de l'angoissant tel qu'il peut être amené à s'exprimer dans le sentiment de l'inquiétante étrangeté où il « ne fait pas de doute que [l'*Unheimlich*] ressortit à l'effrayant, à ce qui suscite angoisse et épouvante »¹⁷⁹, précisant que « l'inquiétante étrangeté est cette variété particulière de l'effrayant »¹⁸⁰.

Effroi et angoisse ne se distinguent plus si radicalement, si ce n'est peut-être par leur intensité. L'effroi est ce sentiment paralysant qui nous saisit lorsque nous sommes face à un

¹⁷⁶ Freud, S. (1916), Ibid. p. 480.

¹⁷⁷ Freud, S., (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, p. 56.

¹⁷⁸ Freud, S., (1920), Ibid.

¹⁷⁹ Freud, S., (1919), *L'inquiétante étrangeté*, Paris, Gallimard (1985), p. 213.

¹⁸⁰ Freud, S., (1919), Ibid. p. 215.

danger inattendu que nous pouvons ramener à cette expression d'angoisse que Freud qualifie d'inappropriée à une fin¹⁸¹, au sens où elle n'autorise pas la fuite devant le danger qui menace soudainement et qu'il oppose à l'angoisse comme signal-affect approprié à une fin.

Nous pouvons dès lors définir l'effroi comme cet affect appartenant à la catégorie de l'angoissant mais se distinguant de l'angoisse entendue comme signal-affect en ce qu'il s'oppose à la réalisation de la fuite, de la mise en œuvre de processus permettant l'évitement du danger. Effroi paralysant par la survenue subite, inattendue du danger menaçant, il apparaît dès lors que rien ne permet d'anticiper sur la survenue du danger.

A.2.2 Plus que de l'angoisse : l'effroi

Qu'en est-il alors de l'annonce du pronostic létal ? L'affect ressenti dans le moment de l'annonce est-il de l'ordre de l'angoisse ? Où bien, au-delà, touchons-nous à l'effroi ?

Lors de l'annonce du pronostic létal nous pouvons constater deux cas de figures, dans le premier, le patient n'est pas préparé à entendre l'annonce d'un diagnostic de maladie létal, alors que dans le second, le patient se doute de ce dont il souffre, soit par le constat du corps défaillant qui le pousse à « craindre le pire », soit par des informations qu'il aurait reçues sur un mode métaphorique où l'ambiguïté et l'équivoque des termes employés laissent entendre sans le dire explicitement toute la gravité de la situation.

Dans le premier cas de figure, nous avons affaire à un danger annoncé, dévoilé sans que le patient ne s'y attende, générant un effet de surprise propre à la définition que Freud donne de l'effroi qui serait cet affect qui se produit dans l'actualisation d'un danger prenant le sujet au dépourvu.

En ce sens, nous pouvons rapprocher cet affect de l'annonce du pronostic létal dès lors que rien ne laissait supposer au sujet une telle éventualité concernant sa propre mort.

¹⁸¹ Freud, S., (1925), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF.

Alors que dans le second cas de figure, le travail anticipatoire, réalisé par le constat du corps défaillant ou par les informations métaphorisées, aurait tendance à situer l'annonce du pronostic létal comme un événement anticipé, attendu et cadré par l'angoisse, entendu comme signal-affect.

Cependant peut-on dire pour autant que le patient fera l'économie de l'effroi ?

Cela paraît être difficile à concevoir car même si le risque létal contenu dans l'annonce diagnostique aurait pour conséquence de générer une angoisse après-coup comme préparation au danger, l'annonce du diagnostic lui-même confronte le patient à cet autre réel de la maladie grave mettant en acte le dévoilement subit d'un réel touchant à la perspective de la propre mort et générant l'effroi.

Et même si le patient s'est préparé à l'éventualité de la nature de l'annonce diagnostique par le constat d'une dégradation de son état, l'apparition d'une masse, etc., la découverte fortuite du corps en détresse aura cette même conséquence de précipiter le sujet dans le dévoilement de sa destinée tragique.

Au fond, que la rencontre du réel se fasse au moment de l'annonce du pronostic, c'est-à-dire sans que le sujet ne s'y attende le moins du monde, ou de manière plus antérieure à cette annonce, au moment du diagnostic, ou encore dans le constat du corps défaillant, le sujet fera l'épreuve de ce saisissement sidérant par l'effroi.

Bien plus que de l'angoisse, nous pouvons émettre l'idée que tout sujet s'affrontant à la perspective de sa propre mort, que ce soit dans la surprise ou dans une forme d'anticipation, s'affrontera à l'effroyable sidération de son être.

Quelles seront les conséquences d'une telle rencontre du sujet avec l'effroi ressenti par sa mort annoncée ? Pouvons-nous, à la suite de T. Reik et Freud, parler de traumatisme généré par l'annonce, dont le signe premier est ce saisissement dans l'effroi ?

B L'effroi et son rapport au traumatisme

B.1 L'effroi articulé au traumatisme

B.1.1 Modèle économique du traumatisme

Le traumatisme est défini par Freud, en 1915, selon un mode économique : « *Nous appelons ainsi une expérience vécue qui apporte, en l'espace de peu de temps, un si fort accroissement d'excitation à la vie psychique que sa liquidation ou son élaboration par les moyens normaux et habituels échoue, ce qui ne peut manquer d'entraîner des troubles durables dans le fonctionnement énergétique* »¹⁸².

En 1920, il développe cette conception en introduisant la notion de pare-excitation qui a pour fonction de protéger l'organisme des excitations venant du monde extérieur. Le traumatisme serait le résultat d'une effraction étendue du par-excitation demandant à l'appareil psychique de mobiliser en défense un contre-investissement « *au prix de l'appauvrissement de tous les autres systèmes psychiques et, par conséquent, au prix d'un arrêt ou d'une diminution de toutes les autres fonctions psychiques* »¹⁸³.

Le manque de préparation au danger par l'angoisse ouvre la voie à l'effroi qui vient étreindre le sujet¹⁸⁴ et provoquer le traumatisme¹⁸⁵. L'effroi serait donc ce qui produirait, par la hausse énergétique qu'elle réalise dans le système psychique, la perturbation des instances psychiques conduisant au traumatisme.

L'angoisse en tant que signal-affect, générant une hausse tolérable du niveau énergétique viendrait renforcer l'investissement du pare-excitation, empêchant par là les stimuli extérieurs de produire ce débordement énergétique propre à l'effroi.

¹⁸² Freud, S. (1915), *Conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris Gallimard, 2010.

¹⁸³ Freud, S., (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, p. 79.

¹⁸⁴ Cabassut, J. (2004), *La théorie du réel, clinique de la « contention »*, in *Clinique Méditerranéenne*, p. 226.

¹⁸⁵ Freud, S., (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.

L'angoisse appropriée à une fin est ce qui permet l'évitement du danger anticipé dans sa survenue. Un danger situé par Freud au niveau de l'affect de l'effroi lui-même. L'effroi et la névrose traumatique¹⁸⁶ qu'elle génère sont ce contre quoi le système psychique tente de se garantir par la production d'angoisse. « *La situation dépend, en dernière analyse, de la différence qui existe entre les systèmes non préparés et les systèmes préparés à parer au danger par une surcharge énergétique ; mais à partir d'une certaine intensité du traumatisme, ce facteur cesse de jouer* »¹⁸⁷.

La préparation par l'angoisse a donc ses limites et dépend de « l'intensité » du traumatisme.

En 1920, Freud situe donc l'effroi comme ayant un rôle à jouer dans la psychogenèse de la névrose traumatique, mais il n'exploite pas les rapports de l'effroi à cette dernière, restant dans une conception essentiellement énergétique et physiologique.

Ce n'est qu'en 1925 qu'il en approfondira l'idée, en ramenant l'effroi à l'angoisse automatique paralysante signant la plongée du moi dans la situation traumatique de l'*Hilflosigkeit*.

Reik en fait la remarque en 1925, c'est-à-dire au moment de la parution de *Inhibition, symptôme et angoisse*, et se propose d'approfondir le rôle de l'effroi dans la constitution de la névrose traumatique, argumentant la nécessité de dépasser l'analyse de la nature des excitations jouant un rôle dans le déclenchement de ce type de névrose.

¹⁸⁶ Freud, S., (1920), Ibid.

¹⁸⁷ Freud, S., (1920), Ibid., p. 81.

B.1.2 La spécificité de l'effroi

Selon T. Reik, « *L'effroi ne s'explique qu'en partie par l'afflux soudain des excitations. Il s'agit en fait d'un « effroi en pensée » ainsi que Freud l'a défini dans l'Interprétation des Rêves. L'intensité de cette angoisse tient au fait que le rêveur voit surgir un matériel refoulé depuis longtemps.* »¹⁸⁸

La spécificité de l'effroi ne tient pas que dans l'afflux énergétique mis en avant dans la théorie énergétique du traumatisme élaborée par Freud, et c'est en cela que la position de Reik s'y distingue d'articuler l'effroi à la sphère signifiante.

Cet effroi en « pensée » prend racine dans du matériel inconscient refoulé. L'effroi n'est pas lié à la violence du choc de l'événement réel mais prend sa source dans le contenu du fantasme inconscient que celui-ci vient évoquer de manière aussi soudaine et brutale.

Reik se met donc à distance du modèle énergétique de la psychogenèse des névroses traumatiques pour introduire un facteur étiologique intrapsychique touchant aux fantasmes contenus dans l'inconscient dont « *le rôle (...) dans la détermination de l'intensité de l'affect ne fait aucun doute* ». ¹⁸⁹

Reik continue en soutenant que « *le caractère spécifique de l'effroi réside dans le fait que le sujet revit tout à coup comme actuelle une ancienne angoisse inconsciente, même si par la suite il s'avère parfois que ce caractère s'insère dans une attitude psychique plus générale. Il n'y a pas matérialisation explicite d'une situation redoutée, mais survenue d'une impression réelle et inattendue qui a le pouvoir de réveiller par le biais du souvenir toute l'angoisse inconsciente de l'individu. Il suffit d'un stimulus matériel insignifiant (...) pour redonner vie à un ancien contenu représentatif et pour faire réapparaître dans toute leur violence les affects qui s'y attachent* »¹⁹⁰.

L'effroi ressenti serait alors une réactualisation de l'angoisse inconsciente liée au fantasme refoulé qui fait retour.

Dans sa manière d'articuler les choses Reik se distingue sur deux points de la modélisation freudienne de l'angoisse datant de 1916.

¹⁸⁸ Reik, T. (1925), *Effroi, névroses traumatiques*, in *Le besoin d'avouer*, Paris Payot, 1973, p. 316.

¹⁸⁹ Reik, T. (1925), *Ibid.*

¹⁹⁰ Reik, T. (1925), *Ibid.*, p. 318.

En premier lieu, lorsqu'il articule l'effroi à l'angoisse, venant par là contredire la position freudienne qui définit l'effroi d'être cet affect ressenti en l'absence de toute angoisse. Pour Reik, l'angoisse est présente et c'est dans sa réactualisation qu'elle génère l'effroi.

En second lieu, concernant le fait que, dans la névrose traumatique, nous avons affaire à la levée du refoulement d'un fantasme inconscient, s'accompagnant d'une forme de réminiscence d'une angoisse dite « inconsciente ».

Rappelons que dans sa première théorie de l'angoisse, Freud pose l'affect comme résultant du refoulement de la motion pulsionnelle, problématique, en tant que transformation de la libido déliée.

Reik en fait tout autre chose et l'articule à la levée du refoulement.

Ce qui rejoindrait davantage la seconde construction freudienne publiée en 1925. Au sens où ce serait ce qui vient menacer le moi, sur le versant pulsionnel, réel ou de ce qui, du refoulé, viendrait faire retour, qui conduirait à une production d'angoisse émise par ce dernier dans une fonction d'évitement du danger.

Cependant, Reik, n'élabore pas cette idée en ce sens et inscrit cette angoisse du côté de l'inconscient. Inscription qui pose question. D'autant que T. Reik s'appuie sur cette idée pour justifier sa position contradictoire au regard de Freud.

C'est pour résoudre cette difficulté conceptuelle que Reik introduit la notion d'angoisse inconsciente qu'il oppose à la « *préparation consciente à l'angoisse* »¹⁹¹. Ainsi il énonce que « *l'effroi présente toutes les caractéristiques d'une résurgence d'une ancienne angoisse inconsciente* »¹⁹².

Mais peut-on qualifier l'angoisse d' « inconsciente » ?

La première théorie de l'angoisse énonce que le refoulement des motions pulsionnelles, en procédant à la déliaison des affects qui leurs sont liés, transforme cette libido libérée en angoisse, affect situé alors hors inconscient.

La seconde théorie quant à elle situe l'angoisse comme affect ressenti par le moi devant la survenue d'un danger et provoquant le processus du refoulement. Ce faisant l'angoisse est un

¹⁹¹ Reik, T. (1925), Ibid., p. 320.

¹⁹² Reik, T. (1925), Ibid.

affect propre à la conscience même si son objet échappe à la saisie par cette dernière, indiquant par là sa nature inconsciente.

L'effroi est cependant considéré par Reik comme la « résurgence d'une ancienne angoisse inconsciente ».

Qu'entend-il par là ?

Enoncer les choses de cette manière suppose une inscription historique de l'affect tant dans le temps que dans l'histoire du sujet.

Mais l'affect en général, et celui de l'angoisse en particulier, n'a-t-il pas cette particularité de ne pas être historisable ?

Ne s'agit-il pas plutôt d'un ressenti qui se produit dans l'actuel de l'événement, que ce soit dans le surgissement de l'événement lui-même dans le réel ou dans la réminiscence de l'événement ?

L'idée d'une résurgence de l'affect suppose que ce dernier soit « stocké », contenu dans un lieu psychique – désigné du côté de l'inconscient par Reik – ce qui ne saurait être le cas à partir du moment où l'angoisse se spécifie d'être une production du moi.

En ce sens, l'angoisse ne peut être l'objet d'une historisation qui autoriserait à la qualifier d'ancienne et encore moins celui d'un refoulement qui supposerait la possibilité de son retour accompagnant le fantasme refoulé.

Bien au-delà du fait que l'argument de Reik afin d'articuler l'angoisse à l'effroi ne résiste pas à la logique freudienne, nous pouvons nous interroger sur cette nécessité qui semble être la sienne de produire une telle articulation.

Pourquoi s'attend-il, dans le même mouvement du retour du fantasme refoulé, à voir un retour de l'angoisse qui avait accompagné sa constitution ?

Pourquoi chercher à en rajouter du côté de l'angoisse pour justifier le surgissement de l'effroi ?

L'effroi est de ne pas avoir été anticipé par l'angoisse, c'est là la thèse de Freud et celle que nous poursuivons. Cependant, l'effroi est par nature angoisse, mais angoisse débordante, envahissante, paralysante.

B.2 L'événement traumatique est un phénomène évocatoire

B.2.1 Le rêve-éveil de Maury

Reik inscrit donc l'événement traumatique en tant que phénomène évocatoire suscitant l'effroi.

Afin d'étayer cette idée, Reik va reprendre le rêve du psychologue français Maury pour tenter de cerner la psychogenèse des névroses traumatiques en mettant en tension le contenu du rêve et la présence de stimuli externes venant perturber le sommeil du rêveur.

C'est sous la Révolution Française, à l'époque de la Terreur, que Maury rêve de sa propre exécution à mort. Il « monte sur l'échafaud, le bourreau l'attache sur la planche, elle bascule, le couperet tombe. Il sent sa tête se séparer de son corps, se réveille dans un état d'angoisse épouvantable et s'aperçoit que la tête du lit vient de tomber et qu'elle l'a frappé sur la nuque, comme le couperet d'une guillotine. »¹⁹³

Selon Reik ce rêve présente deux caractéristiques qui permettent d'éclairer la psychogenèse des névroses traumatiques, d'une part, le rapport existant entre le stimulus externe et la formation qu'il donne au contenu du rêve, et d'autre part, le rapport temporel extrêmement court entre les deux phénomènes, où l'on voit se développer tout un scénario du rêve dans le court instant qui sépare le choc de la tête de lit sur la nuque, du réveil épouvanté du dormeur.

Freud explique ce phénomène par le fait que le rêve de Maury est une représentation d'un fantasme conservé intact dans l'inconscient, le stimulus externe ayant pour effet de le réactualiser dans le rêve dans l'instant de l'éveil.

C'est le phénomène évocatoire de l'événement réel sur le contenu de l'inconscient et la production d'angoisse épouvantée l'accompagnant qui sont véritablement centraux dans la

¹⁹³ Reik, T. (1925), Ibid., p. 313.

réflexion de Reik, et c'est ce qui l'autorise à faire un parallèle entre ces rêves-éveils et la psychogenèse des névroses traumatiques.

B.2.2 Ce qui est évoqué : le désastre inconscient

Reik fait alors l'hypothèse que ce qui génère le traumatisme se fonde sur le sentiment que quelque chose de redouté et refoulé dans le passé puisse se réactualiser de manière inattendue au moment de la survenue de l'événement traumatique.

L'affect ressenti est lié à la réalisation d'un désastre attendu inconsciemment depuis longtemps. « *Un danger mystérieux, qui fait soudain planer une menace sur la vie de l'individu, était connu au niveau inconscient depuis longtemps mais l'idée en avait été écartée* »¹⁹⁴.

L'accident traumatique, l'événement réel venant faire menace vitale, déclenche l'actualisation d'une réalité psychique refoulée, venant produire une « *confirmation inconsciente du bien-fondé de cette angoisse ancienne* »¹⁹⁵.

Le désastre tant redouté est articulé par T. Reik à une « *puissance mystérieuse et vengeresse* »¹⁹⁶ à laquelle nous serions soumis et qui renvoie à la puissance parentale pour laquelle nous attribuons « *la responsabilité de tout ce que nous vivons passivement* »¹⁹⁷. L'événement traumatique vécu passivement par le moi serait « *vécue comme une démonstration de force, ou plutôt de volonté, de la part de cette puissance mystérieuse à caractère paternel* »¹⁹⁸.

En ce sens, la rencontre traumatisante avec l'événement réel menaçant la vie génère le sentiment de « *l'emprise d'une force qui nous oblige à reconnaître avec la rapidité d'un éclair notre détresse et notre totale impuissance.* »¹⁹⁹, situation de détresse dans laquelle le moi se voit précipité et qui forme le noyau de la situation traumatique.

¹⁹⁴ Reik, T. (1925), Ibid., p. 318.

¹⁹⁵ Reik, T. (1925), Ibid.

¹⁹⁶ Reik, T. (1925), Ibid., p. 319.

¹⁹⁷ Reik, T. (1925), Ibid.

¹⁹⁸ Reik, T. (1925), Ibid.

¹⁹⁹ Reik, T. (1925), Ibid.

La détresse ici vécue serait à mettre en lien avec le retour du fantasme refoulé mettant en scène un père agent de notre castration, voire de notre propre mort.²⁰⁰

Le rêve de Maury s'interprète en ce sens que l'événement réel, la tête de lit s'abattant sur sa nuque, vient donner l'occasion au fantasme refoulé de se réactualiser dans une mise en scène couplée de la mort et de la castration du rêveur, produisant le réveil épouvanté.

L'effroi ressenti lors du choc serait donc le résultat, non seulement de la réactualisation de la motion refoulée, mais aussi de sa *confirmation* en tant que menace pouvant se produire dans le réel.

Autrement dit, ce serait la confirmation dans le réel d'une crainte imaginaire ou symbolique qui serait non seulement génératrice d'effroi mais produirait une névrose traumatique.

Au-delà de l'angoisse qui signe la survenue d'un danger anticipé, l'effroi résulte de ce que l'événement réel, survenant dans la surprise, vient éveiller dans l'inconscient. C'est le contenu refoulé dévoilé qui provoque l'effroi.

Au fond, le danger contre lequel le moi cherche à se garantir par l'angoisse initiatrice du refoulement, c'est, ou bien l'accomplissement du danger de pulsion, ou bien la levée du refoulement lui-même libérant un contenu refoulé particulièrement menaçant.

Anticiper le danger revient alors, soit à procéder à un premier refoulement de la motion pulsionnelle menaçante, soit à maintenir le refoulement, à le renforcer, afin que le contenu refoulé ne fasse pas retour.

Dans l'effroi, le moi n'a pas pu maintenir le refoulement en le renforçant par l'émission d'une angoisse préalable. Le contenu refoulé fait alors retour et provoque la sidération du moi.

Cependant, tout retour du refoulé ne produit pas cet effet, il devient donc nécessaire de s'interroger sur la nature de ce qui se trouve ainsi évoqué, révélé par la survenue subite de l'événement réel menaçant la vie.

²⁰⁰ Reik, T. (1925), *Ibid.*, p. 321.

C Nature de ce qui est évoqué

C.1 Une évocation de la mort ?

Si l'on s'arrête sur la nature de l'événement provoquant l'effroi, la menace vitale, nous pouvons, à la suite de la *doxa*, penser que ce qui est ainsi révélé par cette effraction du réel est la peur que nous inspire notre propre mort. Ce que nous ne pouvons que maintenir dans un état de refoulement afin de rendre la vie possible.

Or la psychanalyse nous enseigne que l'inconscient²⁰¹, entretient une relation ambivalente à l'égard de la mort.

A savoir que d'une part, il reconnaît la mort de l'autre et peut soutenir le désir de la mort de l'autre et notamment de la mort du Père, qui, dès lors prend corps comme fondement de la constitution du symbolique trouvant à se rejouer dans le moment de l'Œdipe.

Et que, d'autre part, il ne reconnaît pas la propre mort. La mort ne peut être l'objet d'aucun savoir, en ce qu'elle est cette part du réel qui échappe à toute prise du symbolique.

Aussi, même si la mort, en tant que meurtre du Père, est situé comme ce qui, du réel, vient inscrire, fonder, l'ordre du symbolique, tout autant le symbolique échoue à toute tentative d'en produire une représentation.

Freud justifie cette non reconnaissance de la propre mort en soutenant la thèse qu'aucune représentation de la propre mort n'existe dans l'inconscient, d'une part parce que l'inconscient est un système qui « *ne connaît absolument rien de négatif, aucune (dé)négation – en lui les contraires se recouvrent -, et de ce fait ne connaît pas non plus notre propre mort, à laquelle nous ne pouvons donner qu'un contenu négatif.* »²⁰², et d'autre part, parce que « *rien de pulsionnel en nous ne favorise la croyance en la mort* »²⁰³.

²⁰¹ Freud, S., (1915), *Considérations actuelles sur la guerre et la mort*, in *Essai de psychanalyse*, Paris Payot.

²⁰² Freud, S., (1915), *Ibid.*, p. 42.

²⁰³ Freud, S., (1915), *Ibid.*, p. 42.

L'ambivalence de la position de l'inconscient au regard de la mort se justifie pour autant qu'il reconnaît la mort comme anéantissement de la vie, et tout en même temps, « *dénie la mort comme non réelle* »²⁰⁴.

Etant entendue que la reconnaissance de la mort comme anéantissement de la vie touche à la mort de l'autre, alors que la dénégation concerne la propre mort.

Ce sont là des arguments qui nous demandent de nous arrêter un instant.

En effet, nous ne pouvons que rebondir sur les quelques points suivants : en premier lieu, lorsqu'il argumente que rien ne vient représenter notre propre mort dans notre inconscient parce que ce dernier ne connaît rien de négatif, en second lieu, lorsque Freud énonce que le fait de ne pas tenir notre propre mort pour réelle relève d'un déni, en troisième lieu, lorsqu'il soutient que « *rien de pulsionnel en nous ne favorise la croyance en la mort* », enfin lorsqu'il pose, dans l'argumentaire qu'il a développé concernant l'homme des origines, la possibilité pour nous d'appréhender notre propre mort au travers de la mort de l'être cher.

C.1.1 Rien de pulsionnel ne favorise la croyance en la mort

Au fond, nous pouvons nous interroger sur ce qui autorise Freud à énoncer que « *rien de pulsionnel en nous ne favorise la croyance en la mort* ».

En 1915, Freud définit l'inconscient comme étant constitué par des motions pulsionnelles. Ce sont des pulsions en acte qui se situent donc au même niveau que la pulsion elle-même. La motion pulsionnelle est une pulsion qui s'est attachée à un représentant-représentation, ou une représentation qui en découle.

Celle-ci est qualifiée d'inconsciente dès lors que le représentant-représentation auquel elle se lie est refoulé au sein de l'inconscient. Elle se fixe aux représentations dans le cours de l'histoire du sujet et c'est par leur médiation qu'elle s'inscrit dans le psychisme.

²⁰⁴ Freud, S., (1915), Ibid., p. 44.

Partant de la thèse qu'aucune représentation de la mort propre ne peut exister dans l'inconscient, aucune pulsion ne peut donc s'y fixer et c'est ce qui conduit Freud à énoncer que rien de pulsionnel en nous ne favorise la croyance en la mort.

Il n'y a aucune motion pulsionnelle venant porter la représentation de notre propre mort car rien dans notre propre histoire ne vient donner matière à cette représentation. Autrement dit aucune motion pulsionnelle ne peut venir investir comme objet la propre mort.

Ainsi, l'idée de Freud est de dire que si nous ne croyons pas à la possibilité de notre propre mort, c'est parce que rien du point de vue de la pulsion ne nous y autorise.

Cependant cette thèse se trouve remise en question avec l'apparition du concept de pulsion de mort en 1920 qui vient articuler la pulsion à la mort.

Dans la seconde topique Freud inscrit les pulsions de mort dans le ça, considéré comme le réservoir des pulsions. Cette situation de la pulsion de mort dans le ça, par nature inconscient, vient donc interroger la formulation de 1915 qui postulait que « rien de pulsionnel en nous ne favorise la croyance en la mort ». La pulsion de mort prend corps dans l'inconscient à partir du moment où il est contenu dans le ça.

Autrement dit, il y a du pulsionnel en nous qui s'articule à la mort, mais est-ce à dire qu'il favorise une croyance en la mort ?

Si un savoir sur le réel de la mort peut se construire, est-ce la pulsion de mort qui peut nous y conduire ?

Ce n'est certes pas la pulsion de mort, en tant que tendance à ramener une tension énergétique à son niveau le plus bas, qui autorise la construction d'un savoir mais bien ce qui du réel peut se saisir au travers du symbolique.

Or, la propre mort échappe à toute saisie du symbolique en ce que, au moment de sa survenue, notre anéantissement nous empêche de procéder à sa symbolisation. Nous ne pouvons nous en forger aucune représentation.

Or, c'est cette représentation qui autoriserait la construction d'un savoir et par là même ouvrirait le champ d'une croyance en ce savoir sur la propre mort.

C.1.2 L'inconscient ne connaît rien de négatif

La thèse principale de Freud afin de rendre compte de l'absence de représentation de la propre mort dans l'inconscient consiste en l'affirmation que l'inconscient « *ne connaît absolument rien de négatif, aucune (dé)négarion – en lui les contraires se recouvrent – et de ce fait ne connaît pas non plus notre propre mort, à laquelle nous ne pouvons donner qu'un contenu négatif.* »²⁰⁵.

Cette thèse pose en soi un problème en ce que Freud tente de justifier l'absence de représentation de la propre mort dans l'inconscient en se fondant sur un jugement de valeur accordé au contenu de cette représentation.

Il s'agira donc de mettre cette idée en tension avec un autre texte de 1915 : « L'inconscient »²⁰⁶. Ce qui nous permettra de reprendre les propriétés du système Ics et de mettre à l'épreuve la thèse de Freud.

Pour ce faire, il nous paraît important d'interroger l'Ics dans ses propriétés topiques. Freud le situe comme une phase originaire de l'acte psychique en ce que les représentations s'y inscrivent *originellement* dans l'inconscient.

Elles s'y trouvent investies par la pulsion puis se présentent au Pcs qui sera mis en demeure d'accepter ou de refuser à ces représentations l'accès au Cs. S'il lui refuse l'accès, il y a censure, refoulement. La représentation préalablement inconsciente mais non refoulée, accède au statut du refoulé.

Freud précise alors que le refoulé n'est qu'une partie de l'inconscient, et de ce fait tout l'inconscient n'est pas refoulé.

Il est nécessaire de préciser que les représentations s'inscrivent *préalablement* dans l'Ics. Elles n'accèdent au Pcs / Cs que dans l'après-coup et si elles réussissent à franchir la censure avec succès.

Ainsi, la représentation qui est issue de la réalité extérieure en passe d'abord par l'inconscient et ce n'est qu'à condition de franchir avec succès la censure qu'elle accède au Cs.

²⁰⁵ Freud, S., (1915), *Ibid.*, p. 42.

²⁰⁶ Freud, S., (1915), *L'inconscient*, in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, (1968).

Le statut refoulé de la représentation n'est que secondaire à son inscription dans l'inconscient et dépend du jugement porté par le Pcs.

Un autre point fondamental, est de souligner la nature du contenu de l'inconscient qui est constitué par des représentations, issues de la réalité extérieure, investies par la pulsion. Ce sont des représentations de chose définies par Freud comme des « *images mnésiques de chose ou des traces mnésiques plus éloignées qui en dérivent* »²⁰⁷ investies de libido.

Il n'y a en effet, « *ni négation, ni doute, ni degré dans la certitude. Tout cela n'est introduit que par le travail de la censure entre lcs et Pcs.* »²⁰⁸

Le contenu de l'inconscient est neutre au sens où au préalable aucun jugement de valeur ne s'y inscrit.

Nous pouvons donc tirer cette première conclusion qui est de dire que l'inconscient qui est à distinguer du refoulé lui-même, est constitué de représentations de choses issues de la perception du monde extérieur.

Son contenu est dit neutre au sens où aucun jugement de valeur n'y a cours, il n'est introduit que dans un second temps par le Pcs et peut conduire au refoulement.

De fait on peut soutenir que l'inconscient ne connaît rien de négatif car son contenu est neutre.

Comment entendre dans ce cas le fait que l'inconscient ne « connaît pas notre propre mort à laquelle nous ne pouvons donner qu'un contenu négatif » ?

Mais par ailleurs, qui est ce nous qui porte ce jugement sur le contenu négatif de la propre mort ?

Est-ce l'inconscient qui porte un tel jugement ?

Admettre la possibilité que l'inconscient ne contienne pas de représentation de la propre mort à cause d'un contenu négatif, c'est admettre que l'inconscient puisse mettre en oeuvre un refus, une censure dans son propre contenu.

²⁰⁷ Freud, S., (1915), Ibid., pp. 116-117.

²⁰⁸ Freud, S., (1915), Ibid., pp. 95-96.

Or la position de Freud est loin de soutenir une telle chose : « (...) l'Ics est en outre atteint par les expériences vécues provenant de la perception extérieure. Toutes les voies qui mènent de la perception à l'Ics demeurent normalement libres ; seules celles qui, partant de l'Ics, conduisent plus loin, sont soumises à un barrage par le refoulement. ».²⁰⁹

Ainsi, l'inconscient ne peut ni porter un jugement de valeur, ni porter une censure sur ce qu'il perçoit de la réalité extérieure.

Dans ce cas est-ce le Pcs qui porte un tel jugement sur le contenu de la propre mort ?

Nous savons en effet que le système Pcs, avec le Cs sont les seuls systèmes pouvant opérer une censure.

Cependant, cette censure du Pcs ne s'opère que sur les représentations inconscientes cherchant à se faire entendre du Cs.

Or il n'existe pas de représentation de la propre mort dans l'inconscient susceptible de se voir investir de libido et de se présenter au Pcs. Le Pcs ne peut donc pas porter de jugement de valeur sur le contenu de la propre mort.

Au fond, l'inexistence de la représentation de la propre mort dans l'inconscient, en soit un fait psychique indiscutable, ne peut se justifier d'un jugement de valeur qui serait accordé à son contenu.

Dans ce cas la question reste ouverte de ce qui peut justifier la non-inscription de la représentation de la propre mort dans l'inconscient.

Cette question, c'est du côté de la perception que nous la traiterons.

²⁰⁹ Freud, S., (1915), Ibid., p. 106.

C.1.3 La propre mort n'est pas perceptible

C'est le texte de 1925 sur la négation qui permet d'éclairer cette absence de représentation de la mort propre dans l'inconscient.

Ce qui distingue fondamentalement la mort de l'autre de notre propre mort, en termes de représentation, c'est la question de la perception²¹⁰.

En effet, toutes représentations inconscientes, et notamment celles qui ont subi l'effet du refoulement, sont des représentations qui sont issues des perceptions émanant de la réalité extérieure, à opposer à la réalité psychique.

Autrement dit, le sujet doit percevoir quelque chose de la réalité pour qu'en soit tiré une représentation venant s'inscrire dans l'inconscient. Dans ce contexte la mort de l'autre est percevable et nous forger une représentation de sa mort. Mais ce qui est vrai pour la mort de l'autre ne l'est pas pour notre propre mort que, par définition, nous ne pourrions jamais percevoir, puisque le moment de sa survenue est aussi le moment de notre anéantissement.

Nous ne pouvons donc pas avoir de représentation de notre propre mort dans notre inconscient puisque nous ne sommes pas en position de la percevoir.

Ainsi trouve à s'éclairer ce phénomène particulier, par lequel, si nous sommes mis en demeure de nous représenter notre propre mort, ce n'est jamais qu'en faisant usage de la seule représentation que nous puissions posséder de la mort et qui est celle de la mort de l'autre.

Au fond, ce qui paraît soutenir de manière plus rigoureuse l'absence de représentation de la propre mort dans l'inconscient, ce n'est pas la thèse de 1915 qui veut qu'une représentation dont le contenu s'avère négatif ne soit pas inclus dans l'inconscient, mais davantage celle de 1925 qui pointe le lien entre représentation et réalité extérieure et soutient que nous ne pouvons avoir de représentation de ce que nous n'avons pas perçu.

²¹⁰ Freud, S., (1925), *La négation*, in Résultats, Idées, Problèmes 2, p. 137.

C.1.4 « L'inconscient dénie la mort comme non réelle »

TENIR LA MORT PROPRE POUR NON REELLE : UN DENI ?

Par ailleurs, comment pouvons-nous entendre cette affirmation de Freud lorsqu'il dit que « l'inconscient dénie²¹¹ la mort comme non réelle » ?

En effet, comment l'inconscient peut-il dénier la mort comme non réelle s'il ne connaît aucune dénégation²¹² ?

Il devient donc nécessaire, pour éclairer les propos de Freud de reprendre les textes sur *l'Inconscient* et *La Négation* afin de resituer la question de la dénégation dans la dynamique psychique.

Dans le texte sur la négation, Freud découpe son propos sur deux plans distincts : d'une part, le plan de l'inconscient, où ce qui émane de ce système sous forme de contenu de représentation ou de pensées refoulées, se voient niés afin d'accéder à la conscience de manière acceptable pour le moi.

Et d'autre part, le plan de la réalité, où le moi procéderait à un jugement afin de déterminer, en premier lieu, si une chose venant de l'extérieur présente de bonnes propriétés qui l'autoriseraient à être inclus dans le moi et, *a contrario*, si cette chose possède de mauvaises propriétés elle serait exclue hors du moi, et en second lieu, si une représentation interne au moi peut être retrouvée dans la réalité.

La négation serait donc une fonction de jugement produite par le moi.

La question se pose alors de savoir si l'inconscient est un système pouvant produire une dénégation.

²¹¹ Le signifiant déni, employé par Freud dans le texte sur les *Considérations actuelles sur la guerre et la mort*, ne renvoie pas au mécanisme de défense au fondement de la structure de la perversion mais recouvre la signification de la dénégation. Dans le quotidien des soins palliatifs, les soignants ont tendance à user à tort du signifiant déni lorsque les patients se refusent à entendre parler ou parler de leur propre mort. Il ne s'agit évidemment pas du déni tel qu'il se constitue au fondement de la perversion mais de dénégation. De même lorsque Freud parle de déni dans son articulation à la mort, il s'agit de dénégation.

²¹² Freud, S., (1915), *Considérations actuelles sur la guerre et la mort*, in *Essai de psychanalyse*, Paris Payot, p. 42.

Freud ne laisse pas apparaître cette possibilité. L'Ics n'est pas l'instance qui produit la dénégation mais bien plutôt celui qui l'a subi. Ce sont ses contenus de représentations inconscientes, refoulés ou non, qui sont les possibles objets de la négation du moi.

Rappelons par ailleurs que le texte sur l'*Inconscient* de 1915 situe l'Ics comme un système dans lequel les représentations issues de perceptions parviennent librement. C'est-à-dire sans qu'aucun jugement ne soit porté sur leur contenu.

Ce jugement n'apparaissant qu'à l'issue de l'Ics, lorsque les représentations inconscientes, refoulées ou non, cherchent à se faire reconnaître du système Cs.

L'inconscient n'est donc pas un système pouvant émettre une dénégation tant sur le contenu des représentations qui lui parviennent de la perception que sur les perceptions elles-mêmes issues du réel.

Dans ce cas, qu'a donc voulu dire Freud en énonçant que « l'inconscient dénie la mort comme non réelle » ?

Énoncée de cette manière, la formule n'est pas acceptable. Cependant, Freud insiste pour faire entendre que l'Ics ne tient pas la mort, à entendre, la propre mort, comme quelque chose qui appartient au réel.

Une formule plus acceptable serait de dire que l'Ics tient la propre mort comme non réelle, qu'il ne lui reconnaît pas d'existence dans la réalité. C'est du côté de la perception que nous pouvons soutenir cette idée.

En effet, toutes représentations parvenant au système Ics de manière libre, c'est-à-dire sans être touchées par le jugement de la négation, sont issues de la perception de la réalité extérieure au psychisme. En conséquence, « l'existence de la représentation est déjà un garant de la réalité du représenté. »²¹³

Or, concernant la propre mort que nous ne pourrions jamais percevoir, il ne peut s'en constituer de représentation contenue dans l'Ics. En conséquence, aucune représentation de la propre mort ne peut venir garantir la propre mort comme réelle.

²¹³ Freud, S., (1925), *La négation*, in Résultats, Idées, Problèmes 2, p. 137.

En ce sens, donc, l'Ics ne peut tenir comme réelle la propre mort, non pas parce qu'il y a dénégarion, mais parce que c'est là une conséquence de l'aperception de la propre mort dans le réel.

LE DENI DE LA MORT

Un autre point de questionnement apparaît de la lecture du texte sur les *Considérations actuelles sur la guerre et la mort*, notamment lorsque Freud est amené à dire que l'homme « *accepta que la mort fût aussi pour lui, mais contesta sa signification en tant qu'anéantissement de la vie (...)* »²¹⁴.

En effet, comment peut-on tout à la fois dire que l'inconscient tient la mort pour non réelle et soutenir que l'on peut en accepter l'idée sous condition de dénier son contenu d'anéantissement de la vie ?

Nous venons de pointer qu'accepter l'idée de la propre mort ne met pas en jeu l'Ics qui se trouve en dehors de tout traitement d'une telle représentation.

Cela ne peut se faire que sur le plan du moi car la particularité de l'expression de cette idée est qu'elle se produit dans une forme de déni : cette contestation de l'anéantissement de la vie. Une dénégarion que nous savons propre au moi.

Cependant, sur quel matériel le moi s'appuie-t-il pour élaborer une telle idée que nous savons exclue de toute représentation inconsciente ?

Cette idée a la particularité de ne pas être une représentation issue d'une perception mais une construction s'appuyant sur le déplacement de la représentation de la mort de l'autre sur soi-même. Cette idée est quelque chose de construit et modifié à partir de la représentation de la mort de l'autre.

²¹⁴ Freud, S., (1915), *Considération actuelles sur la guerre et la mort*, in *Essai de psychanalyse*, Paris, Payot, 2001, p. 38.

C'est une forme de déduction : si l'autre peut mourir c'est que je peux mourir aussi, même si rien ne vient du réel en soutenir l'idée. Cela reste donc une pensée imaginaire.

Ainsi, il semble apparaître deux plans distincts d'appréhension de la propre mort : le plan de l'Id, où il n'existe pas de représentation de la propre mort et le plan du Moi où l'idée de la propre mort est envisageable à condition qu'elle subisse un déni concernant la signification de l'anéantissement de la vie.

On peut donc, tout à la fois, tenir la mort propre pour non réelle, puisque cela se joue sur le plan de l'inconscient, et en accepter l'idée sous la forme du déni, car cela se joue sur le plan de l'imaginaire, du moi.

C.1.5 Appréhension de notre propre mort au travers de la mort de l'être cher

Selon Freud, ce n'est pas par le fait d'une perception que nous pouvons aborder la question de notre mort mais par le biais de la mort de l'autre. Pas de n'importe quel autre, puisque l'autre dont il s'agit est l'être qui nous est cher. C'est-à-dire celui pour lequel nous avons lié une part de nous-même : « *Alors, il lui fallait dans sa douleur faire l'expérience que soi-même peut aussi mourir, et tout son être se révoltait contre la reconnaissance de ce fait ; chacune de ces personnes chères n'était-elle pas une part de son propre moi bien-aimé ?* »²¹⁵.

L'idée est que c'est bien parce que le sujet engage une part de lui-même au travers de l'amour, du désir qu'il porte sur celui qui lui est cher, qu'il approche sa propre mort dans la mort de ce dernier, comme si une part de lui-même disparaissait dans l'anéantissement de l'autre.

Alors, « *L'homme ne pouvait plus tenir la mort à l'écart, parce qu'il y avait goûté dans la douleur que lui avait causée en mourant le disparu, mais il ne voulait pourtant pas le reconnaître parce qu'il ne pouvait se représenter mort lui-même.* »²¹⁶

²¹⁵ Freud, S., (1915), Ibid., p.37.

²¹⁶ Freud, S., (1915), Ibid., p.38

Se pose la question de la reconnaissance : est-ce l'absence de représentation inconsciente de la propre mort qui rend inacceptable, révoltante l'idée de sa propre mort ?

Cela paraît difficile à soutenir.

Le contenu de l'inconscient est dit neutre au sens où il n'y a pas de valeur positive ou négative en jeu mais uniquement des représentations issues de perception.

Comment une absence de représentation inconsciente peut-elle rendre intolérable une perception même indirecte de l'éventualité de sa propre mort ?

Il semble qu'il y ait autre chose qui entre en jeu que la simple question de l'absence de représentation inconsciente dans cet intolérable de la reconnaissance que la mort soit aussi pour soi.

Mais est-ce vraiment notre propre mort que nous percevons dans la mort de celui qui nous est cher ?

Ce qui nous révolte, ce qui nous saisit dans la mort de ceux que nous aimons n'est-il pas d'un autre ordre que la seule question de notre mort propre ?

Dans le texte *Deuil et Mélancolie* de 1915, Freud aborde la question du deuil afin de tenter de donner un éclairage des processus en jeu dans la mélancolie.

Dans ce texte, il définit le deuil comme un processus normal mis en jeu à la suite de la perte au travers de la mort d'une personne aimée – mais cela vaut aussi pour des abstractions telles que certains idéaux comme la patrie, la liberté, etc.

A partir du moment où l'épreuve de réalité montre au moi que l'objet aimé n'existe plus dans la réalité extérieure au psychisme, apparaît une exigence particulière, celle de désinvestir toute la libido des liens qui existent encore entre le moi et l'objet perdu au travers de la mort. Freud nous dit que devant cette exigence s'élève une rébellion du moi qui pointe la difficulté majeure que représente cet abandon de l'objet et de la position libidinale investie.

L'issue de ce conflit se trouve dans l'échec de la rébellion et le désinvestissement se produit dans le détail et dans un temps assez long.

Une fois le travail de deuil achevé, le moi redevient libre et peut réinvestir d'autres objets.

Ainsi, la perte de l'être cher est comprise comme une perte d'objet qui s'était trouvé investi pour un temps d'une certaine quantité de libido.

La mort agit comme un séparateur du lien qu'entretient le moi avec cet objet particulier, suffisamment singulier pour être investi d'une énergie libidinale.

Le deuil vient donc doubler cette première séparation réelle, d'une séparation psychique autorisant d'autres réinvestissements sur d'autres objets.

Cette dynamique est propre au désir, c'est-à-dire que l'autre ne nous devient cher que dans la condition où il vient incarner pour nous l'objet de notre désir. Et c'est en tant qu'objet de notre désir qu'il est si fortement investi par le moi.

Or dans la mort de l'être qui nous est cher, nous perdons cet objet de notre désir. Cette séparation radicale d'avec l'objet renvoie à cette autre perte initiale et fondamentale du complexe de castration, et pour le coup prend valeur de castration.

Ainsi la mort qui touche l'être auquel nous tenons fait acte de castration et nous renvoie à notre propre incomplétude.

Aussi pouvons-nous nous interroger afin de savoir si c'est bien notre propre mort que nous percevons dans la mort de l'être cher comme l'argumente Freud en 1915 ou si ce n'est pas plutôt notre propre castration qui nous est ainsi rappelé de manière aussi radicale et douloureuse.

De fait le savoir que nous tirons de la mort de l'être cher ne toucherait pas à notre propre mort qui reste hors de portée de notre pensée, mais viendrait pointer, ce que, au fond nous cherchons à méconnaître, à savoir notre propre castration.

C.2 Une réactualisation de l'état de détresse ?

Au fond, si ce n'est pas la propre mort qui nous effraie dans la survenue de la menace de mort qu'en est-il de ce qui fait le fondement de l'effroi ?

Freud a tendance à articuler les choses du côté de la castration, l'idée soutenue consiste à dire que le moi, finalement, se défend par l'angoisse contre des dangers de pulsion entraînant une menace de castration et non contre le retour de représentations touchant à la propre mort. C'est en ce sens qu'il interroge le rapport entre angoisse et névrose traumatique « *qui se rattache si fréquemment à un danger pour la vie, auquel on a survécu, comme une conséquence directe de l'angoisse pour la vie ou angoisse de mort* »,²¹⁷ soutenant la thèse que l'angoisse de mort ne peut « *être conçue que comme analogon de l'angoisse de castration* ». ²¹⁸

Ainsi, le contenu de l'inconscient qui se trouve évoqué par l'effraction du réel portant en lui une menace de mort, n'a strictement rien à voir avec la mort elle-même mais est lié à la dimension de la castration, autrement dit, à la dimension du manque.

Et au fond, au travers de la menace vitale, « *la situation à laquelle le moi réagit est le fait d'être délaissé par le sur-moi protecteur –les puissances du destin-, par quoi prend fin l'assurance contre tous les dangers.* ».²¹⁹

L'angoisse est réaction du moi face à l'abandon dont il peut être l'objet de la part de ce qui vient représenter l'instance parentale dans le fonctionnement psychique.

Entendue comme signal-affect, elle serait alors une « *réaction à une perte, à une séparation* »²²⁰ dont le prototype serait la naissance, cette première expérience d'angoisse vécue de séparation d'avec la mère. Expérience que Freud situe comme trauma²²¹.

²¹⁷ Freud, S., (1925), Inhibition, symptôme et angoisse, Paris, PUF, p. 43.

²¹⁸ Freud, S., (1925), Ibid., p. 44.

²¹⁹ Freud, S., (1925), Ibid., p. 44.

²²⁰ Freud, S., (1925), Ibid., p. 44.

²²¹ Freud, S., (1925), Ibid., p. 46.

LE TRAUMA DE LA NAISSANCE

A l'issue de son analyse de la physiologie de l'affect d'angoisse qu'il définit comme un état de déplaisir, ressenti par le moi, avec des processus d'éconduction par des voies déterminées, notamment par les organes du cœur et de la respiration, Freud repère que c'est l'accroissement de l'excitation intrapsychique qui génère le sentiment de déplaisir, d'une part, et produit l'apaisement de ce sentiment par l'éconduction motrice, d'autre part.

Il en arrive alors à la conclusion que la nature de cet état affectif est la reproduction de la naissance, c'est-à-dire l'acte dans lequel se trouvent réunies toutes les sensations physiologiques « dont l'ensemble est devenu comme le prototype de l'effet produit par un danger grave »²²². A cette description purement physiologique, Freud rajoute un facteur historique, à savoir que « l'état d'angoisse est la reproduction d'une expérience vécue qui comportait les telles conditions d'un tel accroissement de stimulus et de l'éconduction par des voies déterminées, ce par quoi donc le déplaisir de l'angoisse reçoit son caractère spécifique »²²³.

La naissance devient donc le prototype d'une telle expérience vécue d'angoisse²²⁴.

En ce sens que l'angoisse y avait une fonction de réaction face à un état de danger en procédant à l'innervation des organes de la respiration et du cœur, d'une part pour « préparer à l'activité des poumons »²²⁵ et d'autre part pour que « l'accélération des battements du cœur [travaillent] contre l'empoisonnement du sang »²²⁶.

Physiologiquement, il est repérable que le danger de la naissance réside dans l'éventuel anéantissement de la vie –le risque de la naissance étant la mort elle-même.

Cependant, rien de cette expérience ne semble pouvoir s'inscrire sous la forme de représentations dans le psychisme du nourrisson puisqu'il n'est pas en mesure de prendre acte

²²² Freud, S. (1925), Inhibition, symptôme et angoisse, Paris, PUF, p. 46.

²²³ Freud, S., (1925), Ibid.

²²⁴ Freud, S., (1925), Ibid.

²²⁵ Freud, S., (1925), Ibid., p. 48.

²²⁶ Freud, S., (1925), Ibid., p. 48.

de la menace vitale en tant que telle, si ce n'est la manifestation d'une « *perturbation dans l'économie de sa libido narcissique* »²²⁷ vécue comme déplaisante et définie comme affect d'angoisse.

Comment le nourrisson peut-il donc faire le lien entre l'angoisse ressentie lors de la naissance et la situation de danger en tant que danger de mort ?

D'autant que la mort ne s'appréhende pas en tant que telle mais sous les traits de la castration, menace qui ne fait son apparition que bien plus tard dans le développement psychique de l'enfant.

De même que le nourrisson ne peut entendre l'événement de la naissance comme risque pour la vie, il ne peut pas non plus l'élaborer dans le sens d'une séparation d'avec la mère qui n'existe pas encore en tant qu'objet différencié de lui-même.

Freud tente de répondre à cette question en étudiant les situations dans lesquelles l'enfant peut être amené à produire un affect d'angoisse.

Il en repère alors trois : dans la solitude, dans le noir et « *lorsqu'il trouve une personne étrangère à la place de celle qui lui est familière (la mère)* »²²⁸. Ce qui caractérise ces trois situations est « *l'absence ressentie de la personne pour qui on éprouve de l'amour (de la désirance)* »²²⁹, l'angoisse apparaît alors à Freud comme réaction à l'absence de l'objet.

L'analogie entre la perte de l'objet et la séparation d'avec la mère lors de la naissance conduit Freud à faire le lien avec l'angoisse de castration.

Ce ne serait donc que rétroactivement que le nourrisson ferait le lien entre l'angoisse de la naissance et le danger de castration, au sens du danger de perte de l'objet que représente la mère.

C'est par le biais économique que Freud cherche à rendre compte du fait que la séparation d'avec la mère peut conduire à une production d'angoisse comme répétition de l'angoisse liée à la naissance.

²²⁷ Freud, S., (1925), Ibid., p. 48.

²²⁸ Freud, S., (1925), Ibid., p. 50.

²²⁹ Freud, S., (1925), Ibid., p. 50.

Si le nourrisson, alors qu'il en appelle à la mère afin qu'elle réponde sans tarder à ses besoins, se trouve sans réponse de celle-ci, il plongera dans une « situation à laquelle il donne une valeur de « danger », contre laquelle il veut être assuré [et qui] est donc celle de la non-satisfaction, de l'accroissement de la tension de besoin, face à laquelle il est impuissant »²³⁰.

C'est cette situation d'insatisfaction, générant une perturbation du niveau homéostatique de l'énergie psychique rappelant l'expérience vécue de la naissance, qui apparaît comme une répétition de la situation de danger.

Le noyau du danger est entendu par Freud comme étant cette perturbation énergétique commune aux deux situations de la naissance et de l'insatisfaction des besoins du nourrisson –entendues comme situation de désaide biologique.

Dans les deux cas la production d'angoisse s'avère être appropriée à une fin puisqu'elle conduit le nourrisson à émettre, par éconduction des stimuli vers la motricité de la voix, un appel adressé à la mère qui viendra répondre à ses besoins.

Puis le contenu du danger se déplacera de la situation économique elle-même vers ce qui la conditionne : la perte de l'objet, au travers de la perception du nourrisson qu'un objet externe, la mère, « peut mettre fin à la situation dangereuse qui fait penser à la naissance »²³¹.

Le signal d'angoisse sera émis par le nourrisson, dans une anticipation de la perturbation économique, au moment du constat de l'absence de la mère. C'est l'absence de la mère qui sera considérée par le nourrisson comme le noyau du danger –entendu comme situation de détresse psychique.

Ce déplacement de ce qui fait le fond du danger, de la situation économique perturbée vers la perte de l'objet, « inclut en même temps le passage de la néo-apparition automatique involontaire, de l'angoisse, à sa reproduction intentionnelle comme signal du danger »²³² mettant en fonction l'appel adressé à la mère dans le but de mettre fin à la situation dangereuse de la perturbation économique avant même qu'elle ne s'installe.

Freud voit alors dans la production d'angoisse, le produit de la détresse psychique du nourrisson que ce soit dans la première situation en tant que phénomène automatique ou dans la seconde comme signal affect salvateur.

²³⁰ Freud, S., (1925), Ibid., p. 51.

²³¹ Freud, S., (1925), Ibid., p. 51.

²³² Freud, S., (1925), Ibid., p. 51.

Quelle que soit la forme que prendra l'angoisse, de sa manifestation chez le nourrisson à sa forme plus achevée de l' « *angoisse sociale* »²³³ le noyau du danger redouté restera la détresse. Ce qui s'y trouve redouté par le moi devient plus indéterminé et touche à « *la colère, la punition du sur-moi, à la perte d'amour de sa part* »²³⁴.

C'est là le noyau du danger dont l'anticipation conduit le moi à émettre un signal d'angoisse en vue de son évitement. « *La transformation ultime de cette angoisse devant le sur-moi [est] l'angoisse de mort (angoisse pour la vie), l'angoisse devant la projection du sur-moi dans les puissances du destin.* »²³⁵.

Le danger contre lequel réagit le moi par la production d'angoisse est donc l'état de détresse réactualisé par un événement réel venant faire menace vitale. La situation devient traumatique lorsque aucune anticipation du danger n'a pu se réaliser et que le moi plonge dans « *une telle situation vécue de désaide* »²³⁶.

Le moi produit une quantité d'angoisse telle qu'elle se définit en tant qu'effroi, le paralysant dans toute tentative d'évitement de l'état de détresse, entraînant dès lors le traumatisme.

²³³ Freud, S., (1925), Ibid., p. 53.

²³⁴ Freud, S., (1925), Ibid., p. 53.

²³⁵ Freud, S., (1925), Ibid., p. 53.

²³⁶ Freud, S., (1925), Ibid., p. 78.

D Conclusion

D.1 Au-delà de l'angoisse : l'effroi

Dès les premiers moments de sa réflexion sur l'angoisse, Freud repère cette particularité de l'affect à favoriser ou non l'évitement du danger en fonction de son intensité. Du signal-affect autorisant la fuite, il peut, à l'inverse, générer une sidération paralysante.

Du point de vue économique, Freud explique ce phénomène en pointant que cette angoisse paralysante, automatique et inapproprié à cette fin de l'évitement –que nous préférons nommer effroi- résulte d'un « fort accroissement d'excitation à la vie psychique » demandant un contre-investissement défensif qui appauvrit « tous les autres systèmes psychiques « au prix d'un arrêt ou d'une diminution de toutes les autres fonctions psychiques ».

Autrement dit, au prix d'une forme de paralysie momentanée du système psychique qui se repère phénoménologiquement par la sidération.

L'effroi appartient donc à la catégorie de l'angoissant. Mais, c'est un angoissant plus originaire que l'angoisse définie comme signal-affect.

L'angoisse est signe d'un réel menaçant anticipé, c'est-à-dire repéré, connu, même si cette connaissance est plus de l'ordre du méconnu, plus inconscient que conscient.

Pour être connu, même si c'est au sens de la méconnaissance, ce danger doit avoir été rencontré, vécu.

Premier temps de rencontre qui ne peut être anticipé par quelque savoir que ce soit et qui, par la suite, autorisera l'anticipation. Ce premier temps de rencontre non prévu du danger dans l'actuel est un premier temps d'effroi.

L'angoisse comme signal affect est secondaire à l'effroi, lui, plus originaire.

Ce premier temps de rencontre originaire avec la menace vitale est situé par Freud dans l'acte de la naissance ; prototype de l'état de détresse biologique dans lequel se trouve plongé le moi et qui formera le noyau du trauma.

L'angoisse comme signal-affect sera produite aux premiers signes de la survenue de la détresse biologique, puis de la détresse psychique, c'est-à-dire dès que l'objet pouvant répondre à l'appel des besoins du nourrisson lui fera défaut.

C'est cette défaillance de la réponse de la mère à l'appel du nourrisson qui précipite celui-ci dans l'état de détresse, articulé par Freud comme situation traumatique.

A la différence de l'angoisse qui signe la venue anticipée du danger, l'effroi est ce qui signe la survenue du traumatisme, c'est-à-dire que l'événement réel produisant une menace vitale, non attendue, viendra réactualiser et confirmer ce premier temps de rencontre originaire qu'est le trauma de la naissance.

L'effroi est donc cet angoissant généré par toute plongée dans l'état de détresse, que celui-ci soit vécu originairement ou réactualisé de manière subite et non attendue par tout événement réel menaçant.

Le traumatisme est lié à cet état de détresse, de déréliction, l'*Hilflosigkeit* résultant de ce que le manque vient tout d'un coup à manquer, le désir de l'Autre abandonnant le sujet.

Le réel menaçant et produisant le traumatisme est donc un phénomène évocatoire qui a cette particularité de produire une levée du refoulement, réactualisant le fantasme refoulé de la malveillance de l'Autre comme réponse possible à cet état détresse tant redouté.

Pour en revenir à l'angoisse infantile, Freud articule cette angoisse de l'enfant sur le versant névrotique et non pas réel, argumentant le fait que l'enfant ignore le danger réel pouvant menacer sa vie.

Il fait du danger de mort l'objet d'un possible savoir transmissible par le biais de l'éducation. Et ce ne serait qu'à l'issue de cette éducation que l'enfant serait soumis à l'angoisse de réel. C'est supposer que l'angoisse de réel dépend d'un savoir sur la propre mort alors même qu'elle ne peut faire l'objet d'aucun savoir.

C'est supposer également que l'angoisse de réel est en lien avec la mort alors même qu'il n'en est rien.

Notre thèse est toute autre et consiste à dire que l'angoisse de réel ne s'éprouve comme telle que d'en être passé par l'expérience de la détresse psychique, vécue et refoulée, condition préalable à tout ressenti de l'angoisse de réel en ce sens que le danger venant du réel et menaçant pour la vie vient évoquer, non pas la propre mort, mais la détresse psychique.

Lorsqu'elle n'est qu'évoquée, l'angoisse de réel est émise comme signal-affect venant renforcer le refoulement, lorsqu'elle dépasse l'évocation et devient l'objet d'une réactualisation par la levée du refoulement, elle génère l'effroi et le traumatisme.

D.2 L'annonce du pronostic létal fait-il traumatisme ?

Qu'en est-il alors de cette information médicale touchant au pronostic létal ? Pouvons-nous l'articuler à cet événement réel générant le traumatisme ?

Rappelons que ce qui fait l'une des particularités de ce moment de l'annonce est cette plongée dans la sidération de la personne entendant l'énoncé de son pronostic lorsque celui-ci se présente dans sa léthalité.

Cette sidération signe le ravage de l'effroi bien au-delà de toute angoisse. C'est là le signe de ce que le moi, dans la surprise de ce qu'il s'entend annoncer, se voit débordé par l'afflux d'excitation et n'est plus en mesure de répondre à la pression du retour du refoulé.

L'annonce de mort, bien loin de prendre corps dans le réel, est de l'ordre du symbolique. Faite de signifiant, elle désigne ce qui, du réel, se produira dans une forme d'énonciation divinatoire.

L'ampleur des incidences de l'annonce prend racine de ce qu'elle anticipe de l'événement réel, non encore advenu, mais rendu d'autant plus concret par la présence de la maladie qui commence à se laisser voir au travers des symptômes qui conduisent les patients à consulter.

L'annonce, au même titre que l'événement réel traumatique, vient extirper de l'inconscient le fantasme redouté, réactualisé et confirmé, qui ne s'articule pas dans le sens de la mort, comme nous avons pu le voir, mais dans celui de la détresse.

C'est en ce sens que l'annonce du pronostic létal est traumatique, en ce qu'elle précipite le moi dans un état *Hilflos*.

L'annonce du pronostic létal fait donc traumatisme mais n'entraîne pas pour autant le sujet dans une névrose traumatique. La clinique produite par cette annonce ne révèle pas, en effet, de névroses de ce type.

La raison, selon Reik, en est la présence de la maladie elle-même et des lésions organiques visibles, ou non, qui l'accompagnent et dont la fonction serait de donner corps à la castration, à ce châtement tant redouté et s'articulant dans le fantasme refoulé faisant retour. Ce serait

donc en inscrivant la réalité du châtement, de la castration dans la chair que le sujet échapperait à la névrose traumatique et aux symptômes qui lui sont liés.

Cependant la dimension de surprise peut faire défaut dans le contexte où le médecin prend le parti de préparer son patient à entendre l'impossible.

Cette tactique qui vise à positionner le patient dans une forme d'anticipation de ce qui risque de se produire génère par là-même une angoisse que Reik qualifierait de « préliminaire », signal-affect approprié à une fin anticipatoire sur le danger encouru.

Le but étant d'éviter d'entrer dans cet état de détresse proprement traumatique et que l'attente du danger, par l'angoisse, vise à éloigner.

Que peut-on en penser ? Se pourrait-il qu'une solution pour échapper au traumatisme de l'annonce serait de procéder à une préparation du patient en provoquant son angoisse ?

Qu'il s'agirait au fond, non pas de lui annoncer d'emblée sa mort à venir, mais de l'ouvrir à cette perspective possible en distillant des informations qui orienteraient ses idées en ce sens ?

Mais y a-t-il réussite ?

Provoquer l'angoisse du patient, en faisant allusion à la gravité de son état, afin qu'il en arrive lui-même à la conclusion de son tragique destin, lui permet-il de faire l'économie de l'effroi comme le soutient Freud en 1920²³⁷ et d'éviter d'entrer dans cet état de détresse ?

Freud lui-même porte une nuance à cette thèse, en effet, « dans un grand nombre de traumatismes l'issue de la situation dépend, en dernière analyse, de la différence qui existe entre les systèmes non préparés et les systèmes préparés à parer au danger par une surcharge énergétique ; mais à partir d'une certaine intensité du traumatisme, ce facteur cesse de jouer »²³⁸.

La préparation par l'angoisse a donc ses limites et ne permet pas toujours d'éviter au moi de plonger dans cet état de détresse.

²³⁷ Freud, S., (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, in *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot.

²³⁸ Freud, S., (1920), *Ibid.*, p. 81.

Deuxième chapitre

« Che Vuoi ? »

*« L'Autre me veut quelque chose,
et son désir s'avère corrélatif de mon existence comme sujet. »*

Roland Gori²³⁹

²³⁹ Gori, R., (2005), *Logique des passions*, Paris, Flammarion, p. 61.

A La mort annoncée

Annoncer la mort, que ce soit par l'énoncé d'un diagnostic à caractère létal ou du pronostic létal lui-même, a cet effet de convoquer la présence de l'Autre, comme une réponse à la réactualisation de l'état *Hilfflos*, sous la forme d'un déterminisme en œuvre ; ce dont témoigne la clinique propre aux soins palliatifs et à l'annonce de mort anticipée.

A.1 Vignettes cliniques

A.1.1 Mr P.

Mr P., 79 ans, est atteint d'une maladie qui empêche sa moelle épinière de fabriquer des globules rouges. Il a subi plusieurs transfusions de sang mais elles deviennent inefficaces et son état de santé se dégrade de plus en plus. L'équipe de soins me demande de le rencontrer car il présente une grande inquiétude devant son état de santé.

Alors que je m'apprêtais à le rencontrer, pour la seconde fois, l'infirmière m'informe qu'il est placé en isolement protecteur.

Il est en aplasie et ses jours sont comptés.

On me demande alors de le rencontrer avec une surblouse et des gants, paradoxe en ce que l'infirmière me fait la grâce du masque chirurgical : « il est en fin de vie, vous savez, on ne peut plus rien pour lui ! ».

S'astreindre à la surblouse et aux gants, apparaît alors comme une réponse acceptable de l'équipe dans un « je sais bien mais quand même », à savoir le protéger de ce qu'ils peuvent véhiculer de germes pouvant accélérer sa mort mais tout en préservant ce qui leur reste, le relationnel, au risque de lui transmettre quelques virus par voie orale, ceci dit, tant qu'on ne tousse pas !

Dès qu'il me voit, il entre de plain-pied dans le discours en m'adressant dans un sourire : « C'est comme à confesse parce que c'est secret ! », je lui réponds « oui ». Il me parle alors de ce dont il se doute, que la mort n'est pas loin, « je meurs à petit feu ! ». Parlant de sa mort, il s'en remet alors à dieu qui est le seul à savoir quand il s'en ira, « aujourd'hui, demain, dans trois jours, quelques mois, qui sait ? ».

Dans une tentative, semble-t-il de me détromper, dans ce qui pourrait être ma méprise de ses intentions, il m'adresse ce que je ne peux entendre que comme dénégation : « je vais sûrement m'endormir et je ne me réveillerais pas, du moment que je ne souffre pas. Mais je ne me suiciderais pas, pas question de me jeter par la fenêtre, c'est Dieu qui en décidera ».

La mort s'appréhende dans une forme de dichotomie des instances. « Je vais sûrement m'endormir et je ne me réveillerais pas ! » est un souhait qui laisse entendre un sens autre : « *je* vais sûrement endormir *moi*, et *je* ne réveillerais pas *moi* ! ». L'idée de la mort lui semble acceptable du moment qu'elle se réalise dans la douceur, dans un moment où le *moi* n'y est pas, endormi, laissant le sujet, *je*, seul dans l'affrontement dernier, « du moment que *je* ne souffre pas » deviens le vœu du *moi*. Mais au fond, n'est ce pas le moi qui souffre pour le sujet ?

Mourir dans la souffrance est une autre affaire et porte une signification autre, ou devrais-je dire, Autre. Et il continue, « *je* ne suiciderais pas *moi*, pas question de jeter *moi* par la fenêtre, c'est Dieu qui en décidera ! ». Le tiers s'introduit dans la relation du sujet et du moi à la mort. La mort n'appartient plus au sujet ou au moi dans un passage à l'acte au travers du cadre, mais devient la décision de l'Autre.

Au moment de notre troisième rencontre, l'infirmière m'informe que Mr P. est allé en Hématologie à Rennes vendredi dernier et qu'il était question de reprendre un traitement alors que la position médicale était palliative. Je rencontre alors Mr P. en me demandant ce qu'il va penser de ce revirement de position médicale.

Mr P., allongé dans son lit, me dit dans un essoufflement : « Je viens de faire ... ma toilette Et je suis ... essoufflé » Je lui propose de revenir plus tard, ce qu'il refuse. Il me parle de cette visite à Rennes :

- « Ils vont me redonner un traitement ... Ils ne comprennent pas pourquoi les globules rouges ne tiennent pas ... Ils me prolongent quoi ! »

S'ensuit l'énoncé du constat de la dégradation de son état :

- « Il y a un mois lorsque j'y suis allé, j'étais debout, vendredi j'y suis allé en brancard, allongé (...). La première fois qu'on s'est vu –dit-il en parlant de notre première rencontre- j'étais en fauteuil roulant, aujourd'hui je suis allongé. Je n'ai que 4 d'hémoglobine, 8 de tension (...). *Je pense que je vais mourir* à bout de sang. *J'espère mourir dans mon sommeil et sans souffrir*, je suis heureux et j'espère que je serais heureux de l'autre côté ... mais ça je ne pourrais pas vous le dire parce qu'on ne peut pas en revenir ».

Il me parle alors de l'importance de la religion pour lui et s'étonne que l'aumônier ne soit pas passé pour lui donner la communion vendredi dernier.

Mr P. s'assoupit, je lui propose de le revoir jeudi prochain, je lui serre la main qu'il garde dans la sienne et me dit avec un doux sourire « J'espère que je serais là pour vous revoir ».

Quoi répondre à cela ? Je prends congé en lui disant à Jeudi, mais sera-t-il seulement là ?

Dans son énoncé « *Je pense que je vais mourir* », « *J'espère mourir dans mon sommeil et sans souffrir* », la mort concerne le sujet dont le vœu est qu'elle se réalise dans ce moment d'élection du moi dans le sommeil.

La souffrance est encore là, présente. La mort, pour lui, est possiblement souffrance, mais de quelle souffrance parle-t-il, de la souffrance physique ou d'une souffrance dont la signification porterait sur l'attente ?

Lors de notre dernière rencontre Mr P. m'accueille avec une chaleur surprenante, les joues rouges et les yeux brillants : « Je suis heureux de vous voir » me dit-il en ne lâchant pas ma main d'une seule pression. « C'est un miracle ! », me dit-il.

Je lui demande de me parler de ça.

Vendredi dernier, le prêtre est venu le voir, lui a donné la communion et l'extrême onction et depuis il va mieux, se déplace, se sent moins essoufflé. « Ça ne fait pas mourir, l'extrême onction ! » me dit-il, un peu étonné de se sentir miraculé.

Il a reçu trois transfusions de sang. Sur le plan médical, même si le taux de globules rouges reste dangereusement bas, sa pression sanguine augmente.

Médicalement parlant, Mr P. est en situation létale mais lui se sent bien, il supporte bien le niveau d'hémoglobine et étonne l'équipe en se déplaçant sans trop de difficulté dans les couloirs. Mr P. lui, y voit la volonté de « Jésus ».

« Il faut faire confiance, je fais confiance ».

Mr P. ne parle plus de sa possible mort, si ce n'est lorsqu'il fait le constat du faible taux d'hémoglobine. « Je finirais par mourir à bout de sang », et puis il se reprend et envisage l'avenir, après l'hospitalisation, la possibilité d'aller à « l'hospice » ou pas.

Il est dans des projets.

Le miracle pointe ici aussi la présence de l'Autre sous des traits divins qui fait preuve d'une volonté touchant le sujet. S'il va mieux, c'est la volonté de l'Autre.

Il se sent miraculé, sauvé *in-extrémis* de la mort par l'extrême onction, ce geste symbolique qui instaure le lien du sujet en proie à la mort imminente à l'Autre.

L'Autre le sauve, même si pour finir il mourra « à bout de sang ». La mort réelle ne rejoint pas ce dont il se sent miraculé.

Le miracle au fond ne touche-t-il pas ce dont il se sent l'objet au regard de la volonté de Jésus ?

Dans la situation de Mr P., la mort n'a pas été annoncée par le médecin mais elle se fait entendre dans la dégradation progressive et irrémédiable de son état.

Plus que d'en passer par le symbole de l'énonciation, la mort apparaît au sujet au travers de signes réels du corps en souffrance.

Et pourtant la mort se met en lien avec le symbolique, non pas sous la forme de représentation mais en ce qu'elle convoque la présence de l'Autre, que nous voyons, en ce qui concerne Mr P., se vêtir des atours de Dieu.

La mort appartient à Dieu qui est le seul à posséder ce savoir, si souvent interrogé, du moment de sa survenue. C'est Dieu qui en décide, nous dit le sujet.

Cette référence à l'Autre dans l'affrontement au réel de la propre mort se repère régulièrement dans le discours du sujet, comme en témoignent Mr E. et Mme H.

A.1.2 Mr E.

Mr E. a 63 ans. Il est entré dans l'unité d'accompagnement à la fin de l'été 2009 pour bénéficier d'une prise en charge palliative d'un Rhabdomyosarcôme du psoas diagnostiqué en 2008 et présentant une récurrence en 2009.

Alors que je sortais d'une des chambres de l'unité, j'aperçus Mr E. à travers l'entrebâillement de sa porte, que je me décide à pousser dans l'idée d'aller me présenter. Je lui demande alors comment il va :

- « J'attends ! »
- « Vous attendez quoi ? »
- « J'attends la fin ! »
- « La fin de quoi ? »
- « Vous savez, j'ai un cancer, alors ... »
- « Ah ! Vous parlez de cette fin-là ! »
- « Oui ».
- « Depuis combien de temps savez-vous que vous êtes malade ? »
- « Depuis un an et demi. Ces autres gens soient disant intelligents n'ont pas trouvé tout de suite ce que j'avais. Ils m'ont massacré. »
- « Massacré ? »
- « Oui, avec leurs traitements, ils n'ont pas vu que je faisais une infection. »
Silence. « Et puis, c'est l'usine là-bas »
- « Vous trouvez qu'on ne fait pas assez attention aux gens ? »
- « Oui c'est ça » Silence.
- - « Vous me semblez en colère ! »
- « Non, c'est la décision du Seigneur, alors... ! »

Ici aussi apparaît la dimension de l'Autre sous le masque du « Seigneur ».

La mort, en soi événement purement réel, entre dans la dimension symbolique en devenant l'objet d'une « décision » de l'Autre.

De même que dans la situation de Mr P., Mr E. pose la mort comme l'objet de la volonté de l'Autre à son égard.

La dimension de l'attente apparaît également. Ce qui est attendu par le sujet ne fait que s'évoquer mais touche aux choses dernières.

A.1.3 Mme H.

Parfois la présence de l'Autre se fait entendre avec clarté, comme dans les deux situations précédentes, mais bien souvent, elle ne se perçoit qu'au travers des métaphores du sujet. Ainsi, Mme H., atteinte d'un cancer des ovaires, me faisait part de son histoire familiale, dont elle me faisait le récit en la liant à la maladie.

Ses parents sont morts à 60 ans, son âge actuel, avant qu'elle ne leur ait donné une petite fille - elle est dans la même situation, sa fille venant de se marier n'a pas encore d'enfant. Son frère est décédé à 48 ans, sa belle-sœur d'un cancer à 53 ans.

- « Je ne sais pas pourquoi le sort s'acharne comme cela ! » me dit-elle.
- « Ainsi, vous avez le sentiment d'un sort qui s'acharne ? ».
- « Oui et je pense qu'on a déjà assez payé comme ça, mes grands-parents sont morts durant la guerre sous les bombardements ! »

Ce sort qui s'acharne signe la présence de l'Autre sous la forme d'un déterminisme qui peut également se nommer sous les traits du destin tel qu'on le rencontre dans les tragédies grecques.

La question est alors de tenter de cerner ce qui se met en jeu dans cette convocation du déterminisme par le sujet à l'approche avérée de sa propre mort, ce que nous allons tenter d'attraper par l'apport des tragédies grecques puis par l'enseignement de la psychanalyse.

A.2 Le destin dans les tragédies grecques

A.2.1 Prométhée enchaîné

La dimension du destin est très largement exploitée dans la mythologie grecque. Elle convoque le champ du savoir que les hommes situent dans le champ divin.

Dans *Prométhée enchaîné*, Eschyle pose le savoir comme possession exclusive des Dieux que Prométhée, de sa position divine, s'est autorisé à accorder aux hommes.

Le feu, symbole de l'origine de la connaissance et du savoir sort l'être humain de l'obscurité de son ignorance et vient « éclairer » les hommes dans la connaissance qu'ils se forgeront du monde qui les entoure et des lois physiques.

Cependant, la possession du feu place les hommes dans une « *position d'êtres éphémères non maîtres de leur destin* »²⁴⁰, en tant que touchés par la mort qu'ils ne peuvent maîtriser.

Prométhée en sera sévèrement puni par Zeus qui règne sur les Dieux de l'Olympe et c'est dans le court de son châtement qu'il rencontre Io, personnage mi-femme, mi-génisse en proie elle aussi à un châtement divin pour n'avoir pas cédé aux avances de Zeus.

C'est dans le court de sa course effrénée, et dont elle ne peut s'extraire, qu'elle rencontre Prométhée et lui demande ce que tout grec de la Grèce Antique demande aux Dieux : elle demande à savoir de quoi est fait son destin.

Le destin est un oracle émanant des Dieux qui définit les événements importants de la vie des hommes.

Parole des dieux, l'oracle qui est cette réponse accordée par les Dieux à une question personnelle concernant l'avenir, pèse sur la vie des hommes. Elle imprime un déterminisme qui dépasse la volonté, le désir du sujet. En règle générale, le destin se caractérise d'être sombre, inacceptable, entraînant régulièrement l'idée de la mort.

²⁴⁰ Eschyle, *Prométhée enchaîné*, in *Les tragiques grecs*, Editions de Fallois, 1999, p. 318.

Lorsqu'un destin s'annonce, c'est bien souvent sous les traits du tragique et cette parole dite « oraculaire » inscrit celui-ci dans son aspect le plus inexorable.

A.2.2 Œdipe Roi

Œdipe Roi est ce mythe grec qui met en scène le rapport de l'homme à la parole divine.

Les dieux sont sollicités de manière incessante afin d'accorder aux hommes une parole oraculaire sur ce qui ne peut s'appréhender : l'avenir.

Le devenir de l'homme fait sa préoccupation et l'objet d'une recherche de savoir adressée aux Dieux. Ils sont le lieu du savoir et leur parole est indiscutable, ne peut être remise en cause.

Œdipe Roi met en scène l'aboutissement de l'annonce d'un destin tragique résultant de l'infraction d'un interdit formulé par Apollon²⁴¹ : Laïos ne devait pas avoir d'enfant.

De cette infraction découle l'accomplissement du destin d'Œdipe, fils interdit de Laïos, entendu comme la somme des « événements dont un dieu recherche la nécessité »²⁴².

Le tragique destin d'Œdipe serait donc à entendre comme l'objet de la volonté d'un dieu.

Autrement dit, vouloir connaître l'oracle des dieux concernant sa propre destinée implique de se supposer objet de la volonté divine, objet de son intention, voire de son désir.

Laïos a refusé d'être l'objet d'un tel désir, non seulement en enfreignant l'interdit d'Apollon mais aussi en choisissant l'infanticide.

Œdipe Roi met en exergue le fait que l'on ne peut se dérober au désir des dieux.

²⁴¹ Sophocle, *Œdipe Roi*, in Les tragiques grecs, Théâtre complet, Le Livre de poche, Classiques modernes, Paris, 1999, p. 506.

²⁴² Ibid., p. 623.

A.2.3 Le tragique du destin dévoilé, ou le rapport au savoir

LA QUETE DU SAVOIR

C'est, semble-t-il, par un malheureux hasard qu'Œdipe s'engage dans le déroulement de son destin.

Mais peut-on parler de hasard dans ce monde grec où tout semble pris dans le déterminisme des dieux ?

N'est-ce pas plutôt selon la volonté divine qu'Œdipe reçoit de la bouche d'un homme, égaré par son ivresse, les mots « enfant supposé » ?

Appellation qui le fait basculer dans les rouages de son destin.

Ces mots le minent, font installer un doute qui ne se satisfait pas de la réponse de ceux dont il interroge sa filiation : Polybe et Mérope, et le conduisent à aller interroger ceux qui savent et dont la parole ne peut être remise en cause : les dieux.

Voulant éclairer l'origine de sa vie et de sa filiation, il reçoit à la place la révélation de son triste destin qui le condamne à enfreindre les deux interdits majeurs qui soutiennent le fondement de notre humanité et orchestre le lien social : le parricide et l'inceste maternel.

Au fond les dieux lui apportent une réponse qu'il n'attendait pas, lui exposent un savoir qui n'était pas l'objet de sa quête.

Ce savoir révélé va venir recouvrir la question originelle qui le mine.

La question essentielle quant au déroulement de ce destin, à savoir celle de la confirmation de sa filiation qu'il vient demander aux dieux et à laquelle ils ne répondent pas, disparaît complètement à ce moment-là.

La révélation de son destin aura pour conséquence de gommer le doute quant à sa filiation, qui devient, dès lors, certitude.

Jamais il ne remettra en cause son ascendance et c'est ce qui le conduira à sa perte.

Face à l'énoncé de son destin, Œdipe choisit de fuir.

L'exil lui semble être un moyen de déjouer la volonté divine mais le précipitera dans l'accomplissement de son destin.

Accompagnant cette quête du savoir, apparaît une dimension d'ignorance du sujet.

C'est cette révélation qui l'engage, *sans qu'il le sache* dans les traces de son destin. Ignorance du sujet qui le précipite dans l'accomplissement de sa destinée alors même qu'il tente de s'en extraire.

Au fond, n'est révélé par les Dieux que ce qui suffit à précipiter le destin d'Œdipe, en tant qu'objet de la volonté divine. Ils ne lui révèlent pas sa filiation, ce qui le pousse au choix de l'exil.

Ils ne révèlent pas à Laïos que l'abandon du nourrisson ne sera pas suffisant à empêcher l'accomplissement du destin, évitant par là un passage à l'acte plus radical.

Au fond, ce que nous montre le mythe est cette naïveté du sujet qui n'entend dans la parole des dieux qu'une information concernant son avenir, alors même que ce qui s'y joue touche à une volonté qui le dépasse et dont il est l'objet.

La question de la filiation comme objet de sa quête de savoir se déroule en deux temps.

Le premier qui le confronte à un savoir autre concernant son destin. Puis un second temps alors que le messager, qui vient annoncer la mort de Polybe, cherche à le rassurer en lui apportant cette réponse qu'il n'attendait plus, à savoir qu'il n'était pas le fils de Polybe.

C'est cette seconde phase de la quête de savoir de qui il est le fils qui le conduira à la révélation de ce que le destin s'est accompli à son insu, pointant là encore la dimension d'ignorance du sujet.

Cependant, l'accomplissement du destin d'Œdipe n'est pas suffisant pour les dieux, il faut qu'Œdipe en prenne acte. L'accomplissement fait à son insu doit faire l'objet d'une révélation.

Les dieux y veilleront par les ravages de la peste.

Œdipe est dès lors poussé à la connaissance de ce qui lui était voilé, il entre de plain-pied dans l'atrocité.

La peste qui ravage sa patrie oblige à un dévoilement partiel de l'accomplissement de son destin. Dévoiler l'identité du meurtrier de Laïos n'entraîne pas de conséquences aussi dramatiques que la révélation de l'infamie.

Œdipe en ne se révélant que meurtrier n'aurait eu à subir que son propre exil, tout en conservant sa dignité, son statut de héros, victime bien malgré lui d'un destin dont il n'avait pas la maîtrise.

Rien n'oblige Œdipe à la révélation de la nature infâme, car parricide, de son geste meurtrier ni de l'inceste consommé, si ce n'est cette volonté de savoir de qui il est le fils, réactualisée par le discours du messager.

LES EFFETS DE LA REVELATION

Les paroles énoncées par le messager se voulant rassurant, alors qu'il vient annoncer à Œdipe la mort de Polybe²⁴³, produisent un effet de dévoilement chez Jocaste, qui assiste à l'échange entre les deux hommes.

Elle comprend que le destin qui les frappe elle-même et Laïos s'est réalisé. Pourtant ce qui provoque sa crainte, ce n'est pas tant de le savoir, que le fait qu'Œdipe en fasse une révélation. Elle sait et le freine dans sa quête du savoir.

La position de Jocaste face à la question du destin est étonnante à plus d'un égard.

Tout d'abord elle ne semble pas concernée par l'oracle.

En effet, quand elle parle du destin qui touche sa famille, elle ne parle que de la partie qui concerne son époux Laïos. Jamais elle ne parle de cet inceste dont elle sera l'objet.

Par ailleurs, Jocaste donne le sentiment de ne pas accorder beaucoup de valeur à la question du destin.

Elle cherche à donner la preuve que la parole des dieux ne comporte pas ce déterminisme inéluctable qu'on lui accorde par le fait que la mort de son époux a été occasionnée, non pas par son fils qu'elle croit mort, mais par une troupe de bandits.

²⁴³ Ibid., p. 542.

Elle en veut également pour preuve le fait que Polybe, celui que tout le monde croit être le père d'Œdipe, est mort de vieillesse et non pas sous les coups portés par Œdipe. Autant d'arguments qu'elle oppose à l'idée d'une puissance inéluctable donnée à l'oracle.

Cependant elle a accordé suffisamment de crédit à l'oracle menaçant son époux, pour laisser ce dernier lui enlever son fils nouveau-né dans une volonté infanticide.

La position de Jocaste fait penser à celle des sujets qui dénie la réalité de leur situation. Elle semble avoir entendu et accordé de l'importance au destin qui a été signifié à Laïos mais elle fait en sorte d'en dénier le caractère inéluctable.

Jusqu'au bout, même lorsqu'elle sera en possession de ces multiples révélations : que ce n'est pas un groupe d'individus mais un seul homme qui est à l'origine de la mort de Laïos, que Polybe n'est pas le père d'Œdipe, et que finalement ce n'est pas à son époux qu'elle s'adresse en tant qu'épouse mais à son fils, elle tentera de faire en sorte qu'Œdipe reste dans l'ignorance de tout cela, que ne se révèle pas à lui la vérité sur l'accomplissement de son destin.

Et ce n'est que lorsqu'Œdipe prend acte de tout cela, qu'elle-même ne peut plus s'en soustraire et s'évanouit dans la mort.

Ceux qui savent se retiennent de le dire²⁴⁴, de faire l'aveu de qui il est.

Ce n'est pas tant l'accomplissement du destin qui est redouté que sa révélation faite à Œdipe. Bien plus que l'accomplissement du destin, c'est le fait de le dire, de le faire passer par la chaîne signifiante qui fait horreur tant à Jocaste qu'au berger qui a confié Œdipe au messager. Il s'agit de maintenir cela dans le secret.

Il semble que tous peuvent supporter ce savoir mais pas la révélation du secret auprès d'Œdipe, ce dont confirme le Pâtre lorsqu'il se lamente sur la demande d'Œdipe : « *Mais pour moi, si je dois le révéler ... alors oui, c'est souffrir mille morts !* »²⁴⁵.

La mort ne semblant être que l'issue possible du savoir révélé.

²⁴⁴ Ibid., p. 545.

²⁴⁵ Ibid.

C'est ce qui attend Jocaste non pas en raison du dévoilement subjectif de la réalisation de l'oracle mais en raison de la révélation finale qu'en fera Oedipe. A ce moment-là elle se précipitera elle-même dans la mort.

Au fond, ce n'est pas tant de savoir qui la tue que le fait que ce savoir soit révélé.

C'est l'authentification du savoir par l'Autre qui néantisera le sujet, obligeant une forme de *Bejahung* de l'infamie dont Jocaste ne peut plus se dérober par la méconnaissance.

Dès lors que ce savoir passe par l'authentification par l'Autre, s'incarnant à ce moment-là en Œdipe, il ne peut plus faire l'objet d'une dénégation et précipite l'anéantissement du sujet.

Forcer le sujet, par le martellement de l'information ou de son pronostic létal, à la reconnaissance d'un savoir qu'il possède, mais qu'il cherche à ignorer, a des effets de désobjectivation. Ces effets peuvent le conduire à une forme de passage à l'acte suicidaire, non pas tant sur le plan du réel mais sur le plan symbolique par la destruction radicale de la dynamique désirante laissant apparaître un sujet moribond, mort avant la mort elle-même.

A.2.4 La nature divine du destin

Le destin vient donc désigner ce qui fait l'histoire à venir des hommes, l'ensemble des événements qui ne manqueront pas de ponctuer le cours de leur vie.

Le destin est de l'ordre, non pas de la parole énoncée, même s'il peut faire l'objet d'une parole des dieux ou de leurs messagers, les devins, tel Tirésias « *qu'habite le dieu, l'homme qui nourrit en son sein (...) la vivante vérité* »²⁴⁶, mais il est de l'ordre de la trace écrite.

Le destin est une inscription faite par les dieux des religions polythéistes dans le livre des dieux que seuls les dieux peuvent consulter.

La nature divine de l'inscription du destin se retrouve, également dans les religions monothéistes, dans la définition qu'en donne l'Imam Ahmad ibn Handal en tant que le destin est « *le pouvoir de Dieu, du fait qu'il procède de Sa puissance et sans doute de l'universalité de celle-ci ; il fait également partie du secret caché de Dieu que Lui Seul, Gloire à lui, le Très Haut connaît, écrit sur la table gardée, dans un Livre caché que nul hormis Dieu n'en a connaissance et nous ne pouvons connaître le destin que Dieu a décrété à Ses créatures qu'après sa survenance ou l'information authentique à son sujet.* »

Le destin se rattache donc à la figure divine et procède d'un caractère occulte, voilé, secret dit l'Imam Ahmad ibn Handal, dont l'inscription se fait dans la trace écrite qui peut être divulguée dans l'authenticité sous la forme d'une vérité.

Le destin est inéluctable, nul ne peut s'en défaire, d'autant s'il met en scène la mort, telle que nous le démontre l'apologue du serviteur²⁴⁷ : « *qui, un matin, sur la place du marché, rencontre la mort. Comme celle-ci le dévisage d'un air courroucé, il s'inquiète et rentre précipitamment chez son maître à qui il confie son trouble. Le maître lui conseille alors, par précaution, de seller un cheval et de se rendre sans tarder à Samarkand, ville éloignée de quelques lieux, qu'il pourra atteindre le soir même s'il chevauche sans discontinuer. L'après-midi, le maître rencontre à son tour la mort, et en profite pour lui demander pourquoi elle se permet de toiser ainsi ses serviteurs. « Mais il n'y avait rien d'agressif dans mon regard, lui rétorque la mort, seulement de l'étonnement : je ne comprenais pas qu'il soit ici ce matin, alors qu'il aurait du savoir qu'il avait rendez-vous avec moi ce soir à Samarkand, et qu'il lui fallait partir tout de suite pour y arriver à temps ! »*, à vouloir fuir son

²⁴⁶ Ibid., 521.

²⁴⁷ Abelhauser, A. *La mort et l'inconscient*, in *Esquisses psychanalytiques*, Printemps 1990, n°13, pp. 63-73.

destin, on s'y précipite inexorablement. Comme « *Vous le voyez vous-mêmes, il n'est pas de mortel qui échappe à son sort, quand un Dieu l'y conduit* »²⁴⁸.

Ce qui paraît surprenant dans cet apologue est ce commentaire de la mort qui suppose que le serviteur 'aurait du savoir' qu'il allait mourir le soir même à Samarkand.

On y voit la marque imaginaire de l'auteur dans la croyance en l'idée que la mort puisse être l'objet d'un savoir alors qu'elle ne peut être qu'objet de méconnaissance.

Au fond, ce n'est pas tant le savoir qui conduit le serviteur à mourir à Samarkand que l'ignorance elle-même.

Une autre idée imaginaire mise en scène dans ce propos de la mort, est de penser que de savoir qu'il doit mourir à Samarkand aurait dû conduire le serviteur en ce lieu.

Cela suppose que celui-ci aurait accepté l'idée de sa propre mort et s'y serait soumis alors même que la première réponse à la connaissance d'un tel destin est de tenter de le fuir, ce que fait le serviteur pour mieux s'y précipiter.

Donc le destin est une écriture divine, orchestrant les événements ponctuant la vie des hommes, mettant en jeu un déterminisme dépassant la volonté humaine et s'opposant par là au libre arbitre.

C'est au hasard que Freud opposera, quant à lui, le déterminisme.

C'est-à-dire que, non seulement les actes des hommes, mêmes ceux dont ils pensent être les maîtres, ne sont produits que sur une volonté autre d'une instance supérieure, mais aussi que les événements réels survenant sans l'intervention des hommes, sont également motivés par cette même volonté divine.

L'homme, que ce soit dans les actes qu'il pose ou au travers des événements qu'il subit, serait, selon la logique des mythèmes et des théologèmes l'objet d'un déterminisme qui le dépasse.

Freud reconnaît cette influence du déterminisme dans la vie des hommes mais tout en restituant aux hommes. Les hommes seraient ainsi soumis à une volonté qui les dépasse et qui leur appartient en propre.

²⁴⁸ Sophocle, Œdipe à Colone, in Les tragiques grecs (Deforge, B. et Jouan, F.), Tome I, Robert-Laffont, Paris, 2001, vers 252-253.

« Sers-toi de ton libre arbitre pour vaincre le déterminisme qui agit en toi »²⁴⁹ est une idée somme toute purement imaginaire, propre au moi, qui est de croire en la possibilité de son libre arbitre, c'est-à-dire de croire en la possibilité de poser des actes qui échapperaient au déterminisme alors même que celui-ci est à resituer du côté de l'inconscient agissant le moi à son insu.

²⁴⁹ Ostad Elahi et Bahram Elahi, *La voie de la perfection*, éd. Albin Michel, coll. « Spiritualités vivantes », Paris, 2002, pp. 102.

A.3 Le déterminisme : points de vue de la psychanalyse

A.3.1 Destin et déterminisme inconscient

LE LIBRE ARBITRE

Selon Freud, qui s'intéresse au début des années 1900, au déterminisme tel qu'il se manifeste dans les actes manqués de la vie quotidienne²⁵⁰, le libre arbitre, conviction selon laquelle on peut agir librement et sans contrainte, participe du mouvement qui consiste à refuser de reconnaître l'existence d'un déterminisme qui influencerait nos choix.

Tout se joue comme si la conviction en un libre arbitre venait contredire la possibilité d'un déterminisme et à contrario que l'existence d'un déterminisme venait pervertir la possibilité du libre arbitre.

Freud ne cherchera pas à contester l'existence de la conviction en un libre arbitre, mais posera la distinction entre la motivation consciente des actes que l'on pose et la motivation inconsciente des actes qui se réalisent sous l'apparence d'un ratage (réussi).

Le libre arbitre serait l'expression de motivations conscientes en œuvre et ne contredirait pas l'existence d'un déterminisme inconscient qui agirait nos actes à l'insu de la conscience.

Mais peut-on accorder pour autant tout crédit au libre arbitre ?

Sommes-nous totalement assurés que les raisons qui nous poussent à choisir sont totalement empruntées de liberté au regard de notre déterminisme inconscient ?

N'est-ce pas un leurre que de croire que les actes que nous posons de manière consciente se font indépendamment de toute influence inconsciente ?

²⁵⁰ Freud, S. (1901), *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, Payot, 2001, p. 319.

N'est-il pas plus juste de penser que nos actes qui nous semblent les plus libres sont au fond le résultat d'un assentiment conscient de motivations qui peuvent nous échapper totalement, au sens où elles restent purement inconscientes ?

C'est là au fond l'idée mise en œuvre par la mythologie et repérable dans Œdipe Roi.

Tous les actes qu'il pose semblent dictés par son libre arbitre : le choix de tuer l'impertinent étranger qui le menace sur la route qui le mène à Thèbes, accepter cette femme que les habitants de Thèbes lui proposent en mariage pour les avoir sauvés de la Sphinx.

Alors qu'au fond et c'est là tout le drame qui se révélera à lui dans sa quête du savoir, ces choix ne sont pas libres mais contraints par la nécessité du déterminisme de son destin, écrit et voulu par les dieux. Œdipe n'a fait que poser des actes décidés par une instance qui le dépasse et qui l'agit à son insu.

De le découvrir le précipitera dans une déchéance sans nom.

LE SUPERSTITIEUX

La superstition²⁵¹, avec l'analyse des interprétations que les paranoïaques font des gestes accidentels d'autrui et des détails de la réalité, sont des voies par lesquelles Freud vient justifier l'existence d'un déterminisme inconscient en œuvre dans nos actes les plus accidentels.

C'est-à-dire que c'est au travers des actes qui nous échappent, au sens où ils échappent à une motivation consciente, que Freud met en valeur l'existence d'une motivation autre qui indique la présence et l'influence de l'inconscient.

La superstition procède, à l'image des interprétations des paranoïaques, en la croyance pour l'un et la certitude pour l'autre que le réel, et les événements qui le ponctuent, portent et délivrent une signification, qui concerne directement le sujet, qu'il soit paranoïaque ou superstitieux.

²⁵¹ Freud, S. (1901), Ibid., p. 322.

Pour n'en rester qu'à la superstition, le sujet superstitieux voit dans l'événement accidentel, non prévu, la manifestation du sort, soit sous la forme d'une intention qui le concerne, soit sous la forme d'une réponse pour une interrogation qu'il se pose.

Freud s'appuie sur l'acte manqué de son cocher, c'est-à-dire sur cet événement réel par où il se fait arrêter devant une maison qui n'est pas celle de sa patiente, afin de restituer une forme de pensée superstitieuse, dont il se refuse la paternité²⁵².

Il y voit une réponse du sort à cette pensée qui consiste à se demander combien de temps sa patiente de 90 ans vivra encore. Cette interrogation pouvant traduire un désir de mort à l'égard de la patiente et dont la réalisation trouverait sa confirmation dans le réel au travers de l'acte manqué du cocher.

Freud analyse cette croyance superstitieuse en la manifestation du sort, d'un déterminisme qui serait extérieur au sujet, dans le sens d'une projection du déterminisme psychique inconscient sur les événements réels. C'est en ce sens que la superstition vient argumenter l'existence du déterminisme psychique.

Au fond, ce que le sujet refuse de percevoir au travers de ces actes manqués, en tant que manifestation de son propre déterminisme inconscient, se présente de manière acceptable dans sa projection dans le réel. Le sujet peut alors y entendre l'expression d'une signification qui le concerne mais tout en ne lui attribuant pas sa propre paternité.

En ce sens, voir dans l'acte manqué du cocher l'expression d'un avertissement concernant la survenue de la mort de sa patiente, n'est autre que la projection dans le réel de la manifestation du désir de Freud transformé en réalité survenue, dont le sort lui ferait signe. Le bénéfice étant d'extraire le sujet de l'expression du désir comme s'il n'en était pas l'auteur.

La signification que le superstitieux entrevoit dans la survenue de certains événements réels porterait sur la dimension du désir en tant que tel, que celui-ci se présente sous la forme d'un désir dont le sujet serait l'objet ou d'une réponse accordée à l'expression inconsciente du désir du sujet.

²⁵² Cependant, étant donné qu'il y a pensé, on peut y entendre une manifestation superstitieuse de sa part, même s'il se la refuse.

Toute la question est alors de savoir ce qui, au travers de l'expression du sort, viendrait manifester son désir ou donner réponse au désir du sujet.

A.3.2 Projection sur le réel d'un déterminisme inconscient

L'ANIMISME

L'animisme se définit d'être la croyance des peuples primitifs dans le fait que le monde est peuplé par « un monde infini d'êtres spirituels, bien ou mal disposés à leur égard. Ils font de ces esprits et de ces démons la cause des processus naturels et soutiennent qu'ils animent non seulement les animaux et les plantes mais aussi les choses inanimées dans le monde. »²⁵³.

Freud estime que c'est la mort qui a donné le point de départ de la création de cette croyance animiste. Dès 1912, il argumente l'idée d'une impossibilité dans laquelle nous nous trouvons de pouvoir nous représenter la mort, l'absence de représentation de la mort dans l'inconscient n'étant développée dans la théorie freudienne qu'en 1915²⁵⁴.

Cette impossibilité ouvre la voie à l'idée de l'immortalité qui participe des croyances des peuples animistes.

L'animisme serait à l'origine de la mythologie en tant que fondement de la constitution des divinités. Freud y voit une théorie appartenant au psychologique qui persiste sous la forme de la superstition dans les sociétés modernes.

En ce sens, l'animisme participe de cette projection dans le réel d'un déterminisme psychique, telle que Freud l'a mis en évidence dans son analyse de la superstition.

Freud émet alors l'hypothèse que ce qui motive cette projection des processus psychiques dans le réel se produit quand cette « projection apporte l'avantage d'un soulagement psychique »²⁵⁵. Quelque chose dont l'énoncé peut s'autoriser à condition qu'elle en passe par cette projection

²⁵³ Freud, S., (1913), *Totem et tabou*, Paris, Points Essais, p. 158.

²⁵⁴ Freud, S., (1915), *Considérations actuelles sur la guerre et la mort*, in Essais de psychanalyse, Paris, Payot.

²⁵⁵ Freud, S., (1913), *Totem et tabou*, Paris, Points Essais, p. 185.

dans le réel, comme le démontre l'analyse de la superstition, au lieu que le moi s'en reconnaisse la paternité psychique.

Ce serait la toute puissance de la mort qui aurait « *contraint l'homme primitif à céder une partie de sa toute-puissance aux esprits et à sacrifier une part de son libre arbitre dans l'action* »²⁵⁶. C'est-à-dire que c'est la proximité de la mort qui produirait cette nécessité de projeter le déterminisme psychique dans le réel et y entendre la manifestation d'une instance qui dépasse le sujet, orientant sa vie dans un destin qui lui échappe, y sacrifiant par là sa conviction en son libre arbitre.

LE TOTEMISME

Freud, en 1912, s'interroge sur la fonction du totem dans les peuplades primitives. Représenté en général par un animal, « *le totem est tout d'abord le père créateur du clan, mais ensuite il est aussi son esprit protecteur et son recours, celui qui leur envoie des oracles et, nonobstant le danger qu'il peut représenter, connaît ses enfants et les épargne.* »²⁵⁷

Ce que la mythologie met en jeu dans les mythes, concernant la dimension du destin divulgué sous la forme d'oracle venant des dieux, aurait donc une origine antérieure, encrée dans les croyances des peuples primitifs²⁵⁸.

Le totem procéderait d'une forme de nomination²⁵⁹ des membres d'un même clan, ce qui conforte l'idée que, le totem étant le père ancêtre de la tribu, il serait à entendre comme une première ébauche du Nom-du-Père, indiquant par là la nécessité pour les membres de la tribu de s'affilier à ce nom-du-père totémique.

Qu'il soit transmis par les femmes de la tribu n'y change rien²⁶⁰, l'essentiel étant de faire circuler la loi du père et les deux tabous qui s'y rapportent²⁶¹.

²⁵⁶ Freud, S., (1913), Ibid., p. 186.

²⁵⁷ Freud, S., (1913), Ibid., p. 41.

²⁵⁸ Freud, S., (1913), Ibid., p. 205.

²⁵⁹ Freud, S., (1913), Ibid., p. 214.

²⁶⁰ Freud, S., (1913), Ibid., p. 216.

Le totem est aussi celui qui envoie des oracles aux membres du clan.

Le totémisme disparaissant au profit du polythéisme, la fonction de l'oracle persiste comme dévoilement réalisé par la figure paternelle dès lors représentée, dans une fragmentation, par la multiplicité des divinités, corollaire de la multiplicité totémique.

²⁶¹ Freud, S., (1913), *Ibid.*, p. 91.

A.3.3 Mort et déterminisme

LE TOTEM ET LA MORT

Le totem entretient un certain lien avec la mort en ce que « l'apparition d'un animal totem à proximité d'une maison était souvent considérée comme l'annonce d'une mort : le totem venait y chercher son parent ». ²⁶²

Non seulement le totem est celui qui annonce de manière oraculaire la mort mais il est aussi celui par qui la mort survient. Ce qui vient confirmer le lien entre la figure paternelle et la mort réelle dont la survenue peut faire l'objet d'un dévoilement oraculaire.

Pour le « primitif », la mort naturelle est le fruit d'une violence, au sens où elle est le résultat d'un désir de mort dirigé contre lui.

Ce désir de mort provient soit de l'autre, soit du totem lui-même. Lorsque la mort est l'objet du désir du totem, elle apparaît comme châtiment pour une faute que le sujet aurait commise en cédant à des désirs coupables. ²⁶³

La mort devient intentionnelle et le fruit d'une malveillance à l'encontre du sujet. Elle vient faire résonner la présence de l'Autre en tant qu'il est celui qui délivre l'oracle venant révéler le destin fatal du sujet.

LA MORT N'EST PAS LE FAIT DU HASARD

Dans les premières pages qui introduisent le chapitre sur la mort dans *Considérations actuelles sur la guerre et la mort*, Freud fait ce constat que la guerre fait apparaître la mort de manière insistante dans le réel, ce qui a pour effet d'effacer le sentiment en soi protecteur, du hasard lié à la survenue de la mort. A la place se dévoile le sentiment pesant d'un déterminisme en œuvre.

²⁶² Freud, S., (1913), Ibid., p. 160.

²⁶³ Freud, S., (1913), Ibid., p. 98.

Freud reprend cette idée en 1920 dans l'*Au-delà du principe de plaisir*, par où « nous nous soumettons plus volontiers à une loi naturelle inexorable, à la grande 'Aváγγη, qu'à un hasard auquel nous aurions peut-être pu échapper »²⁶⁴.

Le hasard n'y apparaît plus dans un aspect protecteur et ce qui semble plus préférable serait de se sentir l'objet d'un déterminisme qui nous dépasse.

Sachant qu'être l'objet d'un tel déterminisme conduit le sujet à être l'objet d'une inscription dans le livre du destin tenu par les dieux. Autrement dit être l'objet d'une intention de l'Autre quand la mort surgit est préférable à ne subir que l'effet du hasard.

Freud tente alors d'inscrire la mort du côté de l'effet d'un déterminisme psychique qui se déplie sous la forme de la pulsion de mort.

Mais dans le même mouvement, il revient sur la croyance des peuples primitifs concernant l'existence d'un déterminisme extérieur qui entraînerait la mort.

Mais ne s'agit-il pas au fond de la même chose ?

Les primitifs ne font-ils pas autre chose que projeter dans le réel leur propre déterminisme inconscient ?

COMPULSION DE DESTIN ET PULSION DE MORT

La compulsion de répétition, apparaissant comme réaction à la résistance mise en œuvre dans et par la cure analytique, ou ce qui doit se dire de l'inconscient trouve à se faire dans l'acte agissant le sujet à son insu²⁶⁵, se retrouve dans les phénomènes propres à la vie psychique non pathologique que Freud nomme compulsion de destin.

²⁶⁴ Freud, S., (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, p. 100.

²⁶⁵ Freud, S., (1914), *Remémoration, répétition et perlaboration*, in *La technique psychanalytique*, Paris, Puf, p. 120.

Ainsi Freud souligne l'existence de « l'impression d'un destin qui les poursuit, d'une orientation démoniaque de leur existence, et la psychanalyse a d'emblée tenu qu'un tel destin était pour la plus grande part préparé par le sujet lui-même et déterminé par des influences de la petite enfance. »²⁶⁶

Il s'agit là de l'éternel retour du même qui conduit Freud à penser la pulsion sur le versant de la mort. La mort en tant que rien ne bouge, rien n'évolue, pétrification du mouvement dans un retour au même du même.

Et Freud illustre son propos par des exemples mettant en scène des relations humaines vouées à reproduire indéfiniment l'abandon, non pas abandonner l'autre mais être abandonné²⁶⁷, trahi²⁶⁸, ou encore cette répétition de la tendance à accorder à l'autre une grande autorité, pour mieux la lui soustraire et l'accorder à un autre, qui témoigne de cette nécessité à se placer sous l'autorité de l'Autre.

La relation humaine mise en jeu dans ces phénomènes de répétition n'est pas portée par l'imaginaire et ne concerne pas l'autre en tant que tel.

Mais elle se trouve inscrite dans le symbolique en tant que ce qu'elle met en jeu, c'est la relation que le sujet entretient avec l'Autre. Soit qu'il se place sous son autorité manifeste, soit qu'il met en scène ce qui s'y trouve le plus redouté, à savoir l'abandon.

De s'affronter à la résistance imaginaire, le symbolique imprime le mouvement pétrifiant de la mort dans les actes répétés du sujet au quotidien de sa vie. La compulsion de répétition conduit le sujet au point mort de son désir dans une trajectoire déterminée par son inconscient, à son insu.

Au fond, ce que la compulsion de répétition convoque dans une inertie mortelle, c'est la relation du sujet à l'Autre, soit dans une posture d'emprise, soit dans une position déçue, abandonné.

Cependant, et c'est là un paradoxe intéressant, c'est également par ce biais imaginaire que le sujet trouvera le moyen d'échapper aux prises mortelles du vacillement du symbolique par l'approche de la mort réelle.

²⁶⁶ Freud, S. (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, p. 68.

²⁶⁷ Freud, S. (1920), *Ibid.*

²⁶⁸ Freud, S. (1920), *Ibid.*

A.3.4 Figures du destin

LE SURMOI

Le destin est donc la voie propre du déterminisme, définit par Freud, dans son texte sur *Le problème économique du masochisme*²⁶⁹ écrit en 1924, comme étant pour le sujet la « figure ultime du surmoi »,²⁷⁰ celui-ci étant cette instance psychique qui incarne toutes les figures d'autorité de la vie du sujet.

Elles débutent par les instances parentales, puis se construisent par les influences laissées par les maîtres, les modèles et les héros ayant marqué le sujet. Ainsi, « la dernière figure qui débute avec les parents est le Destin, puissance obscure que seuls très peu d'entre nous parviennent à concevoir de façon impersonnelle »²⁷¹. Freud souligne que « ... tous ceux qui transfèrent la conduite du cours du monde à la Providence, à Dieu ou à Dieu et à la nature nous font soupçonner qu'ils continuent de ressentir ces forces, les plus extérieures et les plus lointaines qui soient, comme un couple parental –au sens mythologique- et qu'ils se croient rattachés à elles par des liens libidinaux »²⁷².

Le destin prend consistance comme « grande puissance parentale »²⁷³ et indique par là le phénomène de projection dans le réel de la fonction de l'Autre.

« Le surmoi conserve (...) des caractères essentiels des personnes introjectées, leur puissance, leur sévérité, leur tendance à surveiller et à punir. »²⁷⁴. Le surmoi possède donc des caractéristiques ayant trait tout autant à la bienveillance de la protection qu'à une certaine forme de sévérité ou de malveillance. Le surmoi peut se montrer dur, inexorable à l'égard du moi.

Freud situe l'enracinement de « l'Être supérieur qui punit inexorablement »²⁷⁵ dans la constitution du surmoi dont la tendance agressive se retourne sur le moi.

²⁶⁹ Freud, S., (1924), *Le problème économique du masochisme*, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1997.

²⁷⁰ Gori, R., et Del Volgo, M.J., (2005), *La santé totalitaire*, Paris, Denoël, p. 32.

²⁷¹ Freud, S., (1924), *Le problème économique du masochisme*, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1997, p. 295.

²⁷² Freud, S., (1924), *Ibid.*, p. 295.

²⁷³ Freud, S., (1924), *Ibid.*, p. 297.

²⁷⁴ Freud, S., (1924), *Ibid.*, p. 294.

²⁷⁵ Freud, S. (1923), *le moi et le ça*, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, p. 300.

C'est ce que démontre le masochiste lorsqu'il cherche l'expiation de ses fautes par le châtement du Destin, entendu comme expressions des puissances parentales.

Afin de provoquer cette punition, le masochiste peut aller jusqu'à « *anéantir sa propre existence réelle* »²⁷⁶, ce qui dévoile le rapport étroit entre la propre mort réelle et la fonction de l'Autre dans le châtement qu'il peut donner.

C'est là rechercher de la part de l'Autre l'expression d'un désir envers le moi qui soit un désir de punition. Le masochiste provoquerait, éventuellement, sa propre mort afin de parvenir à une convocation de l'Autre dans une posture malveillante à son égard.

Ainsi le surmoi, ou plutôt la figure paternelle telle qu'elle trouve à exprimer la fonction du grand Autre est une figure du destin.

Aussi, et pour répondre à cette interrogation²⁷⁷ de ce qui manifeste son désir au travers de l'expression du sort, nous pouvons introduire l'Autre, en tant que figure du destin.

LA MORT

Cependant, le destin peut prendre une autre figure, ce que démontre l'analyse que Freud produit dans *Le motif du choix des trois coffrets*, en ce que ce choix participe d'un oracle²⁷⁸.

Le mythe du choix des coffrets, à l'instar de tous mythes, est considéré par Freud comme la projection dans le réel d'un motif issu de processus psychiques, et c'est ce qu'il cherchera à interroger dans ce petit essai sur le choix des coffrets.

Le choix des trois coffrets est la représentation symbolique du choix d'un homme entre trois femmes qui sont des sœurs et qui porte toujours sur la troisième et dernière. Freud s'interroge sur l'identité de ses trois sœurs et sur les raisons qui poussent à choisir la dernière.

²⁷⁶ Freud, S., (1924) *Le problème économique du masochisme*, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, p. 297.

²⁷⁷ Cf le paragraphe « le superstitieux »

²⁷⁸ Freud, S., (1913), *Le motif du choix des trois coffrets*, in *L'inquiétante étrangeté et autres textes*, Paris Gallimard, p. 155.

La dernière figure féminine sur laquelle porte le choix final a pour caractéristique, souligne Freud, le mutisme.

Enseigné par l'interprétation des rêves, il ne peut interpréter ce mutisme de la troisième sœur que dans le sens de la mort.

Ce rapprochement entre le mutisme et la mort permet à Freud d'identifier les deux autres sœurs. Elles sont toutes trois les figures du destin, les Moires ou Parques.

Celle qui est l'objet du choix des hommes, la mort, se nomme « *Atropos : l'inexorable* »²⁷⁹.

La mort est donc l'une des figures du destin.

Nous touchons là un point problématique de la pensée de Freud en ce que le destin, articulé comme la projection sur le réel d'un déterminisme inconscient, nous ne pouvons que buter sur ce qui apparaît comme une aporie, à savoir, que Freud fait apparaître la mort comme figure du destin alors même que ce destin est le résultat de la projection dans le réel d'un déterminisme inconscient au sein duquel ne peut venir s'inscrire aucune représentation de la mort.

La solution de ce qui apparaît à première vue comme une aporie se trouve dans l'introduction de l'Autre en tant que figure du destin.

L'Autre, dont le fondement se constitue sur la mort réalisée et introjectée du Père.

L'Autre est cette figure introjectée puis projetée dans le réel sous la forme du destin, mettant dans le même mouvement en œuvre la dimension de la mort qui le constitue.

Ainsi, la mort est une figure du destin, non pas en tant que propre mort qui ne trouve à se représenter dans l'inconscient mais en tant que mort du père qui fonde la fonction symbolique.

²⁷⁹ Freud, S. (1913), *Ibid.*, p. 171.

A.4 Annonce du diagnostic létal

A.4.1 Repérages théoriques

L'oracle est donc cette parole des dieux adressée aux hommes dans la révélation de leur destin. Il s'agit d'une révélation énoncée de ce qui se présente au préalable sous la forme d'un écrit indélébile dans le livre des dieux.

Le destin, nous apprend la mythologie, est volonté divine, inexorable. Tenter d'y échapper n'a d'autre conséquence que de mieux y précipiter le sujet.

Le destin se rattache donc à la figure divine et procède d'un caractère occulte, voilé, dont le dévoilement lui accorde la valeur d'une vérité énoncée, incontournable et qu'il ne s'agit plus d'esquiver comme en témoigne Jocaste.

Freud quant à lui, voit dans le déploiement du destin la manifestation d'un déterminisme inconscient propre aux hommes qu'ils projettent dans le réel, peuplant ce dernier de significations qui les concernent intimement jusque dans la mort.

Ce déterminisme dans le réel a la particularité de se manifester sous la forme d'une révélation de quelque chose de caché concernant l'état à venir de la réalité²⁸⁰.

Définition freudienne qui se rapproche de la définition mythologique du destin en tant que parole oraculaire venant dévoiler aux hommes les événements futurs de leur vie, ces événements faisant l'objet d'un dépôt écrit dans le livre des dieux.

L'annonce du diagnostic à caractère létal ou du pronostic létal n'est pas seulement information délivrée au patient en attente de savoir, elle est vérité oraculaire.

Révélation de ce qui devrait rester voilé au sujet pour que la vie persiste dans les méandres de son désir.

²⁸⁰ Freud, S. (1901), *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, Payot, 2001, p. 323.

Le sujet lui-même ne sait pas à quoi il s'expose dans cette revendication au savoir, tout comme Œdipe que le savoir précipite dans la déchéance.

Vouloir connaître son destin expose le sujet à une confrontation ultime qui n'est pas tant la rencontre avec sa mort réelle.

Déjà menacé dans son corps par les ravages de la maladie, le sujet voit cette menace se doubler d'un danger psychique.

La mort redoutée, se situe dans le champ de l'Autre, c'est l'Autre, qui bien au-delà du corps qui se meurt, devient à son tour mortifère.

A.4.2 Retour sur la clinique

Mr P., ainsi que Mr E et Mme H. dont il était question au début de notre propos, témoignent de ce phénomène clinique récurrent qui survient lorsque la propre mort se fait entendre de manière plus aigüe.

Au-delà de toute relation imaginaire à l'autre, c'est l'Autre qui est convoqué par le sujet, dans l'approche de la mort.

Ce qui est repérable dans le discours de ces sujets, est la présence d'une décision, voire d'une intention de l'Autre envers le sujet.

Ce dernier inscrivant l'annonce de sa propre mort du côté d'un message énoncé par l'Autre. Ainsi, « *l'acte d'annonce à travers le dire dans un certain cadre renvoie le médecin à une position « sacrée », de celui qui a le devoir de transmettre une vérité redoutable qu'il possède, position qui le situe du côté du Père et dans une fonction symbolisante* »²⁸¹. En procédant à l'annonce, le médecin glisse effectivement dans une position qui le dépasse.

D'une position imaginaire, l'acte d'annonce le fait basculer dans une position symbolique d'Autre en tant que tel ou de messenger de l'Autre. Dans les deux cas, ce que le médecin annonce prend valeur de vérité plus que d'information. Une *vérité annoncée*²⁸² qui va toucher à l'intime du sujet.

Dans l'affrontement à la maladie grave ou à la propre mort annoncée, le sujet se heurte donc à la question du destin, du déterminisme et par conséquent, à la présence de l'Autre dans la manifestation d'une intention à son égard.

Et, « *C'est bien parce que le corps du malade se révèle primordialement une souffrance de la chair que le sujet éprouve sa maladie comme l'intrusion d'un étranger menaçant ou comme l'imputation causale d'une malignité personnelle apte à nourrir la culpabilité fondamentale. La souffrance ou l'annonce d'une maladie létale font interprétation sauvage pour le sujet qui s'en attribue bien souvent la cause ou tente de la déporter à l'endroit d'un Autre auquel il prête une puissance menaçante* »²⁸³.

²⁸¹ Aubert-Godard, A., *De l'annonce comme représentation violente et de la violence à l'acte de dire*, dans Septième colloque de médecine et psychanalyse, Violence de l'annonce, violence du dire, Etudes freudiennes, 2005, p. 97-104, p. 100.

²⁸² Lacan, J., (1957-1958), *Le Séminaire, livre 5, Les formations de l'inconscient*, Paris Seuil, p. 17.

²⁸³ Gori, R., Del Volgo, M.J. (2005), *La santé totalitaire*, Paris, Denoël, p. 88.

Le sujet entend l'annonce d'une maladie potentiellement mortelle dans une relation « oraculaire » à l'Autre, ce qu'on retrouve effectivement énoncé dans l'exemple donné par E. Kübler-Ross, « *Un de nos malades, qui s'en allait d'une leucémie, disait avec la plus complète incrédulité : « Il n'est pas possible que je meure maintenant. Ce ne peut pas être la volonté de Dieu, puisqu'il m'a laissé en vie quand on me tirait dessus, presque à bout portant, pendant la deuxième guerre mondiale.* »²⁸⁴. Il y a en effet dans cet exemple la manifestation d'une volonté propre à l'Autre à l'égard du sujet qui plonge ce dernier dans l'effroi.

Cette idée est récurrente dans les textes traitant de la mort, chez les Egyptiens « *la maladie ne prend pas sa source dans la vie intérieure du patient. Elle s'impose à lui du dehors. La mort n'éclot pas spontanément dans des entrailles coupables. Elle équivaut à un meurtre* »²⁸⁵.

L'approche de la mort a donc cet effet de convoquer la présence de l'Autre, c'est-à-dire qu'il s'y joue une convocation de la fonction symbolique soutenue par l'Autre et qui se décline, dans le discours des sujets, sous la forme d'une intention.

Au fond, c'est le désir de l'Autre qui se trouve là interrogé par le sujet, comme si l'approche de la mort le confrontait à la question du manque de l'Autre.

²⁸⁴ Kübler-Ross, E., *Les derniers instants de la vie*, Labor et Fidès, Genève, 1975, p.21.

²⁸⁵ Marcel Sendrail (dir.), *Histoire culturelle de la maladie* [1980], Toulouse, Privat, p. 47

B Le désir de l'Autre

B.1 La mort comme fondement de l'Autre.

L'Autre est donc cette fonction symbolique qui se constitue dans et par la mort. C'est au travers du meurtre originel du Père de la horde primitive qu'il s'élabore, autorisant par là la création du symbole totémique. C'est là, la condition qui ne peut pas ne pas être, afin que le symbole, venant représenter le Père, à cette place laissée vacante par le meurtre, au regard des fils, puisse advenir et fonctionner au travers des deux tabous œdipiens du parricide et de l'inceste.

Le symbolique en tant que tel, dans le jeu incessant de la métaphore et de la métonymie au service du désir, ne se soutient que de la mort du Père. La figure du père pour que celle-ci soit efficiente ne peut être qu'une figure du père mort.

C'est en ce sens que nous pouvons situer l'Autre du côté de la mort, Mort et Figure paternelle étant ces deux figures du destin telles qu'elles sont repérées par Freud.

L'Autre, nous dit Lacan, est le discours de l'inconscient et en tant que tel il peut se trouver projeté dans le réel sous la forme du destin exhibant, tour à tour, sa figure d'autorité ou de mort. La mort se trouve par là articulée à la dialectique du désir dont la fonction « *doit rester dans un rapport fondamental avec la mort.* »²⁸⁶.

²⁸⁶ Lacan, J., (1959-1960), *Le séminaire, livre 7, L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Seuil, p. 351.

B.2 Le désir de l'Autre

B.2.1 Le désir du désir de l'Autre

L'annonce du diagnostic à caractère létal convoque l'Autre comme supportant un message oraculaire portant sur la mort du sujet.

L'oracle est par définition l'expression de ce dont les dieux *recherchent la nécessité*. C'est donc l'expression, la révélation de ce qui se dévoile du désir de l'Autre à l'égard du sujet.

Lacan, au cours du séminaire du 4 décembre 1957, situe la demande du sujet comme formulation qui part de l'Autre avant de se réfléchir sur le *je* de l'énonciation, puis aboutit sous la forme d'un message qui a valeur de vérité énoncée en tant qu'elle porte sur le désir de l'Autre. Autrement dit toute demande s'articule au désir de l'Autre²⁸⁷.

C'est par les conditions de la demande que le sujet est amené à modeler²⁸⁸ son désir comme articulé au désir de l'Autre. Au-delà de toute demande ce qui est convoqué est la dimension du désir de l'Autre, quelque soit celui qui demande²⁸⁹, que ce soit le sujet ou l'Autre.

Lacan insiste sur cette dépendance primordiale du sujet au désir de l'Autre qui soumet²⁹⁰ ce dernier à la loi de son désir.

L'annonce de diagnostic létal n'est pas demande en tant que telle, mais portant une signification sur la mort du sujet, elle convoque l'Autre dans cette dialectique du désir, la mort elle-même prenant valeur d'objet métonymique du désir de l'Autre.

Au fond, nous dit Lacan, « (...) le désir de l'homme est le désir de l'Autre (...), à savoir que c'est en tant qu'Autre qu'il désire (...). C'est pourquoi la question de l'Autre qui revient au sujet à la place où il en attend un

²⁸⁷ Lacan, J., (1957-1958), *Le séminaire 5, Les formations de l'inconscient*, Paris, Seuil, p. 94-95.

²⁸⁸ Lacan, J., (1957-1958), *Ibid.*, p. 271.

²⁸⁹ Lacan, J., (1957-1958), *Ibid.*, p. 359.

²⁹⁰ Lacan, J., (1957-1958), *Ibid.*, p. 188.

oracle, sous le libellé d'un : *Che Vuoi ? que veux-tu ?* est celle qui conduit le mieux au chemin de son propre désir, -s'il se met (...) à la reprendre, fût-ce sans bien le savoir, dans le sens d'un *Que me veut-il ?* »²⁹¹

L'oracle est donc bien là définit dans une articulation au désir de l'Autre en tant que réponse attendue à cette question essentielle, qui fait l'essence du désir.

B.2.2 Che Vuoi ?

Cependant, la dimension de ce que l'Autre désire se présente toujours de prime abord sous le voile²⁹² pour le sujet qui se trouve animé de cette question essentielle, *Che Vuoi ?*²⁹³

Dans son dévoilement, Le *Che Vuoi ?* que Lacan articule dans le sens d'un « *Que me veut-il ?* », vient pointer la place du moi dans la direction de ce désir de l'Autre. En effet il s'y joue « *le rapport essentiel de l'angoisse au désir de l'Autre* »²⁹⁴. L'affect d'angoisse, dans son émission, dévoile l'intervention du moi qui initie la production de ce signal d'alerte face au *Che Vuoi ?* entendu comme « *interrogation suspendue qui concerne directement le moi, non pas Comment me veut-Il ?, mais Que veut-Il concernant cette place du moi ?* »²⁹⁵.

B.2.3 Angoisse face au désir de l'Autre

Cependant cette angoisse émise par le moi, devant le dévoilement du *Che Vuoi ?* dans l'amorce d'une réponse oraculaire, est avertissement adressé au sujet lui-même²⁹⁶. Le moi avertit le sujet de la présence menaçante du désir de l'Autre²⁹⁷ qui concerne l'être même du sujet²⁹⁸.

²⁹¹ Lacan, J., (1960), *Subversion du sujet et dialectique du désir*, in *Ecrits*, p. 815.

²⁹² Lacan, J., (1957-1958), *Le séminaire 5, Les formations de l'inconscient*, Paris, Seuil, p. 359.

²⁹³ Lacan, J., (1958-1959), *Le Séminaire 6, Le désir et son interprétation*, inédit, p. 20-21.

²⁹⁴ Lacan, J., (1962-1963), *Le séminaire, livre 10, L'angoisse*, Paris, Seuil, p. 14.

²⁹⁵ Lacan, J., (1962-1963), *Ibid.*

²⁹⁶ Lacan, J., (1962-1963), *Ibid.*, p. 179.

²⁹⁷ Lacan, J., (1962-1963), *Ibid.*

²⁹⁸ Lacan, J., (1962-1963), *Ibid.*

En effet, nous dit Lacan, «*Si ça s'allume au niveau du moi, c'est pour que le sujet soit averti de quelque chose, à savoir d'un désir, c'est-à-dire d'une demande qui ne concerne aucun besoin, qui ne concerne rien d'autre que mon être même, c'est-à-dire qui me met en question. Disons qu'il m'annule. En principe il ne s'adresse pas à moi comme présent, il s'adresse à moi, si vous voulez, comme attendu, et bien plus encore comme perdu. Il sollicite ma perte, pour que l'Autre s'y retrouve. C'est cela qui est l'angoisse.* »²⁹⁹

Ce qui supporte « *la fonction angoissante du désir de l'Autre [est] liée à ceci, que je ne sais pas quel objet a je suis pour ce désir.* »³⁰⁰. Lacan insiste alors sur le fait que « (...) *l'important est que (le sujet) ne peut pas avoir la réponse parce que, (...) la seule réponse possible, c'est le signifiant qui désigne ses rapports avec le signifiant (cad le phallus). A savoir, si c'était déjà en question, dans toute la mesure où il articule cette réponse, lui, le sujet s'anéantit et disparaît. C'est justement ce qui fait que la seule chose qu'il puisse en ressentir, c'est cette menace directement portée sur le phallus, à savoir la castration ou cette notion du manque du phallus (...). Il s'agit maintenant à l'intérieur de ceci de situer ce que veut dire le désir. Nous l'avons dit, (...) il y a un message où s'annonce la réponse au Che Vuoi? et où elle s'annonce comme vous pouvez le constater, dangereusement.* »³⁰¹

Ainsi, le sujet, dans sa rencontre avec l'Autre, trouve au-delà de la demande, la dimension purement énigmatique de ce que l'Autre désire³⁰².

Le désir s'inscrit pour le sujet, avant tout comme désir de l'Autre, qu'il va interroger au sens du Che Vuoi ? Ce « Que veux-tu ? »³⁰³ qui est à entendre en tant que « Que *me* veux-tu ? » tel que Lacan enseigne à le faire advenir dans la cure analytique³⁰⁴.

Ce « Que me veux-t-il ? » énigmatique et menaçant, à partir duquel le sujet aura à situer son propre désir.³⁰⁵

L'annonce du diagnostic à caractère létal ou du pronostic létal est, non seulement oracle mettant en jeu la dimension du désir de l'Autre, c'est-à-dire au fond ce qu'il en est du manque

²⁹⁹ Lacan, J., (1962-1963), Ibid.

³⁰⁰ Lacan, J., (1962-1963), Ibid., p. 376.

³⁰¹ Lacan, J., (1958-1959), *Le Séminaire 6, Le désir et son interprétation*, inédit, p. 41-42.

³⁰² Lacan, J., (1957-1958), *Le Séminaire, livre 5, Les formations de l'inconscient*, Paris Seuil, p. 359.

³⁰³ Lacan, J., (1958-1959), *Le Séminaire, livre 6, Le désir et son interprétation*, Publication hors commerce, Document interne de l'Association freudienne internationale et destinée à ses membres, p. 20-21.

³⁰⁴ Lacan, J., (1960), *Subversion du sujet et dialectique du désir*, in *Ecrits*, p. 815.

³⁰⁵ Lacan, J., (1958-1959), *Le Séminaire, livre 6, Le désir et son interprétation*, Publication hors commerce, Document interne de l'Association freudienne internationale et destinée à ses membres, p. 23.

de l'Autre à l'approche de la mort, mais elle instille aussi le sentiment de l'Hostile contenue dans la menace portée par le message oraculaire.

C Le sentiment de l'hostile

Le sentiment de menace participe de ce sentiment de l'hostile repérable dans les situations que Freud propose afin de rendre compte de l'*Unheimlich*, en tant que dévoilement de quelque chose qui aurait dû rester secret.

C.1 Ce qui aurait dû rester secret

Le sentiment d'inquiétante étrangeté, remarque Freud, ne reçoit pas de définition précise, comme si une difficulté demeure à tenter de le cerner. Tout au plus parvient-il à préciser qu'il s'agit-il de quelque chose qui a trait à « l'effrayant, à ce qui suscite l'angoisse et l'épouvante »³⁰⁶.

C'est donc un affect qui appartient à la catégorie de l'angoisse tout en s'en distinguant, et Freud cherche à interroger ce qui permet de faire cette distinction au sein de l'angoissant.

C'est par le biais de l'exposé des définitions linguistiques du terme *Unheimlich* que Freud en arrive à la conclusion qu'une chose est effrayante pour la raison qu'elle n'est pas familière, qu'elle est inconnue.

Mais cela ne veut pas dire pour autant que tout ce qui est inconnu est étrangement inquiétant. C'est-à-dire que dans le non familier, il se rajoute quelque chose pour susciter l'étrangement inquiétant.

Pour tenter d'éclairer ce point Freud se penche sur la signification du mot *Heimlich* et tente d'en donner une définition précise. *Heimlich* possède deux significations qui semblent antagonistes, en premier lieu, est *Heimlich* « ce qui fait partie de la maison, non étranger, familier, apprivoisé, cher et intime, engageant »³⁰⁷, « suscitant le sentiment (...) d'une protection sûre »³⁰⁸.

En second lieu, est *Heimlich* ce qui est « caché, dissimulé, de sorte qu'on ne veut pas que d'autres soient informés, soient au courant, qu'on veut le soustraire à leur savoir »³⁰⁹.

³⁰⁶ Freud, S., (1919), *L'inquiétante étrangeté*, 1919, Paris, Gallimard (1985), p. 213.

³⁰⁷ Freud, S., (1919), *Ibid.*, p. 217.

³⁰⁸ Freud, S., (1919), *Ibid.*, p. 218.

³⁰⁹ Freud, S., (1919), *Ibid.*, p. 219.

Est donc *Heimlich* ce qui est de l'ordre de l'intime et que l'on ne souhaite pas exposer aux yeux des autres.

Partant de là, la définition de *Unheimlich* recouvre ce qui « met mal à l'aise, qui suscite une épouvante angoissée (...). On qualifie de *unheimlich* tout ce qui devait rester ... dans le secret, dans l'ombre, et qui en est sorti (...) »³¹⁰, ce qui rejoint la définition donnée par Schelling³¹¹.

C'est donc le dévoilement de ce que l'on cherche à soustraire au savoir qui produit l'épouvante de l'inquiétante étrangeté.

Campe³¹² estime quant à lui que c'est le dévoilement du divin qui produit ce sentiment. Autrement dit, ce qui aurait dû rester secret et se trouve dévoilé touche au champ de l'Autre, en tant que la figure divine peut en être une incarnation spirituelle.

Freud reprend à son compte cette définition pour étayer l'idée que ce qui aurait dû rester dans l'ombre, c'est le refoulé, et que l'inquiétante étrangeté touche au retour de ce refoulé, au dévoilement de ce qui aurait dû rester secret.

Nous verrons plus loin qu'il expose cette idée avec précaution car l'inverse n'est pas vrai, c'est-à-dire que tout retour du refoulé n'est pas suffisant pour générer le sentiment d'inquiétante étrangeté.

En ce sens l'analyse que Freud produit de l'*Unheimlich* rejoint le travail de Reik sur l'affect de l'effroi tel qu'il se déploie dans les situations traumatiques de menace vitale. L'effroi surgit de ce que l'événement réel vient confirmer une crainte ancienne et refoulée d'être l'objet de la vindicte parentale.

Les situations générant le sentiment de l'inquiétante étrangeté sont donc des situations dans lesquelles transparaît, se dévoile ce qu'il en est du désir de l'Autre s'adressant au moi et engageant le sujet au sens de cette vindicte hostile et menaçante.

Est *Unheimlich* tout ce qui vient lever le voile sur l'énigme du désir de l'Autre lorsque celui-ci touche à la perte du sujet.

³¹⁰ Freud, S., (1919), Ibid., p. 221.

³¹¹ Freud, S., (1919), Ibid., p. 222.

³¹² Freud, S., (1919), Ibid., p. 221.

C.2 Sentiment de malveillance

La peur du mauvais œil est l'exemple produit par Freud qui révèle le plus la présence d'une intention malveillante qui animerait l'Autre.

En ce sens, « *Quiconque possède quelque chose d'à la fois précieux et fragile, redoute l'envie des autres (...). De telles motions se trahissent par le regard (...), et quand quelqu'un se distingue des autres par des caractéristiques frappantes, en particulier de nature antipathique, on présume de lui que son envie prendra une force particulière et traduira également cette force par des effets. On redoute donc une intention secrète (...) de nuire, et sur la fois de certains présages, on suppose également que cette intention dispose également du pouvoir [de se manifester]* »³¹³.

Cet aspect malveillant de l'Autre se repère également dans la compulsion de répétition comme manifestation de la pulsion de mort « *qui confère à certains aspects de la vie psychique un caractère démonique* »³¹⁴, c'est-à-dire au fond ayant trait au versant malveillant de la figure divine. Les démons et les dieux ne sont que les deux représentants des deux faces perceptibles de l'Autre dans son aspect malveillant ou bienveillant.

Ainsi l'*Unheimlich* se ressent lorsque l'Autre apparaît au travers de la répétition de destin dans sa face démoniaque et imprimant le mouvement de la *Hilflosigkeit*, ce dont Freud fait le rapprochement dans son analyse de la compulsion de destin³¹⁵. Au fond, le destin qui se répète imprime la marque de la volonté de l'Autre que le sujet ressent comme *Unheimlich*, notamment lorsque cela risque de l'entraîner dans un état *Hilflos*.

C'est cette intention ressentie comme malveillante par le sujet qui suscite l'inquiétante étrangeté. C'est ce qui apparaît dans les cas d'animation d'objets inanimés ou de l'absence d'âme chez les vivants, ainsi que dans les cas de répétition du même.

C'est cette intention malveillante de l'Autre à l'égard du sujet qui se rajoute au non familier, dont parlait Freud à propos de l'*Unheimlich*, pour en faire quelque chose d'étrangement

³¹³ Freud, S., (1919), *Ibid.*, p. 244.

³¹⁴ Freud, S. (1919), L'inquiétante étrangeté, in *L'inquiétante étrangeté et autres textes*, Paris, Folio, p. 89.

³¹⁵ Freud, S. (1919), *Ibid.*, p. 83, 85.

inquiétant, de littéralement *menaçant*. Et au fond c'est bien ce sentiment de menace diffuse ou clairement exprimée qui soutient l'épouvante de l'étrangement inquiétant.

Finalement ce qui génère l'*Unheimlich*, voire l'Effroi, non seulement dans la situation traumatique mais également dans toutes ces situations qui génèrent l'inquiétant, c'est l'émergence, la réactualisation de cette découverte de la possible malveillance de l'Autre à l'égard du moi.

Et c'est ce qui conduit Reik à situer l'événement traumatique, entendu par le moi comme volonté menaçante du surmoi à son égard, dans une inscription dans le sens du châtement³¹⁶. L'événement traumatique prenant corps comme punition assénée par le surmoi au moi qui se sent pour le coup abandonné par celui-ci : « *Le choc est vécu comme une démonstration de force, ou plutôt de volonté, de la part de cette puissance mystérieuse à caractère paternel* »³¹⁷.

L'effroi ressenti serait lié à la réactualisation de la crainte du châtement redouté, puis refoulé par le moi, de la part de l'instance surmoïque précipitant le moi dans un état de détresse traumatique.

³¹⁶ Reik, T. (1925), *Effroi, névroses traumatiques*, in *Le besoin d'avouer*, Paris Payot, 1973, p. 7.

³¹⁷ Reik, T. (1925), *Ibid.*, p. 8.

C.3 L'Unheimlich et la mort

Freud repère dans ce retour non intentionnel du même un déterminisme qui semble se jouer de la volonté du sujet, comme s'il devenait un objet, jouet d'une intention autre qui passe outre à ses souhaits et désirs.

Il s'y joue la marque de l'Autre qui impose au sujet sa volonté indépendamment de ce que ce dernier souhaite. La signification secrète soulignée par Freud renvoie bien à cette intention-là.

La répétition du même peut conduire au sentiment superstitieux, c'est-à-dire à projeter sur le réel un déterminisme inconscient propre à engendrer des effets de signification, pouvant générer cet effet de l'*Unheimlich*, notamment lorsqu'elle entraîne une signification portant sur la mort.

En effet, Freud met en évidence l'inquiétante étrangeté de la mort représentée par ce personnage aimable et mutique dans les mythes et contes mettant en scène le motif du choix des coffrets.

La mort elle-même est *Unheimlich* mais Freud n'en produira pas l'analyse dans son texte sur l'inquiétante étrangeté « *parce que ici l'étrangement inquiétant est trop mêlé à l'effroyable et est en partie recouvert par lui* »³¹⁸.

C'est ainsi qu'en témoigne Freud à propos de la répétition du même nombre, 62, dans lequel il voit « *l'indication du temps de vie qui lui est imparti.* »³¹⁹.

La mort, lorsqu'elle s'annonce dans sa survenue proche est donc ce réel qui produit la production de l'effroi.

³¹⁸ Freud, S., (1919), *L'inquiétante étrangeté*, Paris, Gallimard (1985), p. 246.

³¹⁹ Freud, S. (1919), *L'inquiétante étrangeté*, in *L'inquiétante étrangeté et autres textes*, Paris, Folio, p.87.

D Conclusion

Dans la situation clinique de l'annonce, alors même que le médecin s'adresse au patient dans une tentative pour l'informer de son diagnostic à caractère létal, le sujet reçoit de cet autre, posé comme sujet supposé savoir, un message de nature oraculaire qui porte une vérité, non pas tant sur la mort à venir, que sur le désir qu'il interroge à l'endroit de l'Autre.

L'information médicale de la fin de vie s'avère oracle inexorable, vérité annoncée articulée du champ de l'Autre. Le sujet ne peut s'y dérober dans ce premier temps de l'annonce qui le plonge dans l'effroi devant ce qu'il révèle.

Et ce qu'il révèle se définit d'être, selon Freud et Reik, une réactualisation du refoulé. C'est-à-dire de ce qui fait le fond du sentiment de l'hostile tel qu'il est généré dans l'*Unheimlich*, à savoir une intention qui se présente comme malveillante au regard du sujet.

Ce qui fait menace, précise Lacan, c'est le désir de l'Autre quand il reste dans sa forme énigmatique.

Cependant, son dévoilement, s'il s'avère confirmation de la menace, provoque l'effroi.

L'annonce du pronostic létal ou du diagnostic à caractère létal a cette caractéristique d'être dévoilement *Unheimlich* de ce qui aurait du rester secret mais se confirme comme intention malveillante de l'Autre à attendre du sujet qu'il consente à sa perte.

Cependant en l'état d'énigme, le désir de l'Autre ne génère que l'angoisse comme préparation *erwartung* mettant en œuvre les défenses imaginaires. Alors que le dévoilement, qui annihile l'énigme comme confirmation de la menace entraîne l'effroi sidérant le moi dans toute tentative d'y échapper, du moins dans un premier temps de l'annonce.

La mort annoncée du champ de l'Autre laissera le sujet sans recours, d'une manière qui peut se montrer périlleuse.

Troisième Chapitre

Etre sans recours

A Etre sans recours symbolique

MME M.

Mme M. est hospitalisée dans l'USP en raison d'un syndrome algique important provoqué par une néoplasie qui s'est métastasée. Je la rencontre sur l'insistance de l'infirmière qui a repéré un état de malêtre.

Elle me confirme avoir été au plus mal mais que depuis une heure environ elle se sent mieux. Elle accepte cependant ma présence et mon écoute :

- « Je ne sais pas ce qui s'est passé. J'ai pétié les plombs. J'avais soif, j'appelais quelqu'un. J'entendais du monde dans le couloir mais personne ne venait. J'ai crié, j'ai hurlé mais personne ne venait. Je me suis sentie mal, un malêtre s'est installé, je ne sais pas pourquoi... »,
- « Vous avez eu le sentiment d'être abandonnée ? »,
- « Oui Et puis comme si j'étais dans le néant, il n'y avait plus personne ».

« J'avais soif », c'est sur ce fond de besoin que Mme M. a produit ce premier appel, dépendante, tel le nourrisson, de la réponse de l'Autre.

Appuyé sur le besoin, cet appel est devenue demande, venant résonner dans cet au-delà du désir.

Elle entendait du monde mais personne n'a répondu, la laissant sans recours, en prise avec cet appel et face au défaut de réponse de l'Autre.

Il s'est alors produit une désertification du monde, « Il n'y avait plus personne », plus d'Autre, qui ne répond pas, mais plus d'autres non plus. Comme si la présence de l'Autre conditionnait l'existence de l'autre.

De se heurter au défaut de réponse de l'Autre, le sujet se trouve plongé dans un néant effroyable, littéralement *Hilflos*.

Cet état subjectif a retrouvé ses coordonnées symboliques et imaginaires dès lors que l'infirmière est arrivée pour répondre à la détresse de Mme M.

ETRE SANS RECOURS DU SYMBOLIQUE

Mme M. témoigne de ce que le défaut de réponse de l'Autre, en réponse à son appel, entraîne cet état d'être sans recours, tel qu'il est articulé par Lacan quand il précise que, face à la présence du désir de l'Autre se manifestant d'une manière énigmatique, « *le sujet est sans recours. Il est Hilflos, -Hilflosigkeit- j'emploie le terme de Freud, en français s'appelle la détresse du sujet. C'est là ici le fondement de ce qui, dans l'analyse, a été exploré, expérimenté, situé comme l'expérience traumatique.* »³²⁰

Le défaut de réponse de l'Autre met en exergue l'énigme de son désir au regard duquel le sujet se ressent *Hilflos*, c'est-à-dire abandonné dans une solitude qui l'épouvante.

Ne pas pouvoir apporter de réponse à cette question dès lors devenue énigmatique du *Che Vuoi ?*, c'est-à-dire de définir la nature de l'objet du désir de l'Autre, a pour conséquence de plonger le sujet dans un état de désarroi absolu.

Ce qui est remarquable dans la situation clinique qui nous occupe, c'est cette mise en œuvre par le sujet d'une demande adressée à l'Autre sur fond de besoin. Cette demande n'apparaît pas par hasard dans cette clinique propre à l'annonce de mort. Elle relève d'une tentative du sujet pour convoquer la présence de l'Autre dans ce qu'elle a de plus étayant pour le sujet, mettant en scène ce désarroi absolu dans lequel se trouve le sujet et que vient contredire la réponse de l'infirmière. Nous y reviendrons.

Pour en revenir à cette clinique de l'annonce, il s'agit de souligner le fait que lorsque le sujet s'entend annoncer la survenue certifiée de sa propre mort, il l'articule comme réponse portée sur la question du désir de l'Autre. Son désir n'est donc plus énigmatique mais dévoile le

³²⁰ Lacan, J., (1958-1959), *Le Séminaire 6, Le désir et son interprétation*, inédit, p. 23.

signifiant du manque de l'Autre comme portant sur la mort, et cela n'est pas sans effet sur la fonction symbolique elle-même.

A.1 Retours sur Freud

L'*Hilflosigkeit* est un concept introduit par Freud en 1925³²¹, dans le cadre de sa réflexion sur l'angoisse.

Plusieurs traductions de ce terme ont été proposées avec ce commentaire sur la difficulté qui existe à en traduire toute la complexité dans la langue française. Dans la traduction du texte *Inhibition, symptôme et angoisse*, l'état *Hilflos* est traduit par « désaide ».

Laplanche et Pontalis³²², préféreront celui d'« état de détresse », alors même que nous pouvons le retrouver sous la forme de la « déréliction » chez C. Millot³²³.

Chez Freud, l'*Hilflosigkeit* prend deux formes, d'une part l'*Hilflosigkeit* biologique qui est cet état de débordement physiologique du nourrisson en proie à un besoin insatisfait qui le conduit à faire appel à la mère en vue de la satisfaction de celui-ci.

D'autre part, l'*Hilflosigkeit* psychique qui résulte du glissement, opéré par le nourrisson, de ce qui cause l'état *Hilflos* biologique, à savoir l'insatisfaction d'un besoin, à l'absence de réponse de la mère, entendue comme étant celle qui a le pouvoir de satisfaire aux besoins et d'apaiser le débordement physiologique.

Ne pas répondre à l'appel qui lui est adressé en vue de satisfaire aux besoins est ce qui plongera le sujet dans l'*Hilflosigkeit*. Autrement dit, lorsque l'Autre ne répond pas à l'appel, à la demande du sujet, qui engage comme nous le savons la dimension du désir, celui-ci devient *Hilflos*.

Dans le cours du développement de l'enfant, le fait que la mère puisse faire défaut à l'appel du sujet du fait de son absence, le plongeant par là dans un état *Hilflos*, cédera la place à « la colère, la punition du sur-moi, à la perte d'amour de [sa] part »³²⁴.

³²¹ Freud, S., (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF.

³²² Laplanche, J. et Pontalis, J.-B., (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, sous la direction de Daniel Lagache, Paris, PUF, 1992.

³²³ Millot, C., (2001), *Abîmes ordinaires*, Paris, Gallimard

³²⁴ Freud, S., (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, p. 53.

Ce sont dès lors les signes manifestes du délaissement dont le moi est l'objet de la part du Surmoi, qui ouvrent l'accès à cet état de détresse. Etre abandonné de la bienveillante protection du surmoi ouvre le champ de l'*Hilflosigkeit*.

Ce qui est ainsi redouté est la colère de l'Autre en tant que par là il peut refuser de répondre à la demande du sujet et rompre l'accroche à son désir.

De cette réflexion de Freud peuvent s'extraire deux points.

D'une part, la dimension de l'appel, qui se décline en *un appel adressé à l'Autre*, ici la mère, en vue d'obtenir son aide dans la résolution du débordement physiologique, et dont le *défait de réponse* plonge le sujet dans l'état *Hilflos*.

D'autre part les conséquences de ce défaut de réponse qui génère la dimension de l'*hostile* émanant du surmoi et laisse entendre l'*abandon* dans lequel se trouve le moi qui ne bénéficie plus de sa bienveillante protection.

C'est le défaut de réponse de l'Autre à l'appel du sujet qui, selon Freud, plonge celui-ci dans le désarroi de l'*Hilflosigkeit*, ce dernier se ressentant abandonné de l'Autre.

Au fond, c'est dans le défaut de réponse à l'appel du sujet concernant le *Che Vuoi ?* que celui-ci adresse à l'Autre, qu'il se ressent abandonné et en proie à l'énigme menaçante de son désir.

Si, devant l'appel du sujet adressé à cette fonction symbolique qu'est l'Autre, ce dernier fait défaut au sujet au moment où celui-ci le convoque dans une réponse, alors le sujet fait l'expérience de la déréliction.

A.2 Abîmes ordinaires

Dans *Abîmes ordinaires*, Catherine Millot témoigne de son propre vécu de plusieurs expériences de déréliction qui se définissent d'être des états d'abandon et de solitude morale total.

« La première fois j'avais 6 ans, arrivée le matin même à Budapest, dans la grande villa sur les collines où j'allais passer 3 ans. On me demanda d'aller chercher quelque chose à l'étage au-dessous. Dans l'escalier inconnu, soudain, le monde se vida. En un instant, il était devenu désert. Plus d'avant, plus d'après, plus de parents, plus personne. Pendant quelques secondes, je fus seule, absolument. Et c'est encore trop dire que de dire je, ou alors il faudrait préciser que c'était un je sans qualité, ponctuel, une pure tache d'existence nue dans l'escalier vide avec rien autour. Ça ne s'oublie pas. »³²⁵

« On me demande » indique, dans l'au-delà de la demande, la présence du désir entre ce « on » indéterminé qui demande et le moi à qui cela s'adresse. Ce « on » voilé dans l'indétermination a tout du grand Autre imprimant le mouvement de son désir adressé au moi mais concernant intimement le sujet.

Le désir de l'Autre entraîne le sujet dans une réponse où il s'engage dans l'inconnu présentifié par ce lieu étranger. Situation propre à engendrer l'*Unheimlich*, le sentiment de l'hostile qui plonge le sujet dans la déréliction où tout se vide, le temps – « plus d'avant, plus d'après »- mais aussi la fonction symbolique occupée par les parents –« plus de parents »-, c'est-à-dire plus d'Autre. « Plus personne », donc plus de petit autre non plus, cela a des répercussions sur la dimension imaginaire.

Il n'y a plus que *je* mais un *je* différent « une pure tache d'existence nue »³²⁶. Le sujet se trouve dans une position d'être particulière, dénudée de l'imaginaire et de son accroche symbolique au lieu de l'Autre. Tout cela se passe dans la soudaineté, favorisé par l'inconnu des lieux, *Unheimlich*.

³²⁵ Millot, C. (2001), *Abîmes ordinaires*, Paris, Gallimard, p. 11.

³²⁶ Millot, C. (2001), *Ibid.*

« La deuxième fois survint dans des circonstances semblables, six ans plus tard à Helsinki. J'avais passé l'été dans ce nouveau pays, où l'on parlait une langue très étrangère et où le soleil ne se couchait pas, et je me trouvais seule au milieu des cartons dans une pièce d'un appartement meublé du centre-ville, qui avait servi d'habitation provisoire avant d'emménager ailleurs. Et là aussi ce fût soudain le vide, et plus encore, l'infini d'un espace sidéral qui s'ouvrit. Une scission brutale m'avait arrachée à moi-même et aspiré à des années-lumière, laissant un moi qui ne m'était plus rien, dans cette chambre étrangère, se réduire à grande vitesse à un point dérisoire, tandis que je, sans plus aucune identité, était vertigineusement emporté –raptée plus que ravie- à des hauteurs cosmiques. Dans l'effroi, je me raccrochais à mon nom propre, ce qui eut pour effet de me rappeler aux réalités communes. »³²⁷

Ici l'expérience se vit dans l'effroi et se déroule encore une fois dans un contexte *Unheimlich* : le signifiant « étrangère » s'emploie de manière répétitive et traduit le sentiment d'être étranger en ces lieux, seule, toujours.

L'expérience se vit encore une fois dans la soudaineté. Séparation radicale du sujet et du moi qui se réduit à rien, le sujet y perdant son identité imaginaire. L'issue trouvée par le sujet est de faire appel à l'Autre par la répétition de son nom propre, le nom-du-père. Appel du symbolique pour restaurer l'accroche du sujet au moi. Ici, l'Autre n'a pas fait défaut dans sa réponse à l'appel du sujet en proie à l'effroi.

Rapt plus que ravissement, sentiment d'enlèvement criminel plus que de transport extatique. Le vol de son être introduit l'hostile, c'est ce qui génère l'effroi : l'Autre lui est hostile et en même temps favorable puisque l'appel à l'Autre, par l'énonciation de son nom propre, lui est secourable. Il ne lui a pas fait défaut.

« La troisième fois, ce fut à l'entrée dans la vie adulte, que je date d'un autre exil. J'avais reçu ma feuille de route pour un poste d'enseignement en province : le nom commençait par Mort... L'éloignement forcé de ce qui faisait ma vie, la séparation d'avec mes proches m'avaient mise dans la détresse et dans une angoisse que n'apaisait pas la perspective de ce qui m'attendait. Mort... était à peine un bourg, il n'y avait pas de gare. Je partis avec une voiture d'occasion et un permis de conduire tout neuf. Juste avant d'arriver à destination un pneu éclata, la voiture échappa à mon contrôle, frôla un camion qui venait en sens inverse et finit sa course sur un talus, devant une haie. J'en sortis avec le sentiment d'une miraculée. Mais d'avoir été ainsi exposée à la mort me faisait mesurer le défaut de protection et mettait comme un point d'orgue à ma déréliction. Et puis il y avait cet étrange

³²⁷ Millot, C. (2001), *Ibid.*, p. 11-12.

redoublement : avoir failli mourir sur la route de Mort... qui semblait me signifier comme un obscur verdict et une non moins obscure remise de peine. »³²⁸

Cette dernière expérience se produit dans un lien signifiant avec la mort, que l'on retrouve sous forme de phonème dans l'amorce du nom de la ville dans laquelle elle enseignera quelques temps.

C'est en s'y rendant qu'elle frôlera la mort dans un accident de voiture qui lui laisse le sentiment d'être « miraculée ». Cette exposition à sa propre mort a eu pour effet de « mettre un point d'orgue à (sa) dérélition »³²⁹, la mort ayant pour effet d'exacerber ce sentiment d'abandon.

Il est notable que ces états de dérélitions se vivent dans des moments de solitude intense, où toute accroche à l'Autre semble impossible. Catherine Millot définit cet état comme « l'état d'être livré sans défense à ce qui peut vous détruire, que Freud désignait du terme de *Hilflosigkeit* »³³⁰.

Ainsi, d'avoir frôlé la mort, donne à Catherine Millot, non seulement, le sentiment d'être livrée sans défense à quelque chose qui aurait pu la détruire –ce qu'elle ressent comme un « *un obscur verdict* »- mais aussi et surtout celui de recevoir « *une non moins obscure remise de peine* »³³¹, qui signe la présence d'un déterminisme en œuvre dépassant sa propre maîtrise : la présence de l'Autre.

Ici, elle se sent donc, d'une part, livrée sans défense, abandonnée à quelque chose qui la menace, ce qui traduit bien l'expérience de l'état de détresse telle qu'elle est posée par Freud. D'être livrée sans défense pointe le défaut de la bienveillante protection de l'Autre dans l'état de dérélition, d'où le sentiment de solitude et d'abandon total.

D'autre part, elle est livrée à quelque chose qui peut la détruire.

³²⁸ Millot, C. (2001), *Ibid.*, p. 12-13.

³²⁹ Millot, C., (2001), *Ibid.*, p. 12.

³³⁰ Millot, C., (2001), *Ibid.*, p. 40.

³³¹ Millot, C., (2001), *Ibid.*, p. 13.

Dans cette expérience, la présence de l'Autre n'est pas ressentie comme bienveillante mais dans son aspect malveillant, en tant qu'il est à l'origine du verdict qui touche le sujet.

Ce qui peut la détruire, c'est l'Autre. Dans l'état de déréliction, le sujet se ressent abandonné sans défense, sans recours. « *Ce devant quoi nous sommes au bout du compte sans recours, c'est le désir de l'Autre et le désir de mort qui est en son cœur, sa jouissance maligne qui est aussi la nôtre.* »³³²

Cependant, d'articuler les choses de cette manière, c'est-à-dire d'articuler la mort comme objet du désir de l'Autre à l'égard du sujet, est déjà un moyen trouvé par le sujet pour se sortir de cet état de déréliction. Paradoxe en soi de poser le fait que se sentir l'objet du désir de mort de l'Autre est déjà un acte psychique salvateur, nous y reviendrons également.

³³² Millot, C. (2001), *Ibid.*, p. 43.

A.3 Quand le manque vient à manquer

L'Hilflosigkeit touche le sujet lorsque celui-ci se confronte au manque de l'Autre et ce sous deux modalités.

La première modalité de la confrontation au manque de l'Autre nous est révélée par toutes ces situations dans lesquelles le sujet se trouve sans recours face à l'énigme du désir de l'Autre.

C'est-à-dire quand celui-ci lui fait défaut dans la réponse à donner à cette question du *Che Vuoi ?* que le sujet lui adresse.

Autrement dit, le sujet est *Hilflos* lorsque le manque de l'Autre ne trouve pas à se dévoiler dans le signifiant qui est le signifiant du manque de l'Autre, restant énigmatique et exacerbant par là le manque de l'Autre au point qu'il en devient hostile.

Cependant, la clinique de l'annonce nous montre une autre modalité de confrontation au manque de l'Autre laissant le sujet sans recours, à savoir, non plus lorsque le manque de l'Autre est exacerbé par l'énigme portée sur le signifiant du manque de l'Autre mais lorsque celui-ci s'énonce dans le sens de la mort réelle touchant le sujet lui-même.

Ce qui met en exergue ce paradoxe de la mort, en ce qu'elle est ce qui produit cet effet d'ouvrir le manque de l'Autre et de soutenir l'efficiencia du symbolique dans la dialectique du désir et, tout en même temps, lorsqu'elle s'annonce de manière avérée en concernant l'être même du sujet, en ce qu'elle vient prendre corps comme signifiant du manque de l'Autre, et ce faisant, elle en suture le manque, provoquant l'inefficiencia de ce manque qui vient littéralement manquer au sujet.

Pour le coup, c'est sa propre mort annoncée qui vient oblitérer le manque de l'Autre, le dévoilant non seulement mutique, puisqu'il n'y a plus de réponse à donner à un manque qui n'est plus, mai aussi et surtout, mort au champ du désir du sujet.

B Etre sans recours imaginaire

Etre sans recours du symbolique a des effets sur la dimension imaginaire.

L'absence de recours se situe également à ce niveau comme en témoigne C. Millot lorsqu'elle parle de ce phénomène de réduction du moi à rien exposant le sujet dans sa nudité. Ou bien tel qu'en témoigne Mme M., par ce sentiment de désertification du monde, par où la présence de l'autre lui-même s'annihile.

Les résistances du moi devant l'état de détresse du sujet peuvent être mises en échec. Il se produit alors un *dépouillement imaginaire* laissant à jour le positionnement du sujet au regard de la propre mort .

Dans ce « dépouillement imaginaire du moi », la relation imaginaire a-a' ne vient plus faire écran entre le sujet et la mort, laissant ce dernier sans défense imaginaire face à sa finitude.

B.1 Vignettes cliniques

B.1.1 Mme G.

C'est ce qui s'est produit un jour que j'allais rendre visite à Mme G., atteinte d'un cancer en phase terminale. Elle connaissait son diagnostic ainsi que son pronostic létal à court terme. Sa position face à sa mort annoncée était empreinte de « maîtrise », comme se plaisait à le dire l'équipe soignante. C'est-à-dire qu'elle s'autorisait à parler clairement de sa mort qui ne tarderait pas à l'emmener.

Un jour, alors que je pousse sa porte, elle ne me laisse pas le temps de la saluer, ni de faire quelques pas dans sa chambre, m'adressant vivement et avec un air étonné : « C'est un vrai plaisir que de déguster des fruits frais et juteux ».

Un panier empli de fruits de saison encombrait sa table. Elle reprend aussitôt, « Mon souhait est que ce plaisir du jus dans ma bouche asséchée ne cesse pas, jamais ».

Prise au dépourvu par cette tirade, je ne peux m'empêcher de répliquer sur le plan de l'imaginaire : « le plaisir n'est plaisir que parce qu'il ne dure pas », quittant aussitôt cette neutralité que j'aurais dû conserver.

Sa réaction ne se fait pas attendre : « Alors, c'est bien la fin, je ne vivrais plus ».

J'appris à la suite de cette étonnante rencontre que Mme G. sachant que j'allais lui rendre visite, ne voulait surtout pas me rencontrer. Ne pouvant me résoudre à en rester là de cette rencontre qui s'est avérée lui faire violence, je retournais dès le lendemain, dans l'idée de ne pas m'attarder, afin de voir si elle allait bien. Me voyant, elle me dit avec un sourire, un peu gênée : « Je suis désolée, hier, j'ai cru que vous alliez m'annoncer que j'allais mourir ».

Mme G. donnait le change par cette illusion imaginaire d'accepter que la mort fût pour elle alors même qu'elle ne craignait qu'une chose, c'était que je vienne, en tant qu'Autre lui annoncer sa mort imminente.

Ma présence dans sa chambre, alors qu'elle ne souhaitait pas me recevoir, et la menace que je véhiculais à mon insu, ont eu cet effet de produire un discours imaginaire sur le plaisir du jus dans sa bouche, dans une tentative de voiler cet oracle qu'elle redoutait de ma part.

Ma réponse, bien maladroite, énoncée sur le même plan imaginaire, du moins de ma propre position, fût reçue sur le plan symbolique comme oracle venant lui révéler son tragique destin. L'étayage imaginaire qu'elle avait tenté de mettre en place s'était effondré la laissant exposée au message oraculaire de l'Autre, que je venais pour le coup incarner à ce moment-là. La perspective de sa mort annoncée a produit ce vacillement de la dimension imaginaire, rendue impuissante à maintenir l'illusion de sa maîtrise.

Dans la situation de Mme G., le vacillement imaginaire n'a pas persisté dans le temps, elle a trouvé les ressources suffisantes pour la restaurer.

B.1.2 Mme P.

Cependant, cet effondrement de l'imaginaire peut se produire de manière plus durable et produire des effets de mélancolisation du sujet qui n'énonce plus aucun désir, ne s'inscrit plus dans une relation à l'autre, le discours achoppant sur la mort sans aucune médiation imaginaire possible.

Je rencontre Mme P. au début de l'année 2009.

Comme à mon habitude, je me présente dans ma fonction et lui demande comment elle va.

La première chose qu'elle me dit, c'est que cela ne va pas très bien, qu'elle ne sait pas si elle va s'en sortir ou pas, ce que tout ça va devenir.

Je lui demande de quoi elle me parle. Elle me rétorque, « vous ne savez pas ? », comme si de travailler dans le service laisse supposé un savoir sur son diagnostic et son pronostic.

Elle me nomme alors clairement sa maladie : une tumeur du pancréas et me dit que toute sa famille sait, qu'elle aussi elle sait, qu'elle se trouve dans une unité de soins palliatifs où il s'agit de mourir, mais aussi bien sûr, que l'on s'occupe d'elle.

Après m'avoir dit tout cela, elle entre dans le silence.

Je lui demande au bout d'un moment à quoi elle pense : « à tout ce que je viens de vous dire. C'est tout, je ne peux rien vous dire d'autre ». Silence.

Puis elle prend un magazine posé sur ses genoux et me dit « Je lis un peu, je regarde la télévision, il faut bien que je m'accroche et puis ça fait passer le temps ».

Notion de temps suspendu à ce savoir sur la mort qui ne se déguise pas, ni en maîtrise, ni en dénégarion dont elle ne peut en dire grand chose si ce n'est qu'elle sait, que sa famille sait.

Savoir qui suspend la pensée, la parole qui ne peut dire autre chose que cela et tout en même temps ne pas en dire grand chose. Le jeu imaginaire ne se déroule pas, si ce n'est en diversion par le magazine et la télévision « pour faire passer le temps », ce temps qu'occupe la dimension de la mort, qui met le reste entre parenthèses.

Elle me dit ne pas vouloir la visite des autres. Elle accepte seulement celle de sa famille proche. Pourquoi ?

« Je ne veux pas qu'ils me voient comme ça ! ».

Elle me regarde et ce que je vois est une femme amaigrie, un bleu s'étend sous son œil droit, une sonde nasogastrique sort de l'une de ses narines évacuant un liquide brunâtre de son estomac.

Elle touche ses cheveux dans une tentative pour les remettre en place mais la position couchée la décoiffe, donnant une drôle de forme à sa mise en plis.

Elle ne veut pas qu'on –ses amis et connaissances- la voit comme cela, c'est-à-dire comme une femme malade et se sachant proche de la mort.

Elle accepte sa famille : eux, ils savent.

Est-ce la concordance entre le message, que renvoie son image, et le savoir qu'ils ont sur sa mort à venir qui rend possible la relation ?

Ou bien a-t-elle honte de son état ?

Quand je suis arrivée, la première chose qu'elle a faite était de m'informer, me transmettre ce savoir sur sa situation de santé.

Elle a un cancer, elle va mourir.

Au-delà de l'imaginaire, nous entrons dans un discours qui n'est pas du semblant, qui ne laisse pas de place au jeu de l'imaginaire.

Cependant, m'informer des raisons de son état pourrait tout aussi bien servir de justification pour cet état qu'elle ne souhaite pas exposer aux yeux des autres.

Au bout d'un moment, elle commence à s'assoupir.

Je finis par lui dire que je vais la laisser se reposer, et je lui propose de revenir.

Elle me répond :

- « Je sais que vous êtes là pour écouter, mais je n'aurais pas grand chose de plus à dire », me signifiant par là l'inutilité de ma démarche puisque la parole semble ne se réduire que sur ce savoir sur sa mort.

Pas de demande, pas de désir énoncés, plus de semblant non plus, pas d'angoisse, juste cette attente que la mort vienne donner suite à l'annonce, le sujet se manifestant dans un entre-deux-morts.

B.2 Le moi s'abandonne

B.2.1 La férocité du surmoi

Cette réduction du moi à rien, ou cette position subjective d'être sans recours de l'imaginaire, se soutient de cette destruction du moi, repérée par Freud, devant la férocité du surmoi à son égard, par où « *l'angoisse de mort de la mélancolie n'admet que cette seule explication : le moi s'abandonne parce qu'il se sent haï et persécuté par le surmoi au lieu d'être aimé. Vivre est donc, pour le moi, synonyme d'être aimé, être aimé par le surmoi qui, ici encore, entre en scène comme représentant du ça. Le surmoi représente la même fonction de protection et de salut que, jadis, le père, et, plus tard, la providence ou le destin. Mais le moi ne peut que tirer les mêmes conséquences lorsqu'il se trouve dans un danger réel d'une excessive grandeur et qu'il ne croit pas pouvoir surmonter par ses propres forces. Il se voit abandonné de toutes les puissances protectrices et se laisse mourir. C'est d'ailleurs encore la même situation qui se trouvait au fondement du premier grand état d'angoisse, celui de la naissance, et de l'angoisse-nostalgie infantile, celle de la séparation d'avec la mère protectrice.* »³³³

L'angoisse de mort se produit au moment où le moi met en œuvre un désinvestissement narcissique, s'abandonnant lui-même³³⁴.

Il y aurait donc une défaillance imaginaire à surmonter ce qui se présente comme une malveillance du surmoi, ou de toute autre figure venant soutenir la dimension du destin en général et de l'Autre en particulier, qui conduit à l'effondrement des défenses imaginaires et à un enkystement du sujet dans une position mélancolique par laquelle le moi se présente comme mort, laissant le sujet dans une position « entre-deux ».

³³³ Freud, S. (1923), *le moi et le ça*, in Essais de psychanalyse, Paris, Payot, p. 304.

³³⁴ Freud, S. (1923), *Ibid.*, pp. 303-304.

B.2.2 La fin de l'analyse

Cependant, le dépouillement narcissique du moi jusqu'à sa réduction au « *Maître absolu, la mort* »³³⁵, telle qu'on la repère dans cette forme d'abandon face à la figure mortifère de l'Autre, rendu mutique sur son désir par l'approche de la mort, est ce qui se trouve attendu dans le terme de la cure analytique³³⁶. « *C'est donc bien là que l'analyse du Moi trouve son terme idéal, celui où le sujet, ayant trouvé les origines de son Moi en une régression imaginaire, touche, par la progression remémorante, à sa fin dans l'analyse : soit la subjectivation de sa mort.* »³³⁷

A la différence fondamentale que dans la fin de la cure, la mort assumée par le sujet, à laquelle il accède par le dépouillement narcissique du moi, n'est que de pur prestige, c'est-à-dire imaginaire, condition nécessaire pour que cette fin ne soit pas « *hors de l'atteinte humaine* »³³⁸.

Alors que dans la clinique de la fin de vie, la mort n'est plus de prestige mais s'annonce du réel et a cet effet de faire vaciller les fondations de la fonction symbolique inscrite dans l'Autre, rendant par là cette accession à la promesse de mort³³⁹ plus périlleuse.

Qu'en est-il dès lors de cette position d'être que se doit d'occuper le sujet devant la réduction de « *tous les prestiges de son Moi* »³⁴⁰ ?

Cette réflexion concernant les incidences subjectives de l'annonce de mort nous conduit à cet étonnant parallèle entre, d'une part, ces phénomènes cliniques par où les sujets se dévoilent sans recours tant du symbolique que de l'imaginaire dans une position *Hilflos*, parfois insurmontable et périlleux et, d'autre part, cette fin de la cure analytique par où le sujet, se trouve tout autant *Hilflos* d'être sans recours du désir de l'Autre pour y accrocher le sien

³³⁵ Lacan, J., (1955), *Variantes de la cure-type*, in *Ecrits*, p. 349.

³³⁶ Lacan, J., (1955), *Ibid.*

³³⁷ Lacan, J., (1955), *Ibid.*

³³⁸ Lacan, J., (1955), *Ibid.*

³³⁹ Lacan, J., (1955), *Ibid.*

³⁴⁰ Lacan, J., (1955), *Ibid.*

propre et tout autant sans recours imaginaire d'avoir dépouillé les couches narcissiques de son moi, l'autorisant ainsi à accéder à la mort en tant qu'il y est promis.

Faire l'annonce de la survenue de la mort réelle aurait-il cet effet de projeter, sans préparation aucune, le sujet dans cet affrontement dernier auquel ouvre et sur lequel s'achève le travail de l'analyse ?

Dans l'analyse il s'agit là du terme dernier de la cure en tant que le sujet est préparé tout au long de ces différents moments du temps logique, que sont l'instant du regard, le temps pour comprendre et le moment de conclure, à naître en tant que sujet dépouillé de sa parure narcissique et sans recours du désir de l'Autre.

Alors que l'annonce de la mort réelle à venir produit cet arrachement violent de la couverture narcissique laissant le moi à l'agonie et le sujet sans recours d'un symbolique rendu mortifère.

C Positions d'être pour le sujet

Quand la mort réelle, qui touche l'être même du sujet, se fait sentir de manière incontournable et inexorable, cela a pour effet de produire une désintrinsication des dimensions de l'imaginaire et du symbolique.

L'expérience de dérégulation vécue par C. Millot témoigne de ce phénomène de désintrinsication, le moi se réduisant à rien tandis que l'Autre s'annihile laissant le sujet dans une position d'être particulière, par où il se doit d'assumer ou non son être-pour-la-mort.

Le risque étant une néantisation du sujet lui-même.

La clinique de la fin de vie met en lumière une position d'être du sujet, hors de tout recours imaginaire et symbolique, dans l'attente, entre-deux-morts, de ce à quoi il est promis, la mort. L'être-pour-la-mort est cette position d'être qui s'ouvre au sujet lorsque la structure imaginaire de son identité narcissique s'effondre, tant dans la cure qu'à l'approche avérée de sa propre mort.

Cependant, dans cette clinique de l'annonce, l'accès à cette position d'être ne fera pas acte de naissance du sujet mais vaudra acte de mort.

C.1 Etre vers la mort

L'être-pour-la-mort est un concept lacanien issu de la lecture qu'il a fait de Heidegger à propos de la position du Dasein en tant qu'assumant son être vers la mort existentielle.

Heidegger y met au travail la question de l'être en tant qu'il se détache de la quotidienneté, c'est-à-dire de l'imaginaire.

C.1.1 Etre vers la mort quotidien ou le dévalement de l'être

LE DEVALEMENT

La quotidienneté est occupée par le on-dit, la curiosité et l'équivoque qui concourent à constituer l'être du *Dasein* sous un mode particulier qu'est le dévalement.

Le dévalement du *Dasein* est constitué de cette préoccupation concentrée sur le monde. Le dévalement du *Dasein* « constitue précisément un être-au-monde insigne, celui qui est complètement accaparé par le « monde » et la coexistence des autres dans le on. Ne-pas-être-soi prend la fonction d'une possibilité positive de l'étant qui, essentiellement adonné à la préoccupation, ne fait qu'un avec un monde. Ce ne-pas-être doit se concevoir comme le genre d'être le plus proche du *Dasein*, celui dans lequel il se tient le plus souvent. »³⁴¹

Cependant cet état ne doit pas être considéré comme une déchéance par rapport à un état plus pur ou bien comme une déplorable qualité dont on pourrait se débarrasser en développant notre culture. Le phénomène du dévalement est un mode existentiel de l'être-au-monde. Le dévalement est cette possibilité du *Dasein* de se perdre dans le on du on-dit énoncé dans la compagnie des autres.

« Le on est tellement sûr de lui et ferme sur ses positions que tout besoin relatif au véritable entendre, celui qui est disposé, s'éloigne de plus en plus. La prétention qu'à le on de nourrir et de mener une « vie » pleine et

³⁴¹ Heidegger, *Etre et temps*, Paris Gallimard, p. 223.

*authentique procure au Dasein une tranquillisation pour laquelle « tout va pour le mieux » et pour qui toute porte reste ouverte. »*³⁴²

Cette tranquillisation n'amène pas le *Dasein* à un repos mais à une activité effrénée qui entraîne un accroissement du dévalement ainsi qu'une aliénation dans laquelle se dissimule à lui-même son pouvoir-être le plus propre.

Le dévalement consiste en une chute du *Dasein* en lui-même, « *il plonge dans le vide et l'inanité de la quotidienneté impropre* »³⁴³ et ceci lui reste caché, voire prend les atours de « l'ascension » sociale et comme « vie concrète ».

Ce dévalement a pour effet d'entraîner le *Dasein* dans des préoccupations matérialistes, de possession et de consommation.

Cette position en déval de l'être, défini selon Heidegger, participe de la position imaginaire que le sujet occupe dans son quotidien, préoccupé par ses tâches quotidiennes et immergé dans le discours imaginaire ambiant produit par les petits autres.

De cette position imaginaire, moïque, le sujet se trouve effectivement éloigné.

Cette position en déval est considérée « *comme une fuite du Dasein devant lui-même en tant que pouvoir-être proprement soi-même.* »³⁴⁴

Cette fuite engage une retraite devant ce qui fait peur, à savoir ce qui menace, or « *dans son déval, le dasein se détourne de lui-même. Ce devant quoi cette retraite là s'opère doit avoir en gros le caractère d'une menace* »³⁴⁵. Aussi Heidegger estime que ce qui fonde le déval, au sens de la fuite du *Dasein* devant lui-même entendue comme menace, est l'angoisse.

³⁴² Heidegger, *Ibid.*, p. 225.

³⁴³ Heidegger, *Ibid.*, p. 226.

³⁴⁴ Heidegger, *Ibid.*, p. 233.

³⁴⁵ Heidegger, *Ibid.*, p. 235.

L'ANGOISSE

La présence de l'angoisse démontre que ce devant quoi le *Dasein* fuit n'est pas de l'ordre du monde extérieur mais ce qui se joue en son sein.

« Dans l'angoisse on se sent « étrangé ». C'est là l'expression immédiate de l'indétermination particulière où se sent plongé le *Dasein* en proie à l'angoisse : le rien et nulle-part ; mais ici étrangeté a aussi le sens d'être chassé de chez soi. »³⁴⁶. Ce qui renvoie à l'inquiétante étrangeté développée par Freud.

« L'angoisse (...) ramène le *Dasein* de son immersion dans le « monde » où il dévale. »³⁴⁷ L'angoisse extirperait le *Dasein* de cette quotidienneté dans laquelle il s'immerge par ses préoccupations l'entraînant dans un déval l'éloignant de son être. Le *Dasein* est alors esseulé en tant qu'être-au-monde.

Le déval est fuite devant l'étrangeté inhérente au *Dasein* en tant qu'être-au-monde.

L'angoisse a cette propriété d'esseuler le *Dasein* en le tirant de la quotidienneté dans laquelle il est en déval.

Un esseulement qui peut être articulé à ce sentiment de menace diffusé par le dévoilement du désir de l'Autre, en tant que ce que l'Autre peut vouloir est sa perte.

Dès lors la solitude peut s'entendre comme rupture d'avec le désir de l'Autre, en tant qu'il ne se présente plus comme le support du désir du sujet.

L'angoisse est cet affect qui se manifeste devant la mort comme angoisse devant le pouvoir-être le plus propre. « Ce devant quoi s'éveille cette angoisse est l'être-au-monde lui-même. »³⁴⁸

« Dans l'angoisse devant la mort le *Dasein* est mis en face de lui-même en tant qu'il est livré à la possibilité indépassable. Le on se préoccupe de convertir cette angoisse en une peur devant l'arrivée d'un événement. »³⁴⁹

Le on, qui est tout autant la position du petit autre que celle du moi, procède à ce déplacement de l'affect de l'angoisse, qui se caractérise de se produire devant quelque chose qui a trait au

³⁴⁶ Heidegger, Ibid., p. 238.

³⁴⁷ Heidegger, Ibid., p. 238.

³⁴⁸ Heidegger, Ibid., p. 305.

³⁴⁹ Heidegger, Ibid., p. 309

Dasein lui-même, en peur qui survient devant une menace provenant du monde extérieur. C'est là un moyen de détourner, fuir devant ce qui origine l'angoisse en le voilant de ce qui, du monde extérieur, peut venir donner prétexte à la peur.

Ainsi, l'angoisse serait cet affect qui signe la présence de l'être existentiel du *Dasein* alors que la peur serait le signe d'une forme d'évitement de ce qui fonde l'être même du *Dasein*, à savoir la mort.

L'ÊTRE VERS LA MORT QUOTIDIEN

La mort concerne le *Dasein* tant d'un point de vue existentiel que quotidien.

Il s'agit là d'une dichotomie de deux positions possibles du *Dasein*, propre et impropre, en tant que la position existentielle serait celle qui se rapprocherait le plus de la définition de l'être que Heidegger tente de cerner, alors que la position de l'être impropre, c'est-à-dire plongé dans le quotidien, serait une position qui éloignerait davantage le *Dasein* de l'être. Position somme toute imaginaire qui éloignerait d'une position qui serait propre au sujet.

Ainsi, « *Le Dasein meurt factivement tout au long de l'existence, mais d'abord et le plus souvent à la manière du dévalement. Car exister factivement, ce n'est pas seulement un pouvoir-être-au-monde jeté général et indifférent mais, au contraire, c'est toujours aussi ne faire qu'un avec le « monde » en préoccupation. Dans cet après en déval ... se décèle la fuite hors de l'étrangeté, disons maintenant la fuite devant l'être vers la mort le plus propre. Existence, factivité, dévalement caractérisent l'être vers la fin et sont, par conséquent, constitutifs du concept existentiel de mort.* »³⁵⁰

La mort touche le *Dasein* dans son dévalement dans la relation imaginaire tant aux autres, le on-dit, qu'au monde pour lequel il se préoccupe. La mort du *Dasein* en déval est une mort en tant que le *Dasein* n'y assume pas son être vers la mort existentiel. Au contraire, il assume une position d'être vers la mort quotidien en déval.

³⁵⁰ Heidegger, Ibid., p. 306.

« L'être vers la mort quotidien est, en tant que dévalant, une constante fuite devant elle. L'être vers la fin a le mode de l'esquive devant elle qui en change le sens, l'entend improprement et la voile. Que le Dasein que j'ai chaque fois en propre meure factivement toujours déjà, c'est-à-dire qu'il soit un être vers sa fin, c'est là un fait qu'il se cache en imprimant à la mort le caractère du cas de mort tel qu'il se produit quotidiennement chez les autres, ce qui en tout cas, nous assure encore plus clairement que « nous-on » est bien encore « en vie ». mais avec la fuite en déval devant la mort, la quotidienneté du Dasein atteste que le nous-on est, lui aussi, chaque fois déjà déterminé comme être vers la mort, quand bien même il ne se meut pas expressément dans l'activité de « penser à la mort ». (...) Mais la mise en relief de l'être vers la mort quotidien invite en même temps à essayer, par une interprétation plus approfondie de l'être vers la mort en déval comme esquive devant elle, d'affermir le concept pleinement existentiel de l'être vers la fin. »³⁵¹

« Par delà cette caractérisation apparemment vide de l'être vers la mort, s'est révélé la concrétisation de cet être sur le mode de la quotidienneté. Conformément à la tendance au dévalement qui est essentielle à celle-ci [la quotidienneté], l'être vers la mort s'est montrée comme dissimulation destinée à l'esquiver. »³⁵²

C'est-à-dire qu'il y a l'être vers la fin posé et analysé d'un point de vue existentiel et qui met en évidence que l'être s'y détermine d'être vers le pouvoir-être le plus propre, sans relation et indépassable, c'est-à-dire devant la pure et simple impossibilité de l'existence, d'une part et l'être vers la mort, d'autre part qui s'articule concrètement dans la quotidienneté comme tentative de dissimulation ayant pour objet d'esquiver la mort elle-même.

L'être vers la mort quotidien trouve son explication du on-dit en tant 'qu'on meurt tous un jour même si ce n'est pas encore le moment'. Ce serait là « certitude » de la mort qui vient dissimuler la mort elle-même. Autrement dit, savoir imaginaire qui vient occulter la mort réelle.

³⁵¹ Heidegger, Ibid., p. 309.

³⁵² Heidegger, Ibid., p. 310.

C.1.2 L'être vers la mort existentiel

Heidegger dégage le concept existentiel de la mort en ces termes : « *la mort comme fin du Dasein est la possibilité la plus propre, sans relation, certaine et comme telle indéterminée, indépassable du Dasein. La mort est comme fin du Dasein, dans l'être de cet étant vers sa fin.* »³⁵³

« *De même que le Dasein est constamment déjà son pas-encore pendant tout le temps qu'il est, de même il est aussi déjà toujours sa fin. Le finir auquel on pense dans le cas de la mort ne signifie pas pour le Dasein être-à-la-fin, mais au contraire un être vers la fin de cet étant. La mort est une manière d'être que le Dasein assume sitôt qu'il est.* »³⁵⁴

« *La fin vers laquelle le Dasein est en existant demeure inadéquatement déterminée par un être-à-la-fin.* »³⁵⁵

La question qui se présente à Heidegger est alors de savoir si le *Dasein* peut se tenir dans son être vers la mort existentiel et comment ?

« *La projection existentielle d'un propre être vers la mort doit donc mettre en évidence les moments qui constituent un tel être en tant qu'entendre la mort, au sens d'être en rapport avec la possibilité caractérisée, sans la fuir, ni la dissimuler.* »³⁵⁶

Etre vers la mort, c'est être en existant vers la mort.

L'être envers la possibilité qu'est l'être vers la mort doit se comporter envers la mort comme quelque chose qui a trait à la possibilité.

Cependant, « *l'extrême proximité de l'être vers la mort comme possibilité est aussi éloignée que possible de quelque chose de réel.* »³⁵⁷. Est-ce en ce sens que, comme le précise Lacan, c'est une position qui ne peut être assumée que de pur prestige, à savoir que la mort, ne peut y être entendue sur son versant réel ?

La mort est « *la possibilité de l'incommensurable impossibilité de l'existence* »³⁵⁸

³⁵³ Heidegger, Ibid., p. 313.

³⁵⁴ Heidegger, Ibid., p. 299.

³⁵⁵ Heidegger, Ibid., p. 300.

³⁵⁶ Heidegger, Ibid., p. 315.

³⁵⁷ Heidegger, Ibid., p. 317.

³⁵⁸ Heidegger, Ibid., p. 317.

L'être vers la mort comme marche d'avance se montre comme « possibilité d'entendre l'extrême pouvoir être le plus propre, c'est-à-dire comme possibilité d'existence propre »³⁵⁹.

L'ESSEULEMENT DU DASEIN ASSUMANT SON ETRE VERS LA MORT EXISTENTIAL

Entendre la possibilité de l'être vers la mort la plus propre conduit à « la perte factive dans la quotidienneté du nous-on »³⁶⁰ au sens où s'affronter à la mort sans l'esquiver suppose une forme de solitude qui arrache le *Dasein* à l'être en compagnie. « Cet esseulement est une manière de détecter le « là » pour l'existence. »³⁶¹.

« Le *Dasein* n'est proprement lui-même que dans la mesure où en tant qu'être préoccupé après... et être en souci mutuel pour... il se projette prioritairement sur son pouvoir être le plus propre et non sur la possibilité du nous-on. La marche d'avance [qu'est l'être vers la mort propre] jusqu'à la possibilité sans relation [esseulement devant la mort] force l'étant en marche dans la possibilité à assumer de lui-même son être le plus propre à partir de lui-même. »³⁶²

« La caractérisation de l'être propre vers la mort dans sa projection existentielle se résume ainsi : la marche d'avance révèle au *Dasein* la perte dans le nous-on et le place devant la possibilité d'être soi-même sans attendre de soutien du souci mutuel qui se préoccupe – mais d'être soi-même dans cette liberté passionnée, débarrassée des illusions du on, factive, certaine d'elle-même et s'angoissant : la liberté envers la mort. »³⁶³

Assumer son être vers la mort existential esseule le *Dasein* au sens où il s'éloigne de la relation imaginaire aux petits autres. Ainsi « La mort est une possibilité d'être que le *Dasein* a, chaque fois, à assumer lui-même. Avec la mort, le *Dasein* a rendez-vous avec lui-même dans son pouvoir être le plus propre. Dans cette possibilité là il y va purement et simplement pour le *dasein* de son être-au-monde. Sa mort est la possibilité de ne-plus-être-*Dasein* (...). Quand [le *Dasein*] est ainsi imminent à lui-même, toutes ses relations au *Dasein* d'autrui sont dénouées (...). »³⁶⁴

³⁵⁹ Heidegger, Ibid., p. 317.

³⁶⁰ Heidegger, Ibid., p. 318.

³⁶¹ Heidegger, Ibid.

³⁶² Heidegger, Ibid.

³⁶³ Heidegger, Ibid., p. 321.

³⁶⁴ Heidegger, Ibid., p. 305.

ÊTRE EN ATTENTE DE.

Cependant « *l'existence propre n'est en rien ce qui plane en survolant de haut la quotidienneté en déval, au contraire ce n'est existentiellement qu'une saisie modifiée de celle-ci.* »³⁶⁵

L'existence selon Heidegger se mesure à la capacité 'd'être en attente de'.

Tant qu'on est 'en attente de', le *Dasein* est encore en inachèvement de son pouvoir être. Alors que si le *Dasein* n'est plus en attente de rien, alors il n'est déjà plus, « *son être est réduit à néant* »³⁶⁶.

Il y aurait une différence à faire entre être entre-deux, dans l'attente de la mort par où l'attente elle-même indiquerait la présence de l'être, et cette position mélancolique, où il n'y a plus d'attente de rien, par où l'être serait réduit à néant. 'L'attente de' participe de la dynamique du désir en tant qu'est attendu ce qui manque de n'être pas encore advenu.

Cependant peut-on dire que le sujet dans l'attente entre deux est encore sujet désirant ? Dans l'entre-deux, il n'y a plus inscription du désir au champ du désir de l'Autre.

³⁶⁵ Heidegger, Ibid., p. 227.

³⁶⁶ Heidegger, Ibid., p. 290.

C.1.3 Conclusion : Deux positions possibles du *Dasein*

L'être vers la mort est tout d'abord ce mode d'être propre au *Dasein*. Il peut, soit l'assumer, soit fuir devant elle. Sa fuite correspond à un dévalement de l'être qui se réfugie dans la dimension imaginaire de la relation à l'autre, dans le bavardage, la curiosité et l'équivoque. Assumer l'être vers la mort revient à une sortie de cette dimension imaginaire.

Heidegger définit deux modes d'être à l'égard de la mort qui placent le *Dasein* sur deux plans distincts.

D'une part, celui de prendre acte que la mort soit une possibilité de l'être, ce qui le mène à exister.

En effet « *Quand il dévoile en y marchant ce pouvoir être, le Dasein se découvre à lui-même sous l'angle de sa possibilité extrême. Mais se projetant sur son pouvoir être le plus propre veut dire : pouvoir s'entendre soi-même dans l'être de l'étant ainsi révélé : exister.* »³⁶⁷

D'autre part, l'autre position que le *Dasein* peut être amené à occuper consiste en la dénégarion de la mort par la fuite dans l'imaginaire de la quotidienneté et de la relation à l'autre qui est, en soi, une forme de mort.

Se dissimuler la mort comme possibilité précipiterait l'être dans une forme de mort en déval alors que l'assumer aurait cet effet inverse d'ouvrir sur l'existence.

³⁶⁷ Heidegger, *Ibid.*, p. 317.

C.2 Etre-pour-la-mort

L'existence de l'être, telle que Heidegger la définit dans cette position existentielle du *Dasein* assumant son être vers la mort propre, se réalise donc dans une solitude de l'être s'extirpant de la quotidienneté dans laquelle il se trouve en déval.

Assumer l'être vers la mort suppose cette sortie de la quotidienneté que Lacan situe du côté de l'imaginaire.

S'appuyant sur les travaux de Heidegger, Lacan conditionne cette accession à l'être-pour-la-mort par le dépouillement narcissique du moi, situant par là l'être-pour-la-mort dans un au-delà de l'imaginaire.

Accéder à l'être-pour-la-mort suppose d'y céder son moi, chose que l'analyse autorise par le biais de la cure.

C.2.1 Le dépouillement narcissique du moi

L'être-pour-la-mort est une position d'être auquel le sujet accède par le biais de l'analyse, en s'adressant à l'analyste qui met un point d'orgue à occuper une position de maître absolu. L'accession à l'être-pour-la-mort se fait par le dépouillement imaginaire du moi. Mais dans ce cas il s'agit d'une mort de *prestige*, pas de la mort réelle.

En effet, « *Pour que la relation de transfert pût dès lors échapper à ses effets, il faudrait que l'analyste eût dépouillé l'image narcissique de son Moi de toutes les formes du désir où elle s'est constituée, pour la réduire à la seule figure qui, sous leurs masques, la soutient : celle du maître absolu, la mort. C'est donc bien là que l'analyse du Moi trouve son terme idéal, celui où le sujet, ayant trouvé les origines de son Moi en une régression imaginaire, touche, par la progression remémorante, à sa fin dans l'analyse : soit la subjectivation de sa mort. Et ce serait la fin exigible pour le Moi de l'analyste, dont on peut dire qu'il ne doit connaître que le prestige d'un seul maître : la mort, pour que la vie, qu'il doit guider à travers tant de destins, lui soit amie. Fin qui ne semble pas être hors de l'atteinte humaine, -car elle n'implique pas que pour lui non plus que pour quiconque, la mort soit plus que prestige-, et qui ne vient que satisfaire aux exigences de sa tâche (...). Cette condition imaginaire ne peut pourtant être réalisée que dans une ascèse s'affirmant dans l'être par une voie où tout savoir objectif sera de plus en plus mise en suspension. Car, pour le sujet, la réalité de sa propre mort n'est aucun objet imaginable, et*

l'analyste, pas plus qu'un autre, n'en peut rien savoir, sinon qu'il est un être promis à la mort. Dès lors, à supposer qu'il ait réduit tous les prestiges de son Moi pour accéder à l' « être-pour-la-mort », aucun autre savoir qu'il soit immédiat ou construit, ne peut avoir sa préférence pour qu'il en fasse un pouvoir, s'il n'est pas pour autant aboli. »³⁶⁸

Dans le cadre de l'analyse, l'analyste doit occuper cette position de Maître absolu, la mort, en faisant le mort sur son désir. Ce faisant il occupe une position mutique qui place l'Autre, auquel s'adresse le sujet, en position de mort.

De n'obtenir aucune réponse à cette place d'Autre qu'il convoque chez l'analyste, le sujet se trouve face à cette promesse de mort contenue dans l'être-pour-la-mort qu'il se doit d'assumer afin de naître en tant que sujet.

De se trouver devant le mutisme de l'Autre dans cette position de mort que lui fait occuper l'analyste en se taisant sur son propre désir, le sujet se trouve *Hilflos*, sans recours, ni de l'imaginaire dépouillé par les effets de la cure, ni de la fonction de l'Autre mutique.

C.2.2 La solitude du sujet

Tout autant Heidegger pointe la dimension de l'esseulement du *Dasein* lorsqu'il se trouve à assumer son être vers la mort existentielle, tout autant, Lacan met en exergue cette même dimension de solitude du sujet lorsqu'il s'affronte à sa propre mort et notamment son être-pour-la-mort, précisant que « (...) la fonction du désir doit rester dans un rapport fondamental avec la mort. (...) C'est proprement ceci que Freud, parlant de l'angoisse, a désigné comme le fond où se produit son signal, à savoir l'*Hilflosigkeit*, la détresse, où l'homme dans son rapport à lui-même qui est sa propre mort (...), n'a à attendre d'aide de personne.»³⁶⁹

Solitude en tant qu'il y a détachement de la relation purement imaginaire à l'autre, solitude également lorsqu'il doit éprouver cette *Hilflosigkeit* inhérente à tout affrontement à la mort, c'est-à-dire lorsqu'il traverse le désarroi de l'abandon de l'Autre, l'approche de la mort produisant cette forme de détachement de l'accroche du désir du sujet au désir de l'Autre.

³⁶⁸ Lacan, J., (1955), *Variantes de la cure-type*, in *Ecrits*, p. 349.

³⁶⁹ Lacan, J., (1959-1960), *Le séminaire, livre 7, L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Seuil, p. 351.

Ainsi, « (...) le sujet réalise sa solitude, soit dans l'ambiguïté vitale du désir immédiat, soit dans la pleine assomption de son être-pour-la-mort. »³⁷⁰

Par où l'ambiguïté vitale du désir pointe la dimension d'énigme du désir de l'Autre, qui porte en lui le germe de la menace à l'encontre du sujet.

C.2.3 Le rapport à l'Autre selon que le sujet ai assumé ou non l'être-pour-la-mort.

Selon que le sujet assume ou non son être-pour-la-mort, son rapport à l'Autre s'en trouve modifié.

Au travers de la persistance de la fonction symbolique, la mort de l'homme trouve son sens dans le jugement dernier émanant de l'Autre, jugement qui soit absout l'être, soit le condamne³⁷¹. A contrario, ce sens n'apparaît pas comme tel lorsque le sujet atteint à la réalisation subjective de l'être-pour-la-mort.

Le sentiment d'un jugement porté sur le sujet à l'approche de la mort, qu'il s'articule sous forme d'absolution ou de condamnation, viendrait signer la présence, encore là, de l'Autre.

Alors que le fait d'assumer l'être-pour-la-mort met le sujet hors de portée de ce jugement dernier, pas plus absout que condamné, il est dans un être-là promis à la mort, dans la solitude isolée de la relation imaginaire et du désir de l'Autre rendu mutique sur son désir.

La condition essentielle qui émerge dans cette assomption de l'être-pour-la-mort par le sujet est alors une condition éthique, telle que Lacan nous enseigne à l'articuler.

Or, occuper cette position d'être qu'est l'être-pour-la-mort, non pas seulement au regard de la mort de prestige, mais au regard de la mort réelle annoncée, n'entraîne-t-il pas comme conséquence pour le sujet de céder sur son désir ?

A partir du moment où aucune angoisse, ni aucun désir ne s'énonce du sujet, il s'avère que l'annonce du pronostic léthal produit une ascèse imaginaire et une annihilation du symbolique, laissant le sujet dans une position entre-deux-morts.

³⁷⁰ Lacan, J., (1953), *Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse*, in *Ecrits*, p. 321.

³⁷¹ Lacan, J., (1953), *Ibid.*, p. 279.

Il y affronte l'être-pour-la-mort en tant qu'il y est promis d'une manière avérée par l'Autre. Il ne peut plus s'y soustraire, l'imaginaire réduit à néant, ne lui offrant plus ce recours, ni l'Autre, se présentant mort lui-même.

Le sujet affronte l'être-pour-la-mort, mais y consent-il pour autant ? Difficile à dire.

La clinique ne révèle pas d'état extatique ou de sentiment océanique mais un être-là dans l'expectative de la mort, dans l'attente *Erwartung*.

Le sujet y attend la mort promise, non pas comme réponse à un vœu qu'il formulerait, ce qui indiquerait la présence encore là du désir mais comme réalisation de ce à quoi il est promis, hors désir.

Contrairement à cette position éthique qu'il est amené à occuper à l'issue de la cure, en tant qu'il y assume cet être-sans-recours-de-l'Autre qu'est l'être-pour-la-mort, en ne cédant pas sur son désir, le sujet s'affrontant à sa mort réelle et non plus de prestige, voit ses soutiens imaginaires et symboliques se néantiser brutalement sans la préparation à la quelle ouvre la cure analytique³⁷² et cède sur son désir qu'il ne peut plus arrimer au désir de l'Autre.

Accéder ainsi à l'être-pour-la-mort consentie, n'ouvre pas à l'état extatique, mais à une mélancolisation de l'être.

On parle de mélancolisation du sujet au sens où il ne semble plus rien attendre d'autre de la vie que la mort.

Le désir n'est plus, laissant la place à une attente de la réalisation effective de la mort. Le sujet entrant dans cet entre-deux-morts, une zone d'empiètement de la mort sur la vie par l'occupation pleine et entière de cette position d'être qu'est l'être-pour-la-mort avant l'advenue de la mort elle-même, ce que Lacan qualifie d'épousailles avec la mort pour désigner la position d'Œdipe à Colone au moment où il rejoint ce qui correspond à sa position d'être : la mort.

³⁷² Hypothèse qui amène à interroger ce qu'il en est de l'approche de la mort réelle par ceux qui ont assumé leur être-pour-la-mort dans le cadre de la cure.

D Conclusion

La mort comme vérité annoncée du champ de l'Autre a ce double effet de s'articuler au désir de l'Autre comme réponse au *Che Vuoi ?*, d'une part, et de rendre l'Autre mutique dans la réponse attendue par le sujet dans l'articulation de son propre désir.

Rendu mutique par la mort, l'Autre prend figure d'*Atropos*. La fonction symbolique qu'il supporte vacille dangereusement. Le désir de l'Autre, de se révéler désir de mort, néantise l'Autre comme fonction symbolique, n'accordant plus par là d'accroche au désir du sujet.

Il devient la mort elle-même contre quoi la figure paternelle, dans son annihilation, ne peut plus garantir la protection³⁷³.

Ce n'est plus devant l'énigme du désir de l'Autre que le sujet se ressent *Hilfflos* puisque cette énigme se confirme menace inexorable de mort. Mais c'est de se sentir l'objet du désir de mort de l'Autre. Révélation qu'au fond, ce qu'il veut, c'est bien sa perte qui précipite le sujet dans cet état d'être sans recours, non pas parce que la mort devient le désir de l'Autre, mais parce que de se définir comme objet de son désir, la mort a cet effet de néantiser la fonction symbolique elle-même. Et c'est parce que, en quelque sorte, il n'y a plus d'Autre que le sujet ne peut plus y avoir recours.

Le mutisme de l'Autre devant l'appel du sujet engendre le sentiment de l'hostile et de l'abandon que l'on retrouve dans le témoignage de ceux qui s'affrontent à leur mort annoncée. Leur dérélition, telle qu'en témoigne C. Millot, procède alors, non seulement d'un désarrimage symbolique, -au sens où le sujet n'a plus le recours du symbolique pour y inscrire la dimension de son désir au champ du désir de l'Autre-, mais aussi d'un dépouillement imaginaire qui laisse le sujet dénudé, sans recours, là aussi, mais sans recours imaginaire.

³⁷³ Lacan, J., (1958-1959), *Le Séminaire 6, Le désir et son interprétation*, inédit, p. 127-128.

Freud situe ce phénomène du côté de l'abandon auquel se livre le moi devant la férocité du surmoi. Le moi se laisse mourir abandonnant le sujet face à son destin final, dans l'attente entre-deux-morts, de la réalisation de leur être-pour-la-mort.

Certains sujets assument cet être-pour-la-mort, mais tout en ayant cédé sur leur désir ; cette éthique qui se doit de persister dès lors que le sujet, au terme de la cure analytique, assume son être-pour-la-mort ; mort entendue comme de prestige.

Face à sa finitude affirmée et au vacillement des dimensions imaginaires et symboliques, le sujet néantise son désir pour y ériger l'attente, sans angoisse puisque le moi n'y est plus, de la mort hors prestige, réelle.

Cependant d'autres sujets n'assument pas leur être-pour-la-mort, ils plongent alors dans un désarroi absolu (Mr F.), par où se dévoilent les restes agonisants du moi qui n'a pas encore totalement abandonné, ou bien ils viennent incarner la mort elle-même par leur mutisme gémissant signant par là la néantisation du sujet³⁷⁴.

Cependant persiste encore fugacement l'appel à l'Autre, inscrit dans ce gémissement qui peut devenir parole et ouvre une possibilité de restauration de la fonction symbolique, à condition que l'Autre ne fasse pas défaut dans sa réponse.

Lorsque le moi ne s'abandonne pas et au contraire s'accroche à sa dimension narcissique, se déploient alors des stratégies imaginaires pour faire exister imaginairement ce désir de l'Autre³⁷⁵ comme désir de mort, palliant ainsi au vacillement du symbolique dans une tentative pour en restaurer la fonction, afin que le sujet puisse y accrocher son désir ainsi qu'en témoigne une certaine clinique issue des soins palliatifs.

³⁷⁴ Ce dont nous traiterons dans la dernière partie de la thèse.

³⁷⁵ Lacan, J., (1958-1959), *Le Séminaire 6, Le désir et son interprétation*, inédit, p. 127-128.

-Quatrième chapitre_

Les recours du sujet

A Effets de l'assomption de l'être-pour-la-mort

Cependant, l'assomption de l'être-pour-la-mort par le sujet ne peut se réaliser qu'à la condition que la mort soit de prestige ; c'est-à-dire au fond, à condition que la fonction symbolique soutenue par l'Autre soit efficiente.

C'est ce que met en évidence la position d'Antigone assumant son être-pour-la-mort, ainsi que celle de Catherine Millot alors qu'elle consent à sa propre perte.

A.1 Antigone

C'est Antigone qui nous donne à voir dans toute sa beauté tragique, dont Lacan vante l'éclat, ce qu'il en est d'une position du sujet assumant son être-pour-la-mort, dans sa condition éthique.

LE DESTIN D'ANTIGONE

Le destin d'Antigone, en tant que vouée à *une mort consentie*, s'articule à la demande de Polynice, son frère, réclamant une sépulture s'il devait mourir lors de sa rencontre avec son frère à Thèbes.

Rappelons que tous deux meurent de la main l'un de l'autre dans cet affrontement aux portes de Thèbes. Créon devenu alors Roi accorde la sépulture à Étéocle, mort pour la cité, mais la refuse à Polynice, qu'il considère comme un traître.

Défense est donc faite de l'ensevelir sous peine de mort.

Antigone fait ce choix subjectif de se soustraire à l'interdit porté par Créon afin de répondre à la demande de son frère mort. Ce faisant, elle refuse à Créon toute autorité, le destituant de cette fonction symbolique qu'il s'octroie à la mort des deux frères. Elle ne lui reconnaît pas cette place d'Autre à partir de laquelle il pourrait énoncer les lois et interdits de la cité. Le seul Autre auquel elle se réfère est la mort, par le biais de Polynice mais aussi par celui des « dieux d'en bas » œuvrant dans l'Hadès.

Ce choix de s'offrir à la mort afin de répondre à la demande de Polynice, elle ne l'aurait pas faite, dit-elle, pour un enfant né de son sein ou pour un époux. Ce qu'elle met en avant pour soutenir son choix est le fait que ces derniers auraient été *remplaçables*. Elle aurait pu avoir d'autres enfants, un autre époux, les mettant par là dans la lignée des objets imaginaires interchangeableables.

Alors que Polynice est, à ses yeux, irremplaçable d'être orphelin. Ce qui lui accorde au regard d'Antigone une fonction symbolique qui l'inscrit au champ de l'Autre.

Il y formule donc une demande adressée à Antigone qui y repère un désir articulé au champ de l'Autre et ne peut s'y soustraire, montrant pas là une position hystérisée en tant que soutient du désir de l'Autre : « *J'entends que nul ne soit en droit de dire que je l'ai trahi* »³⁷⁶, énonce-t-elle alors.

Même mort, et peut-être d'autant plus parce qu'il n'est plus, le désir de Polynice oriente le désir d'Antigone, au-delà de la menace qu'elle encourt.

Elle ne peut que répondre au désir de l'Autre, aussi bien pour y trouver reconnaissance. Et pour y répondre, elle ne peut que consentir à ce à quoi elle est promise, la mort.

En ce sens, elle s'affronte et assume son être-pour-la-mort. Condition pour pouvoir répondre au désir de l'Autre, en tant qu'elle y articule le sien propre.

La particularité de la position d'Antigone est qu'elle ne cède en rien sur son désir alors même qu'elle est vouée à mourir, à en mourir.

Assumant son être-pour-la-mort, elle bascule dans un entre-deux-morts par où, dit-elle, « *Mon âme est morte depuis longtemps, si bien qu'il convient d'aider les morts* »³⁷⁷.

³⁷⁶ Sophocle, *Antigone*, Edition Les Belles Lettres, Paris, 1997, p. 5.

³⁷⁷ Sophocle, *Ibid.*, p. 45.

Cette position d'être, Antigone démontre qu'elle ne l'assume pas dans une forme de semblant puisqu'elle ne cherche pas à échapper à son destin d'être emmurée vivante dans un tombeau.

Contrairement à ce qu'en pense Créon, qui de sa position préoccupée de la quotidienneté et du service des biens, estime que Antigone « *pourra alors tout à son aise supplier Hadès, seul dieu qu'elle adore, et avoir sans doute par lui la faveur de ne pas mourir* »³⁷⁸.

Là n'est pas son désir, évanouit d'avoir consenti à la mort dans un dernier acte de désir : celui d'accorder une réponse au désir de Polynice, en lui donnant une sépulture.

Son âme est morte, emmurée dans un corps vivant, « *qui ne dois plus compter au nombre des humains, ni au nombre des morts et ne dois pas plus habiter chez les morts que chez les vivants.* »³⁷⁹

Ce qui signe cette profonde solitude d'Antigone dans l'assomption de son être-pour-la-mort par où elle se trouve sans recours de l'Autre et des autres : « *(...) sans égards, abandonnée des miens, misérablement, je descends, vivante, au séjour souterrain des morts ! Quel droit divin pourtant ai-je offensé ? ... Allons ! à quoi bon, malheureuse, porter mes regards vers les dieux ? Je n'ai point d'allié à qui faire appel : ma piété m'a valu le renom d'une impie.* »³⁸⁰

Antigone, par cette tirade, traduit ce sentiment d'abandon ressenti à l'approche de la mort réelle faisant vaciller, à ce moment précis, la fonction symbolique incarnée par l'Autre. C'est en ce sens qu'elle interpelle les dieux, ultime tentative d'en restaurer la fonction symbolique, se demandant qu'elle faute mérite un tel abandon dans la mort.

LE DESIR D'ANTIGONE

Lacan, dans son analyse de la pièce d'Antigone, indique que « *Le tiers central de la pièce est constitué par l'apophanie détaillée qui nous est donnée de ce que signifie la position, le sort d'une vie qui va se confondre avec la mort certaine, la mort vécue de façon anticipée, mort empiétant sur le domaine de la vie, vie empiétant sur la mort.* »³⁸¹

Dès lors que la mort s'anticipe d'une quelconque manière, et plus encore lorsqu'elle fait l'objet d'un oracle reçu du lieu de l'Autre, elle empiète sur la vie ouvrant un espace entre-deux, borné par la mort.

³⁷⁸ Sophocle, Ibid., p. 63.

³⁷⁹ Sophocle, Ibid., p. 67.

³⁸⁰ Sophocle, Ibid., p. 73.

³⁸¹ Lacan, J., (1959-1960), *Le séminaire, livre 7, L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Seuil, p. 291.

Antigone, dans cet entre-deux-morts, dans lequel elle se situe, cherche volontairement à rejoindre la mort comme seule issue possible de sa vie articulée au désir de son frère auquel elle cherche à répondre.

Pour répondre au désir de son frère, Antigone doit nécessairement ne pas fuir son être-pour-la-mort et l'assumer pleinement.

En ce sens elle est seule. Seule de ne plus faire partie des vivants, mais désirante puisqu'elle articule son désir au désir de l'Autre, ici son frère. Elle articule son désir en tant que désir de soutenir le désir de son frère mort. Ce qui montre la présence encore là de la fonction symbolique, qui ne se met véritablement à vaciller que dans l'approche réelle de sa propre mort, alors qu'elle se dirige vers son tombeau.

L'Autre est mort et cependant elle parvient à y articuler son propre désir comme se faisant l'appui du désir de l'Autre mort. En ce sens assumer son être-pour-la-mort, c'est un moyen de répondre encore une fois au désir de l'Autre, même si c'est en s'engageant dans la mort réelle. C'est donc morte, qu'elle répond au désir de l'Autre.

Antigone, dans la manière dont elle assume son destin démontre une position du sujet éthique au sens où elle s'affronte et consent à assumer son être-pour-la-mort afin de soutenir son désir articulé au champ du désir de l'Autre mort. C'est-à-dire qu'au fond elle ne cède pas son désir dans l'assomption de son être-pour-la-mort.

Cependant, elle n'y consentira réellement, c'est-à-dire pas seulement dans le prestige, qu'au plus profond de sa solitude alors qu'elle rejoint l'autre dans laquelle elle sera emmurée morte et vivante à la fois, ressentant de manière aigue et tragique l'absence du soutien de l'Autre.

A.2 L'état extatique ou le consentement à sa propre perte

C. Millot fait l'expérience du vide extatique à la suite d'un accident de voiture dont elle ressort vivante tout en ayant le sentiment aigu d'avoir échappé à la mort aux portes de cette ville au nom évocateur de Mort... où elle devait enseigner.

Elle se ressent *Hilflos*, cependant, toute angoisse y disparaît, avec le sentiment d'avoir « acquitté une dette de vie »³⁸². Il s'agit du même vide entrevu à Helsinki et à Budapest : « le vide d'une solitude radicale, mais dont le signe se serait inversé, l'angoisse ayant fait place à une paix inconnue. »³⁸³ « C'est comme si, me disais-je, j'étais morte sur la route et vivais désormais une existence surnuméraire. (...) Était-ce d'avoir, dans mon fond consenti à ma perte ? Je pensais alors à un rêve fait à l'adolescence et qui m'avait alors beaucoup troublée. J'étais condamnée à mort, je ne savais pas pourquoi. Je me débattais dans la douleur et la révolte, et puis soudain, je m'abandonnais, et acceptais. J'éprouvais alors une grande paix. »³⁸⁴. L'angoisse de la déréliction se renverse en état extatique sans détresse, ni manifestation imaginaire de l'angoisse.

« Je m'abandonne » dit-elle, au sens où le sujet consent à abandonner son moi face à ce qui se trouve être une perte consentie. Elle y assume son être-pour-la-mort, ce qui la conduit à un entre-deux qu'elle énonce dans ce « *comme si j'étais morte sur la route* », lui donnant le sentiment de vivre « *une existence surnuméraire* ».

La déréliction, expérience d'être sans recours du soutien de l'Autre, vécue dans la détresse et le désarroi apparaît dès lors comme une expérience vécue sur le plan imaginaire, au sens où le moi s'y manifeste dans l'angoisse devant la menace dirigée contre le sujet, alors même qu'il n'y a pas de danger dans cette expérience de l'*Hilflosigkeit*, -si ce n'est d'y perdre réellement l'Autre.

³⁸² Millot, C. (2001), *Abîmes ordinaires*, Paris, Gallimard, p. 12-13.

³⁸³ Millot, C. (2001), *Ibid.*, p. 13.

³⁸⁴ Millot, C. (2001), *Ibid.*, pp. 12-13.

L'état extatique correspond à cette même expérience d'être dans recours, cependant vécu de manière consentie. Le sujet y abandonne son moi ainsi que les manifestations d'angoisse qui lui sont rattachées et consent à assumer l'être-pour-la-mort qui s'y dévoile.

Expérience qui ne dure pas, l'angoisse revient en force et elle s'engage dans l'analyse avec Lacan dans l'idée de retrouver cet état extatique, que Lacan nomme « *Gelassenheit* »³⁸⁵, à la suite de Maître Eckhart, ce que l'on traduit par *sérénité* ou *laisser-être*.

*« L'extase aurait ainsi pour condition la dérélition, elle consisterait dans le renversement qui s'opère lorsqu'on y consent. J'appelle dérélition l'état d'être livré sans défense à ce qui peut vous détruire, que Freud désignait du terme *Hilflosigkeit*, souvent traduit également par détresse. (...) La dérélition s'expérimente dans la faillite du recours à l'Autre comme instance tutélaire. Cet Autre, notre primitive protection, nous apparaît alors comme celui-là même d'où vient le danger, à la merci que nous sommes de son bon ou mauvais vouloir, de son désir énigmatique, voire de sa jouissance. Ce désir, cette jouissance qui pourraient bien être notre perte, nous tenterons alors de les désarmer, d'ériger contre eux le rempart de l'amour, reconduisant ainsi une dépendance qui durera toute la vie, même si changent les visages de la détresse.*

*Ces visages Freud les énumère : perte de l'objet d'amour, castration, exclusion du groupe social. La forme ultime de la *Hilflosigkeit*, nous la rencontrons face à la mort, que nous ne pouvons guère appréhender autrement que comme une condamnation finale par les puissances du destin, derniers avatars des puissances parentales.*

*Si la *Hilflosigkeit* est « cette position d'être sans recours plus primitive que tout », selon les mots de Lacan, c'est elle aussi, nous dit-il, que nous trouvons au rendez-vous dans une cure analytique menée jusqu'à son terme. Elle serait le visage le plus pur de la fin de l'analyse, qui nous mettrait en condition de l'affronter. »³⁸⁶*

De s'affronter à la mort réelle dans toute sa soudaineté produit cet arrachement de l'être du sujet non seulement de la dimension symbolique qui produit cet état *Hilflos* mais aussi de la couverture imaginaire qui annihile toute angoisse, laissant la place à l'état extatique. Cependant cela ne dure pas, l'angoisse revient, c'est-à-dire que la fonction imaginaire se restaure et le moi y reprend sa fonction.

³⁸⁵ Millot, C. (2001), *Ibid.*, p. 16.

³⁸⁶ Millot, C. (2001), *Ibid.*, pp. 40-41.

C. Millot s'oriente vers la psychanalyse et Lacan afin de retrouver cet état extatique qui nécessite ce travail d'ascèse réduisant tous les prestiges du moi jusqu'à ne plus laisser place qu'au Maître absolu, condition nécessaire à la naissance du sujet dans l'assomption de son être-pour-la-mort.

Cependant, une aporie se présente dans la réflexion de C. Millot, qui à la fin de son ouvrage, alors endeuillée par la perte de son père, en arrive à cette conclusion que « *Le salut dans la désolation, le salut rencontré au fond de la détresse, ça n'était donc que ça : la nostalgie de papa. L'ancien secours ressuscité. Des profondeurs, j'ai crié vers toi. Prends-moi dans ta main comme un oiseau tombé du nid et ne serre pas trop fort. Vatersehnsucht, le sentiment océanique se laisse lui aussi ramener à la source commune à toute religiosité, l'appel infantile au père.* »³⁸⁷

Aporie en ce que l'état *Hilflos*, d'abord vécu sur le plan de la détresse puis sur le plan extatique se soutient d'un « sans recours » de la fonction occupée par l'Autre, alors que sa conclusion produit une réintroduction de la fonction paternelle en tant que recours possible au fond de la détresse et qu'au fond, il n'y aurait pas tant consentement que cela à l'être-pour-la-mort puisque c'est la « nostalgie de papa » qui semble fonder cet état océanique pour C. Millot.

Pourtant l'appel au père, réalisé lorsqu'elle s'est raccrochée à son nom propre n'avait eu que ce premier effet de la faire revenir à la réalité et non pas de la précipiter dans ce renversement extatique de la détresse.

Au fond est-ce de céder le moi au néant qui serait la condition de l'extase dans l'assomption de l'être-pour-la-mort ? Ou bien est-ce la persistance, ressuscitée, nous dit-elle, de la figure morte du père qui réintroduit du recours symbolique au fond de cette dérélition ?

Elle cherchait à confirmer le fait qu'il n'y ait pas d'Autre de l'Autre comme condition essentielle de cette liberté ressentie dans le vide et finalement elle trouve une justification de l'extase par l'appel infantile au père.

³⁸⁷ Millot, C. (2001), *Ibid.*, p. 153.

B Prendre appui sur le fantasme

Alors que la clinique propre à l'annonce de la mort à venir met en évidence ce vacillement symbolique pouvant aller jusqu'à une forme de néantisation de l'Autre. La mort n'y est plus de prestige et, au-delà de la disparition réelle de l'être, elle vient menacer l'être du sujet dans son fondement symbolique.

Cependant, la clinique des soins palliatifs révèle que le sujet trouve le moyen de soutenir l'annonce de sa propre mort en évitant cette position mélancolisée, sans recours ni de l'imaginaire, ni du symbolique.

Il le fait en prenant appui sur le fantasme fondamental, qui se révèle dès lors un moyen pour renouer imaginaire et symbolique à l'approche de la mort réelle, autorisant dès lors des recours possibles du sujet.

Cela aura pour effet de rouvrir le manque de l'Autre, et de rendre opérant le signifiant du manque de l'Autre rendu mutique par l'approche de la mort réelle, en l'articulant dans le sens d'un désir de mort dont le sujet sera l'objet et sur lequel il devra à son tour réarticuler le sien.

Réaménager la fonction symbolique suppose dès lors de se faire l'objet du désir de mort de l'Autre et d'y articuler sa propre position subjective, que celle-ci se manifeste sous la forme d'un consentement imaginaire ou d'une dénégation mettant en exergue une passion de l'ignorance salvatrice.

B.1 L'angoisse est le signe du réel

L'approche de la mort serait ce « *mode irréductible sous lequel ce réel se présente dans l'expérience, tel est ce dont l'angoisse est le signal* »³⁸⁸, nous dit Lacan dans le séminaire 10 sur l'Angoisse.

³⁸⁸ Lacan, J., (1962-1963), *Le séminaire, livre 10, L'angoisse*, Paris, Seuil, p. 188.

Bien au-delà de l'angoisse, il s'agit bien plus de l'effroi ressenti face à ce qui s'annonce comme affrontement dernier pour le sujet qui se dresse sans protection, c'est-à-dire dans le vacillement d'une fonction symbolique inapte à répondre, dans ce temps de sidération, au réel annoncé.

Effroi puis possiblement angoisse en tant que le moi, survivant à cette première rencontre, y signe la première amorce au désir de l'Autre en tant qu'ultime recours imaginaire.

B.2 Le père protecteur

Dans le rêve du père mort et qui ne le savait pas ... que c'était selon le vœu du fils, Lacan en précisant que le sujet ne veut pas s'éveiller au message contenu dans son rêve, à savoir « *que le sujet par la mort de son père est désormais affronté à la mort, ce dont jusque là la présence du père le protégeait* »³⁸⁹, indique la fonction de protection de la figure paternelle face à la mort.

Le sujet, tant que la fonction symbolique est maintenue, est protégé de cet affrontement dernier. La disparition du père le laisse alors en proie à celle-ci.

L'annonce de la mort réelle par le vacillement de la fonction symbolique qu'elle opère, produit cet affrontement sans protection à la mort en tant que le sujet y est radicalement promis, abandonné de l'Autre.

Cependant, et à la condition expresse que la fonction imaginaire résiste à l'approche de la mort réelle, le sujet peut se défendre de cet état de détresse mortifère.

B.3 La réponse imaginaire à l'état de détresse

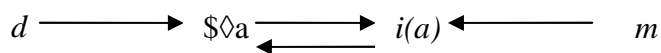
Le sujet va parer à cet état de détresse par une réponse imaginaire, c'est-à-dire que c'est du côté du moi que s'élabore une réponse à l'*Hilflosigkeit* :

« *Freud nous dit que l'angoisse se produit comme un signal dans le moi, sur le fondement de [l'*Hilflosigkeit*] à laquelle elle est appelée comme signal à remédier. (...) Ce dont il s'agit est ceci : (...) nous avons l'intervention*

³⁸⁹ Lacan, J., (1958-1959), *Le Séminaire 6, Le désir et son interprétation*, inédit, p. 108.

comme telle de l'élément imaginaire de la relation du moi [m] à l'autre [i(a)] comme étant ce qui va permettre au sujet de parer à cette détresse dans la relation au désir de l'Autre, par quoi ? Par quelque chose qui est emprunté au jeu de maîtrise que l'enfant, à un âge électif, a appris à manier dans une certaine référence à son semblable comme tel –l'expérience du semblable au sens où il est regard, où il est l'autre qui vous regarde, où il fait jouer un certain nombre de relations imaginaires parmi lesquelles au premier plan les relations de prestance, les relations aussi de soumission et de défaite. C'est au moyen de cela, en d'autres termes, (...) que le sujet se défend (...) avec son moi. Il se défend contre cette détresse, et avec ce moyen que l'expérience imaginaire de la relation à l'autre lui donne (...). »³⁹⁰

Le sujet se défend donc, selon Lacan, de cette détresse par le moyen que l'expérience imaginaire de la relation à l'autre lui donne, à savoir par le fantasme³⁹¹, tel qu'il se trouve articulé dans la formule suivante :



Le fantasme [$\$ \diamond a$] est « ce lieu d'issue, ce lieu de référence par où le désir va apprendre à se situer »³⁹² dont la fonction est de procéder à une « accommodation, de situation du désir du sujet comme tel et c'est bien pourquoi le désir humain a cette propriété d'être fixé, d'être adapté, d'être coapté, non pas à un objet, mais toujours essentiellement à un fantasme »³⁹³.

Le fantasme est conçu et articulé par la psychanalyse « dans une dialectique qui peut (...) concilier l'imaginaire avec le symbolique »³⁹⁴.

Le fantasme, la mise en scène d'un désir va venir protéger le sujet contre ce qui le menace dans la disparition de la figure paternelle : la mort³⁹⁵.

S'articuler dans le fantasme va permettre au sujet de renouer le symbolique, rendu vacillant par la survenue du réel de la mort, à l'imaginaire par le biais de l'articulation au désir de l'Autre.

³⁹⁰ Lacan, J., (1958-1959), Ibid., p. 24.

³⁹¹ Lacan, J., (1958-1959), Ibid., p. 24-25.

³⁹² Lacan, J., (1958-1959), Ibid., p. 25.

³⁹³ Lacan, J., (1958-1959), Ibid., p. 25.

³⁹⁴ Lacan, J., (1958-1959), Ibid., p. 25.

³⁹⁵ Lacan, J., (1958-1959), Ibid., p. 127.

B.4 Renouer le désir de l'Autre

En effet dans le fantasme se trouvent « le répondant et le support du désir, le point où il se fixe sur son objet, qui, bien loin d'être naturel, est toujours constitué par une certaine position prise par le sujet par rapport à l'Autre. »³⁹⁶. Mettre en œuvre le fantasme, comme recours imaginaire à l'état de détresse, réactualise le rapport nécessaire entre le sujet et l'Autre, ce rapport de dépendance³⁹⁷ au fondement de la dynamique du désir, en tant que le sujet articule son désir au champ du désir de l'Autre.

« Le désir de l'Autre ne me reconnaît pas. (...) Il me met en cause, il m'interroge à la racine même de mon désir à moi comme a, comme cause de ce désir, et non comme objet. Et parce que c'est là qu'il vise, dans un rapport temporel d'antécédence, que je ne puis rien faire pour rompre cette prise, sauf à m'y engager ». ³⁹⁸

La seule voie qui s'ouvre afin de maintenir le désir de l'Autre est pour le sujet de s'y engager même si ce désir s'avère mortifère.

Au fond, au-delà de la perspective de la mort, c'est la perspective d'y perdre l'Autre qui pousse le sujet à adhérer à son désir, même si celui-ci s'avère désir de mort.

Le fantasme est donc ce moyen par lequel le sujet maintient la position nécessaire de l'Autre qui le protège de la survenue réelle de la mort, en tant que ce qui est mis en protection ne touche pas tant à la perspective de sa propre néantisation que celle de l'annihilation de la fonction symbolique.

Dans le fantasme s'écrit le rapport du désir de l'Autre avec « l'image support de ce désir »³⁹⁹. Le fantasme est donc ce qui articule le désir de l'Autre sur le plan imaginaire, cette « image-support [étant] l'équivalent du désir de l'Autre. »⁴⁰⁰. Autrement dit, le sujet en prenant appui sur le fantasme, maintient de cette manière le rapport au désir de l'Autre par le biais de l'imaginaire, ce qui a pour effet d'articuler l'imaginaire à une certaine fonction signifiante⁴⁰¹.

³⁹⁶ Lacan, J. (1957-1957), *le séminaire livre 5, les formations de l'inconscient*, Paris, Seuil, p. 441.

³⁹⁷ Lacan, J., (1962-1963), *Le séminaire, livre 10, L'angoisse*, Paris, Seuil, p. 33.

³⁹⁸ Lacan, J., (1962-1963), *Ibid.*, p. 180.

³⁹⁹ Lacan, J., (1962-1963), *Ibid.*, p. 34-35.

⁴⁰⁰ Lacan, J., (1962-1963), *Ibid.*, p. 34-35.

⁴⁰¹ Lacan, J. (1957-1957), *Le séminaire livre 5, les formations de l'inconscient*, Paris, Seuil, p. 410.

Maintenir le fantasme au regard de la survenue de la mort nécessite donc que le sujet inscrive la mort comme nature de ce que lui veut l'Autre et qu'il s'y situe comme objet de ce désir de mort de l'Autre, dans une tentative de sauvegarder la fonction symbolique dans le réel, à l'orée de la mort.

Le sujet inscrit le fantasme en tant qu'équivalent du désir de l'Autre, ce qui peut éclairer le fantasme propre au moi s'installant dans la maîtrise de cette mort en tant que ce fantasme de mort pour lequel il se fait l'objet est l'équivalent du désir de l'Autre, construit comme tel.

Ainsi, « Ce fantasme dont le névrosé se sert, qu'il organise au moment où il en use, il est frappant que c'est justement ce qui lui sert le mieux à se défendre contre l'angoisse, à la recouvrir. (...) Cet objet a que le névrosé se fait être dans son fantasme (...) ça réussit à le défendre contre l'angoisse juste dans la mesure où c'est un a postiche. (...) L'objet a fonctionnant dans leur fantasme, et qui leur sert de défense contre leur angoisse, est aussi contre toute apparence, l'appât avec lequel ils tiennent l'Autre. »⁴⁰²

Le fantasme sert à se défendre contre l'angoisse émise par le moi devant l'*Hilflosigkeit* dans lequel se trouve longé le sujet de se sentir abandonné de cette fonction symbolique vacillante. Le fantasme est donc d'un usage qui n'est pas « *contre toute apparence* » car la défense contre l'état *Hilflos* se fait en appâtant l'Autre, c'est-à-dire en le maintenant dans la relation au sujet -ce qui vient en effet contredire l'*Hilflosigkeit*.

⁴⁰² Lacan, J., (1962-1963), *Le séminaire, livre 10, L'angoisse*, Paris, Seuil, p. 63.

B.5 Le fantasme du châtement

B.5.1 Récurrence d'un fantasme

Lorsque Freud aborde la question de la superstition dans sa psychopathologie de la vie quotidienne, il entrevoit celle-ci, lorsqu'il s'agit de l'obsessionnel, comme l'expression inconsciente de tendances hostiles refoulées⁴⁰³ qui se manifestent sous la forme d'une crainte que ne survienne un malheur qui aurait la signification d'un châtement que le sujet aurait à subir.

Autrement dit, l'obsessionnel aurait tendance à entrevoir dans les événements réels, entraînant l'idée du malheur, ponctuant sa vie, une manifestation d'un déterminisme recherchant la réalisation d'un châtement comme expression d'une intention visant à châtier le sujet.

Nonobstant la structure typique de l'obsessionnel, la clinique de soins palliatifs met en lumière une récurrence de ce type de fantasme par où le sujet se vit l'objet d'un châtement. La mort annoncée prend corps en tant que punition, acte de malveillance pour une faute commise.

B.5.2 Vignettes cliniques

« DIEU M'A LAISSE DE COTE ET IL ME LAISSE SOUFFRIR »

Je rencontre Mme R. à plusieurs reprises, dans le cadre de son hospitalisation en soins palliatifs, ainsi que lors de son séjour en soins de suite et rééducation, dans le cadre d'une prise en charge palliative d'une leucémie en échappement curatif

⁴⁰³ Freud, S., (1901), *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, Payot, 2001, p. 326.

Lors de notre première rencontre, elle évoque sa maladie assez facilement, parlant de l'attitude déplorable de son médecin qui l'a condamné en des termes peu charitables. Lui disant que cela ne servait à rien d'aller à l'hôpital puisque qu'elle allait mourir de sa maladie.

Par ces mots, elle témoigne de la violence qu'une telle annonce a faite chez elle.

Il est assez courant qu'une personne gravement malade pour qui il est fait une annonce létale dépeigne l'annonceur en des termes peu humains : froideur, insensibilité, dureté, voire sadisme sont des termes facilement employés pour le décrire. Cela prend racine dans la position qu'occupe l'annonceur lorsqu'il annonce à l'autre sa mort à venir. L'annonceur devient pour le coup malveillant et est alors dépeint en ce sens, sans que cela ait forcément de rapport avec la réalité de l'attitude de l'annonceur.

Lors de notre deuxième rencontre, Mme R. est profondément troublée par la prise de conscience qu'elle mourra de sa maladie. Elle se met alors en quête d'en faire l'annonce à ses proches pour qui, jusque là, elle avait caché la gravité de son état. Nous abordons les difficultés et les raisons d'une telle annonce. Elle pleure beaucoup alors même qu'elle ne veut pas verser de larmes. Cela la rend malade, me dit-elle, et elle craint d'en faire autant lorsqu'elle verra son frère le jour même pour lui faire la même annonce.

En la quittant, je lui dis que je la reverrais le lundi suivant. « Si je suis toujours là », me dit-elle, en larmes.

Le fait de prendre conscience de la létalité de sa maladie la précipite dans un sentiment d'imminence encore une fois très courante dans ce type de situation.

Puis avec le temps et le constat que la mort ne semble pas si pressée que cela, les choses s'apaisent et ce sentiment d'imminence se dissipe, tout en étant prêt à ressurgir à la moindre annonce ou confirmation de pronostic létal.

Lors de notre troisième rencontre, je trouve en Mme R. un apaisement qui contraste avec l'agitation qui était la sienne quelques jours plus tôt. Elle me confirme se sentir mieux. Tout le monde est au courant. Elle n'a plus à faire semblant que tout va bien.

Dans le cours de nos échanges, elle s'interrompt et me lance sur le ton de la plaisanterie qui ne m'abuse pas, « Dieu m'a laissé de côté et me laisse souffrir ».

Je lui demande alors : « C'est ce que vous pensez, n'est-ce pas ? ».

Elle me répond « non, enfin oui, je dis cela en plaisantant mais j'y pense, oui ».

« Dieu m'a laissé de côté, il me laisse souffrir ». Dans cet énoncé on voit se côtoyer, d'une part, ce sentiment de déréliction propre à toute annonce de mort puisque l'Autre, ici ce sera Dieu, a laissé le sujet de côté.

Cependant, cet abandon manifeste est contrebalancé, d'autre part, par ce sentiment de malveillance dont le sujet serait l'objet : « il me laisse souffrir » dit-elle. C'est que l'Autre est encore là même si c'est sous une forme malveillante. Le désir de l'Autre est encore en œuvre dans le châtement du sujet. Il lui veut du mal certes mais c'est là le signe qu'il lui veut encore quelque chose.

« DIEU M'A PUNI »

L'élaboration du fantasme du châtement devant la survenue d'événements réels venant menacer la vie trouve un développement d'autant plus pertinent dans la situation de Mme B.

Mme B. est une femme de 60 ans environ, atteinte d'un second accident vasculaire cérébral, pour lequel elle se trouve hospitalisée.

C'est à la suite de propos morbides faisant état d'une parole touchant à sa propre mort, que l'équipe me contacte pour la rencontrer, avec son accord.

A mon entrée, elle me dit, « Ah ! Je croyais que c'était mon amie qui venait me voir ! ». Est-ce à dire qu'elle ne me considère pas en ce sens ma venue, c'est-à-dire comme amicale et qu'elle vivrait ma présence comme intrusive ? En tous les cas ce qu'elle m'énonce, c'est qu'elle s'est trompée et qu'elle est surprise de me voir. Je lui demande alors si elle est d'accord pour que je reste, ce qu'elle accepte.

Elle me parle alors avec émotion de cette difficulté qu'elle a à vivre ce second AVC. « Je veux mourir » me dit-elle, mais tout en même temps m'annonce qu'elle veut vivre pour sa

filles, pour ses petits enfants. Elle s'effondre à l'idée de devoir en repasser par toutes les difficultés de la rééducation.

Mme B. est tétraplégique, résultat des deux AVC situés, l'un sur l'hémisphère droit et l'autre sur le gauche, mais elle ne me parle pas de son corps paralysé. Celui-ci n'est même pas effleuré par son discours qui porte essentiellement sur une chose : les morts qui accompagnent sa vie.

Elle rêve de morts, de caves creusées dans le sol dans lesquelles elle se trouve en compagnie des morts de sa famille, de trafiques d'organes.

Elle ne parvient pas à en dire beaucoup plus si ce n'est qu'elle est en compagnie des morts. Elle énonce cela sans manifestation d'angoisse, sans peur. Le désir de mort semble là bien présent mais au sens de retrouver les siens.

A un moment de notre rencontre, sans que rien ne laisse prévoir ce qu'elle va dire, elle me dit :

- « J'ai une chanson qui me trotte dans la tête, qui me poursuit »,

- « Laquelle ? »

- « C'est un cantique religieux : « N'ai pas peur de venir au monde, Dieu lui-même s'y est risqué ». Je l'interroge alors sur sa naissance.

Elle est la troisième née d'une fratrie nombreuse. La particularité de sa naissance tient en ce qu'elle est née deux ans après le décès de son frère aîné, « C'était un garçon, elle aurait voulu avoir un autre garçon et je suis une fille ». L'aînée est une fille également.

Culpabilité inconsciente de n'avoir pas su par sa naissance et son sexe répondre au désir maternel ?

Toujours est-il que cette culpabilité est présente dans son discours, notamment quand je lui demande ce qu'elle a pensé quand elle a eu par deux fois une AVC :

- « Dieu m'en veut, il me punit » me répond-elle.

- « Vous pensez donc avoir commis une faute pour cette punition ? »

Elle me raconte alors avoir trompé une fois son mari et que cela lui a valu cet AVC. Puis elle me parle d'un avortement car son mari ne voulait pas qu'elle ait un quatrième enfant.

« Penses à tes jambes, elles ne supporteront pas » était l'argument de son époux, et elle se fait avorter à une époque où cet acte était illicite.

Elle aurait donc commis deux actes illicites : l'adultère et l'avortement. Se disant elle-même croyante, ces deux actes peuvent être mis au compte de péchés pour lesquels elle a trouvé à être punie par Dieu. Ses AVC, événements réels menaçant sa survie, s'articulent, sur un plan imaginaire, au désir de châtement que le sujet inscrit au champ de l'Autre.

C'est donc ainsi qu'elle vit ses deux AVC comme des punitions de l'Autre concernant des actes réels commis par le passé.

B.5.3 Conclusion

Le fantasme du châtement, qui s'élabore de manière répétée dans la clinique des soins palliatifs, met en lumière un positionnement spécifique du sujet au regard de ce qu'il tente de situer à propos du désir de l'Autre.

Se faire l'objet d'un châtement pour une faute commise, même si celle-ci ne se définit pas clairement pour le sujet, et c'est là au fond question secondaire, est une tentative, par le biais imaginaire de réintroduire l'Autre évanescant dans la relation fantasmatique.

La mort annoncée ne peut s'entendre que comme punition émanant de l'Autre. L'Autre continue alors d'exister en tant qu'il veut encore quelque chose du sujet même si c'est sa mort.

Une tentative de remédier à l'évanescence de l'Autre à l'approche de la mort est alors d'inscrire la mort comme objet du désir de l'Autre. Si la mort s'annonce, c'est que l'Autre la désire, et il l'a désire pour le sujet. C'est ce que l'Autre veut de lui.

Articuler sa propre mort au champ du désir de l'Autre par l'entremise du fantasme aura pour conséquence d'arrimer la fonction symbolique qu'il supporte au regard du sujet. Ce dernier

n'aura plus qu'à situer sa propre position au regard de ce qui s'annonce dès lors comme désir de mort.

La clinique spécifique à l'annonce de la fin de vie met en lumière un certain nombre de processus défensifs imaginaires, qui tous auront pour effet de tenter de maintenir cette fonction symbolique en œuvre, que ce soit par des attitudes de maîtrise, par des manifestations de dénégarion, par l'insistance de la demande adressée aux soignants et que Michel de M'Uzan a désigné du terme de l'appétence relationnelle.

C Réponses imaginaires au désir de l'Autre

*« Le désir de l'Autre ne me reconnaît pas. (...).
Il me met en cause,
il m'interroge à la racine même de mon désir à moi comme a,
comme cause de ce désir, et non comme objet.
Et parce que c'est là qu'il vise, dans un rapport temporel d'antécédence,
que je ne puis rien faire pour rompre cette prise,
sauf à m'y engager »⁴⁰⁴.*

La clinique des soins palliatifs permet de mettre en lumière un certain nombre de phénomènes imaginaires qui sont autant de réponse à cette articulation de la mort au champ du désir de l'Autre, engageant par là une tentative d'accroche à la dimension symbolique vacillante.

Nous pouvons dès lors voir se mettre en œuvre des tentatives de convocation de l'Autre dans la relation au sujet, dans des demandes d'amour adressées soit aux équipes, soit à une figure divine.

D'autres se font le soutien et l'appui du désir de l'Autre et entrent dès lors dans une forme de maîtrise de leur mort à venir.

D'autres enfin, dénie la réalité de leur mort, en s'empressant soit de destituer l'Autre de sa position symbolique le réduisant à un autre dont la parole perd de son caractère oraculaire, soit de dénier que l'Autre puisse orienter son désir dans le sens d'un désir de mort, entretenant par là une passion de l'ignorance.

⁴⁰⁴ Lacan, J., (1962-1963), *Le séminaire, livre 10, L'angoisse*, Paris, Seuil, p. 180.

C.1 L'appétence relationnelle

C.1.1 Mme R.

Mme R. est hospitalisée en vue d'une prise en charge palliative de son cancer, dont elle vient tout juste d'apprendre l'aggravation.

Lors de son séjour, elle met en œuvre ce que Michel de M'Uzan désigne sous les termes de l'appétence relationnelle ; démarche auprès de soignants qui l'étonne elle-même. Elle énonce des demandes incessantes qui, à ce moment de notre rencontre, sont acceptées de manière bienveillante par l'équipe. D'ailleurs, elle pointe l'importance de cette relation bienveillante que les soignants lui proposent et dit préférer rester ici car elle se sent plus soutenue que chez elle.

Son discours reste axé dans l'imaginaire.

Seules ses larmes, qui coulent dans un goutte-à-goutte incessant, semblent venir énoncer ce qui peut être de l'ordre du symbolique, dans cette manifestation du corps réel, concernant cette approche de la mort qu'elle vient d'entendre.

Des larmes qui coulent *malgré elle*, me dit-elle, et qu'elle ne parvient pas à comprendre, ni à en donner du sens.

C'est là l'expression du sujet de l'inconscient derrière la défense imaginaire qu'elle tente de mettre en place tant par un discours imaginaire, où elle prétend que tout va bien, tout en me disant que c'est difficile.

Elle me parle des oiseaux qui viennent la voir l'hiver et qui ne sont pas venus pendant son absence mais qui reviennent quand elle est là, forme de manifestation symbolique de l'alternance présence-absence qu'elle lie à sa propre présence.

Le symbolique transparait également au travers de ses larmes à priori insensées qui coulent malgré elle et dans cette remarque qu'elle se fait que les jours impairs ne sont pas des jours heureux pour elle : décès et malheurs se sont produits ces jours-là.

D'ailleurs, elle a reçu l'annonce de la récurrence de sa maladie la veille de notre rencontre, c'est-à-dire un jour impair, ou devrait-on plutôt dire 'im-père', à savoir ces jours qui alternent avec les jours pairs ('père') et qui par l'adjonction de la préposition 'im' semble éliminer ces jours là de la présence protectrice du père, alors, le malheur survient.

Cette appétence relationnelle qu'elle mettait en œuvre fût reçue avec bienveillance par l'équipe.

Mais cela ne dura pas.

Les demandes incessantes eurent rapidement l'effet de produire un insupportable chez les soignants qui ont tenté de les réduire au silence en articulant ses demandes à la douleur et en lui administrant des doses de morphines et d'Hypnovel ayant un effet sédatif.

Cependant ce qu'elle mettait en jeu dans ses demandes répétées allaient au-delà de la satisfaction de ses besoins les plus élémentaires tels que la faim, la soif ou l'antalgie.

Ce qu'elle tentait de maintenir touchait à la présence de l'Autre.

C.1.2 Maintenir le lien à l'Autre

En effet, cette appétence relationnelle, ou demande d'amour adressée à l'Autre, témoigne d'une tentative du moi de maintenir un lien à l'Autre qui ne soit pas un lien empreint de malveillance mais de bienveillance et de protection.

Il s'agit d'une tentative d'annuler la menace de l'Autre qui inscrit le sujet comme objet de son désir de mort en tentant de faire basculer sa position de la malveillance à la bienveillance. Il n'y a pas déni du désir de l'Autre en tant que tel mais tentative de séduction de l'Autre.

« Cette place (du désir) est toujours au-delà de la demande, pour autant que la demande vise la satisfaction du besoin, et elle est en deçà de la demande, pour autant que celle-ci, du fait d'être articulée en termes symboliques, va au-delà de toutes les satisfactions auxquelles elle fait appel, qu'elle est demande d'amour, visant à l'être de l'Autre, à obtenir de l'Autre cette présentification essentielle –que l'Autre donne ce qui est au-delà de toute satisfaction possible, son être même, qui est justement ce qui est visé dans l'amour. C'est dans l'espace virtuel entre l'appel de la satisfaction et la demande d'amour que le désir a à prendre sa place et à s'organiser. C'est pourquoi nous ne pouvons le situer que dans une position toujours double par rapport à la demande, à la fois au-

delà et en deçà, selon l'aspect sous lequel nous envisageons la demande –demande par rapport à un besoin, ou demande structurée en termes de signifiant »⁴⁰⁵.

C'est l'être même de l'Autre qui est convoquée dans l'appétence relationnelle mise en œuvre par certains sujets, il s'agit par là de maintenir la fonction symbolique vacillante de l'Autre à l'orée de la mort.

L'appétence relationnelle pointée par De M'Uzan est l'expression de cette demande d'amour adressée avec insistance à l'Autre qui s'est révélé être menaçant et désirant la mort du sujet.

L'exaltation de l'appétence relationnelle établie comme l'un des deux aspects du travail du trépas par Michel de M'Uzan, l'autre étant l'expansion libidinale, est cette tentative du sujet pour maintenir ce lien avec un Autre qui puisse faire rempart contre l'angoisse de mort ressentie au moment de l'annonce de mort à venir ou de diagnostic à caractère léthal.

Il s'agit d'une « *ultime expérience relationnelle* »⁴⁰⁶ dans laquelle le sujet procède à un surinvestissement de la relation à l'autre et une tentative pour remplacer les objets qui font défaut. Il est remarquable que M. De M'Uzan décrit l'objet investit de cette relation en des termes qui ont tendance à qualifier la position de l'Autre, il « *devrait pouvoir et assurer une présence qualitativement sans défaillance, et assumer un certain flou de son être, vivre presque en état d'absence* »⁴⁰⁷.

La demande d'amour est, en tant que demande, cette tentative de faire apparaître du symbolique dans le réel⁴⁰⁸.

Cependant, le risque est l'usure de l'Autre. Les réponses apportées à ces demandes ne tiennent pas car elles sont articulées sur le plan de la seule satisfaction du besoin alors que les choses vont bien au-delà et doivent s'articuler dans la présence bienveillante au chevet du malade.

Tenir cette position d'Autre, lorsqu'elle est reconnue comme telle participe des lors d'un acte de soin à part entière, à charge pour les cliniciens de le faire reconnaître aux équipes.

⁴⁰⁵ Lacan, J., (1957-1958), *Le Séminaire, livre 5, Les formations de l'inconscient*, Paris Seuil, p. 406.

⁴⁰⁶ De M'Uzan, M., *Le travail du trépas* (1976), in *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard, p. 185.

⁴⁰⁷ De M'Uzan, M., *Ibid.*, p. 194.

⁴⁰⁸ Lacan, J. (1957-1957), *le séminaire livre 5, les formations de l'inconscient*, Paris, Seuil, p. 440.

C.2 Le besoin religieux

Le besoin de spiritualité se fait sentir à l'approche de la mort chez certains sujets qui ont mené leur vie sans se référer à Dieu.

Ainsi, la clinique des soins palliatifs met en lumière ce phénomène particulier par où la communion, la prière et l'acceptation de la bénédiction par l'action de l'eau bénite recueillie à Lourdes, étonne les familles qui ont l'habitude de voir leur proche, du temps de leur bien-portance, s'écarter de l'influence divine.

Ce besoin religieux est, selon Freud, l'expression du désir de protection du père qu'il rattache « à l'état infantile de dépendance absolue »⁴⁰⁹, à l'*Hilflosigkeit*. Autrement dit, l'épreuve de l'état de déréliction peut entraîner ce besoin religieux en tant que tentative pour créer du lien avec l'Autre.

⁴⁰⁹ Freud, S., (1929), *Malaise dans la civilisation*, Paris, PUF, p. 16.

C.3 D'une dialectique du Maître et de l'Esclave

Par ailleurs, la clinique propre à l'annonce de la survenue affirmée de la mort, lorsque celle-ci se voit articulée au champ du désir de l'Autre par le sujet, démontre une forme de dialectique du positionnement subjectif, au regard de ce désir, qui s'élabore sur le double versant hégélien de la maîtrise et de la servitude.

LE SENTIMENT DE SOI

Dans le modèle hégélien, au préalable, l'homme se présente, au même titre que l'animal, comme simple Sentiment de soi. Ce qui le constitue comme tel, c'est le désir et sa satisfaction. Cependant, ce qui se présente comme désir, selon Hegel, est en réalité un besoin venant répondre à la nécessité de la survie de l'animal.

Ce besoin pousse à une action qui tend à la satisfaire et cette satisfaction ne peut se faire que par la *négation* de l'objet désiré. Mais la satisfaction du besoin n'est pas que destruction, elle est aussi introjection, assimilation de l'objet désiré et transformé pour répondre au besoin.

Cette introjection a une fonction particulière, « *le moi créé par la satisfaction active d'un tel Désir aura la même nature que les choses sur lesquelles porte ce désir : ce sera un Moi « chosiste », un Moi seulement vivant, un Moi animal. Et ce Moi naturel, fonction de l'objet naturel, ne pourra se révéler à lui-même et aux autres qu'en tant que Sentiment de soi. Il ne parviendra jamais à la conscience de soi* »⁴¹⁰.

L'assimilation de l'objet désiré, transformé et venu satisfaire le désir va donner au moi sa nature.

Si l'objet venant répondre au désir et un objet propre à la survie de l'individu, alors le moi aura une nature animale et en restera au stade du Sentiment de soi propre à l'animal qui œuvre essentiellement pour sa survie ou pour celle de son espèce.

⁴¹⁰ Kojève, A. (1947), *Introduction à la lecture de Hegel*, Paris, Gallimard, p. 12.

LA CONSCIENCE DE SOI

Pour devenir conscience de soi ; l'homme devra dépasser la satisfaction d'un simple désir naturel. Le désir de l'homme devra porter sur un objet autre que celui propre au besoin de conservation.

Afin de devenir Conscience de soi, il faut que le désir de l'homme porte sur un autre Désir. C'est-à-dire qu'il faut qu'il porte sur le désir d'un autre homme. Ainsi, « *Ce Moi qui « se nourrit » de Désirs, sera lui-même désir dans son être-même, créé dans et par la satisfaction de son Désir* »⁴¹¹.

L'homme prend conscience de soi au moment où il peut dire « moi » en se désignant. Il s'agit donc d'un rapport purement imaginaire à soi-même articulée au désir qui est désir de l'Autre.

LE DESIR DU DESIR DE L'AUTRE

En cherchant à satisfaire son désir, qui est désir du désir de l'autre, l'homme porte une action en vue de cette satisfaction, qui est une action négatrice, c'est-à-dire destructrice du désir de l'autre afin de l'introjecter, ce qui apporte au moi une nature autre que celle de l'animal. C'est donc la destruction et l'introjection du désir de l'autre qui fera de l'homme une conscience de soi.

⁴¹¹ Kojève, A. (1947), Ibid.

ETRE DESIRE DE L'AUTRE

Désirer le désir de l'autre, c'est vouloir être désiré ou être aimé de l'autre, c'est vouloir que le désir de l'autre porte sur soi comme objet possible venant satisfaire le désir de l'autre.

C'est encore vouloir être reconnu par l'autre dans sa réalité humaine, en tant que Conscience de soi.

Ainsi désirer une chose n'est humain qu'à condition que ce désir soit médiatisé par le désir d'un autre portant sur le même objet.

LA MORT COMME CONDITION D'EMERGENCE DU DESIR HUMAIN

Pour que l'homme soit véritablement humain, il faut nécessairement que son désir humain l'emporte sur son désir animal.

Autrement dit, il faut que son désir du désir de l'autre l'emporte sur la simple nécessité de la survie.

C'est là que s'introduit la dimension de la mort comme condition d'émergence du désir humain.

Le désir humain n'est comme tel que si l'homme risque sa vie, s'expose au risque de la mort pour satisfaire son désir humain, c'est-à-dire qu'il risque la mort pour être l'objet du désir de l'autre, être reconnu comme Conscience de soi.

LA LUTTE A MORT DE PUR PRESTIGE

« Désirer le Désir d'un autre, c'est donc, en dernière analyse, désirer que la valeur que je suis ou que je « représente » soit la valeur désirée par cet autre : je veux qu'il « reconnaisse » ma valeur comme sa valeur, je veux qu'il me « reconnaisse » comme une valeur autonome. (...) Parler de l'origine de la Conscience de soi, c'est donc nécessairement parler d'une lutte à mort en vue de la reconnaissance »⁴¹².

Ainsi s'introduit la lutte de pur prestige qui est une lutte à mort au sens où il s'agit de montrer à l'autre que l'on est en mesure d'abandonner la vie pour se faire reconnaître en tant qu'homme, une lutte pour se faire reconnaître par l'autre que l'on est ce qui peut venir répondre à son désir.

Pour se faire reconnaître par l'autre comme valeur venant répondre à son désir, l'homme doit nécessairement montrer qu'il est détaché de tout ce qui touche à la conservation de sa vie. Que son existence n'est pas dictée par la satisfaction de ses besoins les plus élémentaires à sa survie mais qu'il oriente son existence dans la satisfaction de son désir qui est désir du désir de l'autre.

L'IMPASSE DE LA LUTTE DE PUR PRESTIGE

Cette lutte de pur prestige se présente d'abord comme une impasse.

Au sens où cette lutte met en jeu deux désirs se désirant mutuellement et étant prêts soit à perdre leur vie soit à en arriver à la mort de l'autre afin d'obtenir reconnaissance.

Cependant la mort des deux, ou de l'un, ou de l'autre, ne peut permettre à la reconnaissance de se réaliser en tant que telle. Il faut que les deux hommes restent en vie pour que la reconnaissance se fasse.

⁴¹² Kojève, A. (1947), Ibid., p. 14.

Hegel trouve une issue à cette impasse en supposant que les deux désirs s'affrontant dans cette lutte ne sont pas égaux.

Pour qu'il y ait une issue favorable à la reconnaissance, il faut que l'un cède devant l'autre, il faut que l'un refuse de risquer sa vie en vue de la satisfaction de son désir de reconnaissance. *« Il doit abandonner son désir et satisfaire le désir de l'autre : il doit le « reconnaître » sans être « reconnu » par lui. Or, le « reconnaître » ainsi, c'est le « reconnaître » comme son Maître et se reconnaître et se faire reconnaître comme Esclave du Maître »*⁴¹³.

DIALECTIQUE DU MAÎTRE ET DE L'ESCLAVE

Hegel trouve donc une issue à cette lutte à mort de pur prestige en introduisant la dialectique du maître et de l'esclave.

Pour Hegel, l'homme dès l'origine se positionne soit dans la Maîtrise, soit dans la Servitude, soit dans la mise en jeu de sa vie pour faire reconnaître son désir, soit dans la crainte de la mort et l'abandon de ce désir de reconnaissance.

La dialectique du maître et de l'esclave de Hegel met en œuvre une dialectique de la reconnaissance de soi par l'autre dans la mise en jeu de la vie, c'est-à-dire dans un affrontement de la mort.

Il s'agit de se faire reconnaître comme objet possible du désir de l'autre en se montrant prêt à faire le sacrifice de sa vie. Il s'agit, pour se faire reconnaître de l'Autre comme n'étant pas pur animal, de lui prouver par cette mise en jeu de la vie que le sujet renonce aux biens de consommation, à sa quotidienneté immédiate.

Entrer dans la dialectique du désir de l'Autre, c'est démontrer à l'Autre que le sujet se situe dans un au-delà de l'animalité propre, entendue comme tenant à la vie.

⁴¹³ Kojève, A. (1947), Ibid., p. 15.

Renoncer à cette vie, et donc s'affronter à sa propre mort, est ce qui ferait entrer le sujet dans la dialectique du désir de l'Autre. C'est à cette condition que le sujet peut se faire objet du désir de l'Autre, restaurant par là sa fonction symbolique.

Dans la clinique des soins palliatifs, l'annonce de mort entendue, articulée par le sujet comme l'expression du désir de mort de l'Autre à son égard, serait ce qui actualise cette dialectique du désir de l'Autre se dépliant sur ce double versant de la maîtrise et de la servitude au désir de l'Autre.

C.4 Maîtrise

LA MAITRISE : ÊTRE LE SUPPORT DU DESIR DE L'AUTRE

UNE ISSUE DIALECTIQUE

L'issue de cette lutte est une issue dialectique, il s'agit de supprimer l'autre « dialectiquement » en l'asservissant, en lui supprimant toute autonomie. L'Esclave serait donc dans une sorte de mort dialectique, en tant qu'il n'est pas reconnu par l'autre comme Conscience de soi mais réduit à l'état du Sentiment de soi.

L'IMPASSE DE LA MAITRISE

Mais la position de Maîtrise comporte une impasse. En ce sens que cette reconnaissance qu'il mettrait en jeu, il ne l'obtient que d'un être qu'il ne reconnaît pas comme Conscience de soi, cette reconnaissance ne vaut donc pas. « *[Le Maître] ne peut être satisfait que par la reconnaissance de la part de celui qu'il reconnaît être digne de le reconnaître. (...) Si l'homme ne peut être satisfait que par la reconnaissance, l'homme qui se comporte en Maître ne le sera jamais.* »⁴¹⁴.

Hegel présente sa dialectique dans une relation duelle. Mais, ce que nous enseigne Lacan, c'est qu'une relation engage toujours du tiers.

Le drame du Maître, c'est qu'il ne sera jamais satisfait de la reconnaissance qu'il obtiendra de l'Esclave, elle ne vaudra jamais comme reconnaissance, car il se trouve dans une dualité imaginaire.

⁴¹⁴ Kojève, A. (1947), Ibid., p. 25.

Le Maître doit donc s'adresser à un autre Maître, envers lequel il s'est asservi. Ce Maître est la figure paternelle.

Mais sa position d'asservissement l'empêche de recevoir la reconnaissance du Maître et dans le même temps, le fait qu'il soit asservi lui permet de retourner sa situation et d'obtenir reconnaissance. L'impasse du Maître trouve donc une issue à introduire du tiers dans la relation duelle.

LA MAITRISE : UNE REPONSE IMAGINAIRE AU DESIR DE L'AUTRE

La position de Maîtrise telle qu'elle est mise en jeu dans la dialectique de Hegel trouve à éclairer certains phénomènes cliniques de l'annonce du pronostic létal.

Il est possible de repérer le choix de certains sujets d'occuper une position de Maîtrise face à leur destin tragique.

Apprenant qu'ils sont atteints d'une maladie grave puis recevant l'annonce d'un pronostic létal, on peut voir ces sujets poser des actes en vue de maîtriser leur destin, non pas en s'y opposant mais en donnant le sentiment d'accepter leur sort et d'organiser les choses.

Ainsi, certains d'entre eux choisissent les pompes funèbres qui vont s'occuper d'eux une fois leur mort advenue, ils organisent leurs obsèques, choisissent les fleurs et vont même jusqu'à commander une boîte de chocolats à faire livrer dans l'unité de soins palliatifs afin de remercier l'équipe de leur prise en charge.

LE MAINTIEN DE LA RECONNAISSANCE DE L'AUTRE

Le sujet articule, par cette annonce, la mort au désir de l'Autre. Se plaçant dans la maîtrise, le sujet met en œuvre ce désir du désir de l'Autre en tant qu'il doit accepter que la mort soit pour

lui, ou à tout au moins en donner l'illusion, afin que, en tant que Maître, il ne renonce pas à recevoir cette reconnaissance de l'Autre, malgré la mort qui rôde.

Il ne lui faut pas céder sur son désir de reconnaissance qui est l'expression du désir du désir de l'Autre, c'est-à-dire qu'il refuse de céder sa place de possible objet du désir de l'Autre.

Il ne peut donc qu'accepter cette mort à venir afin de se maintenir dans une position de Maîtrise ou il a le sentiment de pouvoir être reconnu par l'Autre.

LA RECONNAISSANCE IMAGINAIRE SE FAIT DANS LA MORT REELLE

Si l'on suppose que les sujets, qui entrent dans cette lutte de pur prestige, ne le font uniquement que dans le désir d'obtenir la reconnaissance de l'autre, par conséquent ils ne désireront pas la mort de l'autre, puisque celui-ci, dans la mort, ne pourra plus accorder cette reconnaissance.

En conséquence, Le vainqueur suspendra toujours son geste afin de préserver le statut de l'Autre comme étant celui qui peut donner la reconnaissance, même si c'est dans une position autre, déchu de serviteur.

Dans cette situation le choix du sujet pris dans la défaite différera en fonction de la position qu'il occupe.

En tant qu'esclave le sujet reculera devant le sacrifice de sa vie pour aller jusqu'au bout de la reconnaissance.

Alors que le maître, dans la défaite, sera dans le sacrifice consenti de sa vie et ira jusqu'à la rencontre de sa propre mort qui, s'il ne se réalise pas précipiterait le sujet en position d'esclave.

La véritable reconnaissance ne peut donc se faire que dans la défaite du sujet en position de maîtrise, dans la mort réelle.

ÊTRE LE SUPPORT DU DESIR DE L'AUTRE

Le maître, afin d'obtenir reconnaissance en tant que sujet désirant, doit prendre une position hystérisée. C'est-à-dire qu'il doit se faire le support du désir de l'Autre, trouver « *dans le désir de l'Autre (...) son point d'appui* »⁴¹⁵.

Il s'agit là d'une possible réponse imaginaire du sujet au travers du fantasme, en tant qu'il repère le désir de l'Autre comme désir de mort et s'y soumet dans une quête imaginaire de reconnaissance. Ce qui a pour effet de maintenir la dimension symbolique de l'Autre à l'approche de la mort réelle.

Ce qui fait alors point de souffrance pour ces sujets qui choisissent de maintenir la fonction symbolique en se faisant l'appui du désir de l'Autre, se produit lorsque la mort réelle semble suspendre sa venue.

Il se produit alors une insupportable attente de la mort elle-même qui se laisse désirer alors que tous les actes de maîtrise ont été accomplis.

⁴¹⁵ Lacan, J., (1957-1958), *Le Séminaire, livre 5, Les formations de l'inconscient*, Paris Seuil, p. 396.

C.5 Dénégation ou passion de l'ignorance

LA DENEGATION : DENIER LE DESIR DE MORT DE L'AUTRE

POINT DE VUE DE L'ESCLAVE

Du point de vue de l'Esclave, les choses se déroulent d'une autre manière. L'Esclave a un avantage sur le Maître, c'est qu'il reconnaît l'autre comme étant une conscience de soi. Ainsi, lorsqu'il retournera sa situation par le biais du travail, il se fera reconnaître comme conscience de soi par une conscience de soi qu'il aura déjà reconnu par ailleurs. Dans son cas, la reconnaissance qu'il recevra de l'autre aura une valeur de reconnaissance. Autrement dit, pour que le désir du désir de l'autre trouve à se satisfaire, il faut nécessairement que se constitue un Maître vis-à-vis duquel on occupe une position de servitude.

LE MAITRE ABSOLU

Le Maître absolu, la mort, serait ce qui précipite le sujet dans une position de servitude à l'égard du Maître. Le Maître, lui, ne paraît pas avoir approché le Maître absolu. Tout se passe comme s'il passait à côté de cette rencontre, comme si il n'avait pas perçu la réalité de la mort. Un peu à l'image du héros qui part au combat sans savoir que ce qu'il risque réellement c'est sa mort. Le maître semble être dans un rapport illusoire par rapport à sa propre mort alors que l'Esclave a pris toute la mesure de ce qu'il risquait de perdre dans cette lutte.

Le Maître absolu, la mort, serait ce qui vient lier l'Esclave à un Maître. *« Il ne suffit pas d'avoir eu peur, même d'avoir eu peur en se rendant compte du fait que l'on a eu peur de la mort. Il faut vivre en fonction de l'angoisse. Or vivre ainsi, c'est servir quelqu'un que l'on craint, quelqu'un qui inspire ou incarne*

l'angoisse ; c'est servir un Maître (réel, c'est-à-dire humain, ou le Maître « sublimé », -Dieu). Et servir un Maître, - c'est obéir à ses lois (...). »⁴¹⁶.

POSITION DE L'OBSESSIONNEL

Quelle issue pour l'obsessionnel ?

Face à ce qui se manifeste du désir de l'Autre, « Sa première issue (de l'obsessionnel), l'issue de départ, celle qui va conditionner toutes ses difficultés ultérieures, va être d'annuler le désir de l'Autre. »⁴¹⁷
Cependant, « Annuler le désir de l'Autre n'est pas la même chose que d'avoir été dans l'incapacité de saisir le désir de l'Autre par carence ou déficience de l'acte métaphorique, du Nom-du-Père. »⁴¹⁸

En effet, « si dans un réel plus ou moins délirant, le désir de l'Autre, institué, symbolisé par le phallus, est nié en tant que tel, le rapport primitif du sujet obsessionnel à son propre désir est fondé sur la dénégation du désir de l'Autre. Le terme de *verneinung* s'applique ici au sens où Freud nous en montre les deux faces, qu'il est articulé, symbolisé, mais qu'il est pourvu du signe non. »⁴¹⁹

C'est ainsi que peut être entendu la mise en œuvre de la dénégation de la propre mort lorsque celle-ci est entendue comme étant la nature du désir de l'Autre. La question est de savoir si tous les sujets qui mettent en œuvre cette dénégation le font sur le mode de l'obsessionnel en tant que négation du désir de l'Autre ou bien si autre chose que la structure elle-même entre en jeu dans le choix de cette position subjective, à savoir ce qui vient recouvrir une passion de l'ignorance.

Dans la dénégation du désir de l'Autre, comme désir de mort, le sujet prend effectivement acte de ce désir mais il fait comme si celui-ci n'avait pas de réalité, il dénie le fait que l'Autre veuille sa mort.

⁴¹⁶ Kojève, A. (1947), *Introduction à la lecture de Hegel*, Paris, Gallimard, p. 32.

⁴¹⁷ Lacan, J., (1957-1958), *Le Séminaire, livre 5, Les formations de l'inconscient*, Paris Seuil, p. 484.

⁴¹⁸ Lacan, J., (1957-1958), *Ibid.*

⁴¹⁹ Lacan, J., (1957-1958), *Ibid.*

En ce sens, et contrairement à ce qu'en pensent les acteurs de l'annonce, l'attitude des patients faisant le choix d'occuper cette position subjective, ne traduit pas une ignorance, -même si elle devient le signe d'une passion de celle-ci- mais une méconnaissance.

La réponse du sujet obsessionnel devant l'annonce de sa mort à venir serait donc d'une part de produire une dénégation du désir de mort de l'Autre, de maintenir une forme de méconnaissance et d'entériner sur la mort de son désir.

Ne pas s'attirer la colère du Maître

Le maître, par sa victoire, impose une renonciation au désir de l'autre, par la menace de mort pour la jouissance des fruits du servage⁴²⁰. Il y a donc déjà menace de mort qui impose comme conséquence chez l'obsessionnel une renonciation de son désir. La menace de mort du maître le conduit à faire le mort sur son désir.

L'Autre est le Maître absolu, la mort, dont l'obsessionnel craint la colère.

Pour ne pas s'attirer les foudres de l'Autre, le sujet fait le mort sur son désir. Il s'agit d'une mort imaginaire. « *Ce n'est pas à lui-même, ni réellement, qu'il est mort. Il est mort pour qui ? Pour celui qui est son maître. Et par rapport à quoi ? Par rapport à l'objet de sa jouissance. Il efface sa jouissance pour ne pas réveiller la colère de son maître.* »⁴²¹

Le maître absolu, la mort, est déjà repéré par l'obsessionnel, du côté de l'Autre. Il sait que le véritable danger de mort vient de l'Autre⁴²².

En ce sens, l'annonce du pronostic létal ne vient que redoubler ce savoir qui entraîne le sujet dans les voies déjà expérimentées de la dénégation.

Dénier le désir de l'Autre aura pour conséquence de dénier que la mort soit pour lui, ce qui peut éclairer ces phénomènes de dénégation chez les sujets recevant l'annonce de leur mort à venir, sans pour autant les réduire à cette seule structure psychique.

⁴²⁰ Lacan, J., (1953), *Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse*, in *Ecrits*, Paris, Seuil, p. 321.

⁴²¹ Lacan, J. (1954-1955), *Le séminaire 2, Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Paris, Seuil, p. 312.

⁴²² Lacan, J., (1957-1958), *Le Séminaire, livre 5, Les formations de l'inconscient*, Paris, Seuil, p. 418-419.

Y perdre son moi

« Prenons le cas concret de l'obsédé. L'incidence mortelle du moi est chez lui portée au maximum. Il n'y a pas derrière l'obsession (...) le danger de la folie, le symbole déchaîné. (...) C'est le moi en tant qu'il porte lui-même sa dépossession, c'est la mort imaginaire. Si l'obsédé se mortifie, c'est parce que, plus qu'un autre névrosé, il s'attache à son moi, qui porte en soi la dépossession et la mort imaginaire. »⁴²³

Prendre acte pleinement que ce que l'Autre lui veut, c'est sa mort, c'est s'exposer à la colère tant évitée de l'Autre. Cela a pour conséquence d'annihiler le moi qui n'y résiste pas. Le sujet plonge dans une forme de mélancolisation, sans recours du symbolique, ni de l'imaginaire.

D'où la nécessité de ne pas marteler l'information que l'on estime, à tort, non entendue, car cela convoque le sujet dans un affrontement à ce qui s'inscrit comme malveillance de l'Autre à son égard, le moi n'ayant plus qu'à se laisser mourir devant sa colère avérée.

Et c'est en faisant le mort sur son désir, que le sujet obsessionnel met en place une stratégie d'évitement de la mort⁴²⁴ réelle.

Les derniers moments de l'obsessionnel

« Personne n'a jamais étudié les derniers moments d'un obsessionnel. Cela vaudrait la peine. Peut-être y a-t-il à ce moment là une révélation. »⁴²⁵

La révélation dont parle Lacan est à mettre en lien avec la découverte qu'il s'agit d'amener l'obsessionnel à faire du fait que le maître dont il est aliéné est un maître mort, déjà mort et qu'il ne s'agit plus dès lors d'en attendre la mort, qui est déjà advenue, pour s'en libérer.

⁴²³ Lacan, J. (1954-1955), *Le séminaire 2, Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Paris, Seuil, p. 311.

⁴²⁴ Lacan, J., (1957), *La psychanalyse et son enseignement*, in *Ecrits*, Paris, Seuil, p.452.

⁴²⁵ Lacan, J. (1954-1955), *Le séminaire 2, Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Paris, Seuil, p. 254.

Cependant les manifestations de dénégation que l'on repère dans la clinique des soins palliatifs démontrent une tentative du sujet de pallier au vacillement de l'Autre en inscrivant la mort comme objet du désir de l'Autre à son égard et en déniait ce désir.

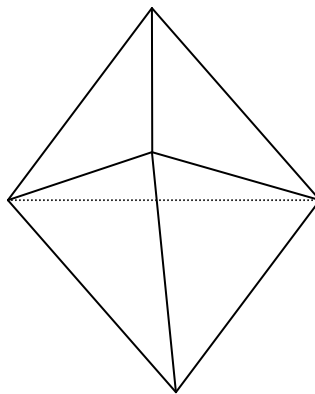
La mort annoncée semble davantage renforcer cette position subjective de sauvegarder la dimension du moi en déniait que, par l'approche avérée de la mort, l'Autre s'avère mort.

UNE PASSION DE L'IGNORANCE

L'ignorance comme passion est une notion introduite par Lacan lors de son premier séminaire sur *Les écrits techniques de Freud* en 1954. Il y expose un dièdre à six faces, ce qui en soit paraît un paradoxe en ce que « èdre » de di-èdre signifie base ou facette et « di » : 2.

Un dièdre est donc une forme géométrique composée de deux faces qui se rejoignent en un point nommé « arête ».

Le dièdre à 6 faces n'existe pas en ces termes en géométrie mais se constitue de deux tétraèdres dont la base sert de facette commune aux deux tétraèdres.



Lacan parle de dièdre afin de mettre en avant cette jonction de deux facettes : l'arête.

Le dièdre lacanien⁴²⁶ est donc composé de 6 faces et d'un plan médian « celui dans lequel se situe le triangle qui partage en deux cette pyramide [et qui] représente la surface du réel »⁴²⁷.

Ce schéma du dièdre présentifie ceci que « c'est seulement dans la dimension de l'être, et non pas dans celle du réel, que peuvent s'inscrire les trois passions fondamentales –à la jonction du symbolique et de l'imaginaire, cette cassure, (...) cette ligne d'arête qui s'appelle l'amour –à la jonction de l'imaginaire et du réel, la haine –à la jonction du réel et du symbolique, l'ignorance. »⁴²⁸

L'amour, la haine et l'ignorance sont « les voies de la réalisation de l'être, non pas la réalisation de l'être, mais seulement ses voies. »⁴²⁹.

L'ignorance comme passion est donc ce qui ressort de la rupture, de cette cassure entre réel et symbolique. Dans la situation qui nous occupe, c'est donc la rupture entre la mort comme phénomène réel par excellence et l'impossibilité du symbolique d'en faire quoi que ce soit, si ce n'est par le secours de l'imaginaire, que se manifeste cette passion de l'ignorance.

Le sujet s'adonne à l'ignorance sous sa forme passionnelle en tant qu'elle est justement une voie de réalisation possible de son être, c'est-à-dire comme enjeux de la rupture du réel de la mort et du symbolique dans une tentative d'en sauvegarder l'efficacité.

Il s'agit donc d'ignorer pour maintenir le symbolique, mais ignorer sous la forme du désaveu et dans une articulation « au savoir le plus élevé »⁴³⁰ tel qu'on le trouve articulé à l'ignorance *docte*. C'est-à-dire une ignorance qui se suppose d'un savoir qui se rapproche de la dimension de la vérité en tant que savoir inconscient.

Désaveu, en ce sens que la passion de l'ignorance s'y adosse, selon Gori. Terme qu'il préfère à celui de déni, à la suite de Guy Rosolato, afin de rendre compte « de la double opération de reconnaissance et de refus de la réalité d'une perception ou d'une absence »⁴³¹.

La passion de l'ignorance s'appuie donc sur ce double procès de reconnaissance et de refus, dirons-nous pour aller plus loin, du réel tel que la mort peut s'y présenter pour les personnes dont l'annonce les y confronte hors imaginaire et symbolique. Il s'agit de s'adonner à l'ignorance avec passion dans ce désaveu du réel mortifère.

⁴²⁶ Lacan, J., (1953-1954), *Le séminaire 1, Les écrits techniques de Freud*, Paris, Points Essais, Seuil, p. 412-413.

⁴²⁷ Lacan, J., (1953-1954), *Ibid.*, p. 412.

⁴²⁸ Lacan, J., (1953-1954), *Ibid.*, p. 413.

⁴²⁹ Lacan, J., (1953-1954), *Ibid.* p. 422.

⁴³⁰ Lacan, J., (1971-1972), *Je parle aux murs*, Paris, Seuil, p. 11.

⁴³¹ Gori, R., *Logique des passions*, Paris, Flammarion, p. 189.

« Lacan considère la passion de l'ignorance comme une des voies de réalisation de l'être en tant que manque à être, en tant que figure du rien qui fait de toute demande qu'elle « s'ignore dans sa requête »⁴³². Cette ignorance ne saurait se définir que de manière polaire et dialectique par rapport à une vérité, vérité du sujet, vérité sur son désir, vérité que l'analysant tente d'appréhender au cours de sa cure. Au cours de l'analyse le sujet vient tôt ou tard à prendre acte que cette vérité lui échappe, qu'elle se dérobe à lui en permanence et qu'il ne saurait la rattraper que par inadvertance, par distraction, au collet de la méprise comme dans ces énigmes que constituent ses lapsus et ses actes manqués »⁴³³ sauf à s'affronter au réel de sa propre mort.

Cette ignorance est à appréhender au regard d'une vérité et non pas d'un savoir que l'on pourrait qualifier d'établi⁴³⁴, à la suite de Lacan.

C'est la vérité sur le désir, sur le manque à être du sujet articulé au manque de l'Autre qui s'articule de manière dialectique à cette passion de l'ignorance.

Donner un diagnostic ou un pronostic sur une maladie potentiellement mortelle ne vient pas recouvrir l'ignorance mise en avant par le sujet par ce savoir établi, puisque celui-ci tente passionnément de recouvrir par cette ignorance un autre savoir, inconscient, ou plutôt vérité sur ce qu'il en est de son propre manque à être au regard du manque de l'Autre.

A vouloir qu'il en sache toujours plus sur sa maladie, le médecin ouvre d'autant plus le sujet à cette effroyable révélation de cette consistance que la mort donne au manque de l'Autre, qui finit par manquer. Le manque du manque de l'Autre est ce dont le sujet s'approche à l'annonce de sa propre mort réelle, c'est ce qu'il cherche à recouvrir passionnément par son ignorance.

⁴³² Lacan, J., *Ecrits*, Paris, Seuil, p. 629.

⁴³³ Gori, R., *Logique des passions*, Paris, Flammarion, p. 191.

⁴³⁴ Lacan, J., (1971-1972), *Je parle aux murs*, Paris, Seuil, p. 11.

SITUATIONS CLINIQUES

Louise

Louise a 75 ans, elle entre dans l'unité pour une prise en charge palliative d'un cancer des voies ORL.

Lors de notre première rencontre, elle m'accueille bien gentiment et accepte que je reste un moment avec elle.

D'emblée, elle me présente une attitude et un discours me laissant entendre que tout va bien pour elle. La rencontre ne semble pas se faire et reste bloquée sur un plan imaginaire où elle ne laisse pas les choses aller plus loin.

Elle veut me parler du mauvais temps qu'il fait en ce mois de février pluvieux, me disant que tout va bien, qu'elle ne voit pas de quoi elle pourrait parler.

Il lui faut juste être courageuse, elle veut simplement oublier sa maladie.

Je lui demande de quelle maladie elle parle : « Eh, bien, il y a des maladies comme ça ... le SIDA, ».

Elle veut nommer une autre maladie « comme ça » mais le mot lui échappe et ne se laisse pas énoncer.

Je lui demande si elle veut parler de maladie grave. « Non Non, Pas grave, non... ».

On peut repérer ce point d'impossible pour Louise de prononcer le signifiant qui est en rapport avec cette maladie que justement elle cherche à oublier.

Comme si prononcer le mot cancer comportait le risque de faire advenir ce qu'elle tente de mettre à distance : la possibilité de sa propre mort. La maladie qu'elle cherche à nommer n'est pas grave me dit-elle. C'est bien cette gravité, en ce qu'elle a de plus saisissant pour le sujet qu'elle cherche à dénier justement.

La maladie en elle-même s'oublie difficilement, c'est le signifiant qui vient la désigner qui échappe, forme de manifestation de cet impossible à dire.

Cependant, elle accepte de me revoir, à condition qu'elle ne parle pas trop, me dit-elle, dans un souffle.

Sa voix est basse, abîmée par une sonde nasogastrique qui vient de lui être enlevée ainsi que par cette maladie qu'elle cherche à oublier.

Régine

Je rencontre une première fois Régine à la suite de la demande de l'infirmière, dérangée par la manière dont l'annonce du pronostic létal a été faite à la patiente. L'anesthésiste lui a dit que sa maladie n'était pas guérissable, qu'elle devait faire le choix entre « vivre moins longtemps, mais en n'ayant pas de douleur, ou bien de supporter la douleur pour vivre plus longtemps ».

Lorsque je la rencontre, elle me fait part assez spontanément des questions qui la préoccupent, notamment à propos de l'aspect financier de son hospitalisation : si cela allait lui coûter cher, ne devrait-elle pas aller en maison de retraite et si son mari acceptait de l'aider à la maison, elle pourrait rester près de lui....

Puis, elle me demande au bout de combien de temps on s'en sort d'une « gastrite ».

Je lui réponds que je n'en ai aucune idée, n'étant pas médecin, ni infirmière.

Je lui demande depuis combien de temps elle a cette gastrite : « oh ! depuis un an environ, on espère s'en sortir et ça s'entretient ! ».

Cet échange montre la position de déni dans laquelle se trouve Régine concernant sa maladie et le pronostic qu'elle a entendu de la part de l'anesthésiste, transformant le cancer de l'estomac dont elle est atteinte en simple gastrite.

Angèle

Angèle a 91 ans.

Son dossier médical indique qu'elle a été informée de son diagnostic, une néoplasie vulvaire, mais qu'aucune annonce pronostique n'a été faite, alors même que sa famille en a été informée.

Lorsque je rencontre Angèle et que je lui demande comment elle va, elle me parle d'emblée de son mal-être et de cette douleur permanente qu'elle ressent.

Je lui demande ce qui provoque ces douleurs et elle me répond qu'elle n'en sait rien. Les médecins ne lui en parlent pas.

Quid de l'annonce qui lui a été faite.

Elle me dit alors être inquiète car elle a lu la notice de l'une des pommades sur laquelle il était fait mention des situations dans lesquelles ce médicament est utilisé.

Entre autres choses bénignes, il était fait mention d'un problème carcinologique.

Angèle s'inquiète alors de la *possibilité* d'avoir quelque chose de grave mais n'interroge pas le médecin, car il ne répond pas.

Elle me décrit alors le comportement du médecin, qu'elle trouve trop jovial pour entendre son inquiétude et y répondre sérieusement.

Elle reprend la lecture de la notice et repère le terme de cancer qu'elle énonce avec autant de légèreté que l'on pourrait faire d'une liste de courses mais elle ne s'y arrête pas.

Elle recherche un autre signifiant, qui lui échappe, pris dans l'oubli. Elle a pourtant relu toute la notice, me dit-elle, mais elle n'arrive pas à remettre la main dessus.

Elle se trouve alors dans une forme de quête d'un signifiant qui se présente comme un leurre fait pour écarter l'attention du sujet de ce signifiant menaçant qui s'est laissé lire avec trop de facilité.

Il existe une forme de fascination du sujet face à cette notice. En effet après une première lecture et découverte du signifiant cancer, le sujet aurait pu tout aussi bien choisir de méconnaître la notice elle-même, la perdre en quelque sorte. Mais il n'en est rien, elle conserve précieusement cette notice et la consulte à la recherche du mot qui échappe afin de m'en faire part alors même que le signifiant venant désigner le réel de sa pathologie s'y trouve inscrit en noir sur blanc et qu'elle l'énonce sans s'y arrêter.

Cette notice devient une forme de lieu du code, un Autre papier qu'elle préfère consulter plutôt que cet autre, par trop imaginaire, que représente le médecin trop jovial à son goût. C'est là un moyen de destituer l'Autre de sa fonction d'Autre : le médecin ne peut prendre cette fonction car il est trop, non pas jovial, mais en mesure de lui apporter des réponses incontournables.

Cependant cette recherche du mot oublié qui vient occulter le signifiant trop présent se réalise dans le mouvement d'un partage, dans une volonté d'échange avec moi en tant que psychologue de cette inquiétude qui est la sienne.

DESTITUER L'AUTRE

Une autre stratégie permettant de dénier la qualité oraculaire de l'annonce du pronostic léthal est de parvenir à une destitution de l'Autre.

Il s'agit au fond de récuser la véracité de l'annonce du pronostic léthal en faisant glisser la position du médecin annonceur, de la fonction symbolique de l'Autre à la fonction imaginaire du petit autre, que ce soit en octroyant au médecin une qualité par trop opposée au sérieux dont il doit faire preuve dans l'exercice de ses fonctions, comme le fit Angèle, ou bien, en prétendant l'incompétence du médecin dans le diagnostic posé et la mise en œuvre d'une adresse à un médecin placé en position d'Autre du fait de sa renommée.

Cette stratégie imaginaire a pour bénéfice de réduire la portée de l'annonce et d'annuler l'inscription du désir de l'Autre du côté du désir de mort.

ANNA

Anna a 60 ans et est atteinte d'un adénocarcinome ovarien.

Au moment de notre rencontre, elle prend le temps de regarder ma plaque afin de connaître ma fonction ; elle repère à qui elle s'adresse.

Je me présente et lui demande comment elle va.

Elle me répond d'emblée qu'elle n'a pas le moral. Je lui demande si elle peut m'en parler. Commence alors le récit du début de sa maladie.

Elle se plaignait de maux de ventre intenses, « à crier », mais l'examen échographique du début mai, puis de la mi-mai, puis de la fin mai, n'ont rien montré, si ce n'est un « kyste liquide » -de l'ascite- qu'il ne fallait pas toucher.

La veille du mariage de sa fille, elle se fait hospitaliser d'urgence pour une ponction de liquide pleural. Elle peut ressortir pour le mariage de sa fille, puis se fait réhospitaliser.

C'est au cours de cette hospitalisation qu'Anna apprend sa situation par un interne.

Elle prend le temps de me raconter cette rencontre dans les moindres détails :

- « L'interne entre, me regarde droit dans les yeux et « comme ça », me dit : « vous avez un cancer ».

Elle s'arrête et me regarde en silence, attendant ma réaction.

Je lui demande alors ce que cela lui a fait.

- « Mon esprit s'est bloqué... et puis je lui ai répondu, mais ce n'était pas moi qui parlait, « vous n'avez pas fini vos études ? ».
- « non », lui répond-il,
- « Il vous reste combien d'année ? »,
- « Deux ans »,
- « Cela se voit, vous avez encore des choses à apprendre ! ».

Et l'interne la quitte sur ces mots.

Je lui demande alors ce qu'elle lui reproche.

- « son manque de psychologie ! ».

Elle a trouvé l'annonce brutale.

Puis s'ensuit le récit d'autres rencontres médicales, où chaque intervenant venait lui donner des informations concernant sa situation de santé, dont elle ne voulait rien entendre.

Elle me dit ne plus oser poser de questions de peur des réponses données, qui ne sont pas celles qu'elle attend, sans préciser ce qu'elle attend d'eux exactement.

Elle me manifeste sa crainte de la rencontre des médecins de peur de ce qu'ils pourraient avoir à lui dire.

Elle se tait, je lui demande à quoi elle pense.

Elle me répond qu'elle attend que je lui parle, que je lui dise quoi faire, comment ne plus abandonner car elle a le sentiment d'abandonner le combat, se demandant si cela vaut le coup de se battre tout en n'osant pas poser la question au médecin, se doutant qu'il répondrait par la négative.

Je lui propose de la revoir, non pas pour lui donner des réponses mais pour l'aider à cheminer dans sa réflexion. Elle dit attendre de moi que je la revis régulièrement.

A notre seconde rencontre, Anna a produit un changement de position.

Elle se montre battante et le revendique haut et fort.

Elle dort mieux et se met à manger un peu mieux, ce qui la reconforte. Elle met alors le sentiment d'abattement, dont elle me témoignait la semaine précédente, sur le compte de sa fatigue.

Ce ressort, qui lui fait ne pas croire en sa mort à venir, prend racine dans l'échange qu'elle a eu entre-temps avec sa cancérologue : « il vous reste une chance, Dieu seul le sait ! ».

Ces quatre mots, « Dieu seul le sait », autorisent un glissement de position de l'interne annonceur du diagnostic à caractère létal, qui ne reste plus Autre mais devient autre face à un Autre supérieur : Dieu.

Ce médecin n'est donc plus en mesure d'énoncer une destinée irrévocable, puisque « seul Dieu le sait ! », et comme il ne s'est pas encore exprimé ... tout est possible ...

Elle s'autorise alors à parler de sa mort mais seulement et uniquement au conditionnel.

- « Je dois prendre des précautions, toute personne sensée devrait le faire, je ne dis pas que je vais mourir, ce n'est pas mon futur ».

Sa mort ne lui est abordable qu'au conditionnel et non au futur proche.

Et elle met en garde son interlocuteur d'en croire le contraire.

Ce faisant elle parle de la mort non seulement au travers du conditionnel, lorsqu'il s'agit de l'appréhender à son propre niveau, mais au passé lorsqu'elle reprend les souvenirs de la mort de son père, de sa mère, de son frère, de sa belle-sœur.

Inscrire la mort au champ de Dieu, en tant que *lui seul le sait* quand la mort adviendra, permet à Anna de produire cette dénégation que la mort, qui lui a été annoncée, est dans l'imminence. Cependant, elle a bien entendu qu'elle est soumise, comme tout un chacun, à cette échéance de la vie, et elle s'organise. Ce faisant elle entre dans une forme de maîtrise par où elle assume sur le plan imaginaire le fait qu'elle soit promise à la mort afin de soutenir la fonction symbolique incarnée par Dieu qui est le seul à savoir.

Ainsi, lors de notre rencontre suivante, elle me dit préparer son départ chez elle et craindre le fait de ne pas avoir le personnel soignant avec elle.

Je lui demande ce qu'elle appréhende :

- « la fin de vie » me répond-elle. Je la relance là-dessus en utilisant les mêmes signifiants, elle me dira :
- « oui » puis, « je n'ai pas envie de mourir vous savez ! ». Je lui renvoie que je l'entends bien.
- « mais je me prépare » rajoute-t-elle.

Elle prend ses dispositions auprès de ses amies, elle prévoit le nécessaire pour que son mari ne soit pas dans le besoin,

- « pour être tranquille » me dit-elle,
- « pour être assurée d'avoir fait ce qu'il fallait ? » lui demandais-je,

- « oui, c'est ça ».

Elle me confie également vouloir rentrer chez elle car « ici, j'y vois trop clair ».

Je lui demande de s'en expliquer. Elle me dit avoir lu, sur sa fiche de diététique, l'intitulé « unité de soins palliatifs » et me dit « vous savez, je sais bien de quoi il s'agit ! ».

Puis elle me fait le récit des différentes manifestations de mort dont elle a été le témoin dans le service et me parle de l'insupportable que cela génère pour elle, d'autant qu'on lui aurait annoncé son hospitalisation comme relevant de la convalescence.

Anna, par ces rencontres, lors de son hospitalisation, dévoile ce processus par quoi elle en arrive à une forme de destitution de l'Autre, préalablement incarné en la personne de l'interne venu lui annoncer la gravité de son état.

Ce sont les mots de son médecin oncologue qui autorisent un glissement de la fonction symbolique incarnée dans l'interne vers la figure divine invoquée lors de la consultation : « Seul, Dieu le sait ! ».

La mort n'appartient qu'à Dieu qui est le seul à pouvoir l'annoncer.

Cela l'autorise à réinvestir sa propre position, ne pas abandonner, ce qu'elle craignait de faire à la suite des diverses informations que le personnel médical lui donnait.

De réinscrire la fonction symbolique menacée au champ de Dieu lui permet d'approcher sa propre mort au conditionnel et de s'orienter dans une démarche de maîtrise : elle se prépare à mourir même si elle appréhende cette échéance au conditionnel.

C'est donc au conditionnel qu'elle entrera dans la maîtrise et prendra appui sur la volonté de Dieu lorsque la mort s'avèrera imminente ... Mais comme seul Dieu le sait, cela ouvre du temps qui ne se trouve pas comprimé par l'attente spécifique de l'entre-deux-morts.

PIERRE

Pierre avait 49 ans lorsque l'exploration d'une surinfection pulmonaire persistante laisse apparaître la présence de métastases.

Il s'ensuit une annonce de diagnostic et de pronostic réalisée par le médecin qui a la charge de son dossier.

C'est dans ce contexte d'annonce que je rencontre Pierre pour la première fois en ce début du mois de juin. A peine ai-je le temps de me présenter dans ma fonction que Pierre aborde le vif du sujet.

Il me raconte que « l'autre, là ! », en parlant du médecin, lui a dit des choses difficiles à entendre.

Je lui demande de me préciser ce dont il s'agit : « il m'a tout simplement mis sur une voie de garage, je ne vaud plus rien », me dit-il, désabusé.

Je relève le fait qu'il ait le sentiment de ne plus rien valoir, ce qui lui fait monter les larmes aux yeux, mais il n'en dira pas plus. Cependant, ce sentiment de dévalorisation reviendra dans son discours d'une manière répétée.

Pierre aborde deux choses ; d'une part, l'insupportable d'avoir à entendre que sa maladie va l'emporter et, d'autre part, la difficulté qu'il a eu à l'annoncer lui-même à sa femme, de crainte qu'elle ne s'effondre.

Il s'insurge contre le médecin qui n'a pas su lui annoncer les choses en douceur.

Il témoigne, encore une fois, du sentiment de « ne plus valoir le coup » et que c'est pour cette raison que « ce » médecin ne tentera plus rien pour combattre cette maladie.

Ce sentiment de dévalorisation annonce l'effet de désarrimage du sujet au désir de l'Autre.

Si l'Autre ne peut plus rien pour lui, c'est que le sujet ne peut plus répondre à son désir. L'abandon, alors ressenti, témoigne de cet état *Hilflos* ressenti par le vacillement de la fonction symbolique à l'approche de la mort réelle. Il se traduit alors en dévalorisation de soi, prémisses de ce que le moi s'abandonne.

Puis, son discours s'apaise dans sa véhémence et il me dit que les choses vont un peu mieux parce qu'il a appris, par le médecin qui le suit à Paris, qu'il existe une autre chance et qu'il va la saisir avec lui.

S'opère alors un basculement : la place de l'Autre, précédemment occupée par le médecin qui a réalisé l'annonce du pronostic létal, est assignée à cet autre médecin de Paris qui autorise l'éventualité d'une chance, minime, mais existante.

Ce faisant le premier médecin déchoit au rang des petits autres dont la parole peut être mise en doute, s'ensuit alors toutes ces paroles vindicatives contre l'absence de tact de « ce (sale) type ».

La fonction symbolique vacillante trouve alors à s'inscrire au champ d'un Autre plus bienveillant. La fonction de protection inhérente à l'Autre, se restaure. Le sujet ne se ressent plus l'objet d'un abandon, puisque l'Autre va tenter une dernière chance de le sauver.

Dans l'annonce du pronostic létal, ce phénomène de destitution de l'Autre, préalablement inscrit du côté de celui qui annonce, aura cet effet de maintenir une fonction symbolique menacée par l'approche de la mort réelle.

DConclusion

Restaurer la fonction symbolique mise à mal par l'approche avérée de la mort réelle, nécessite de prendre appui sur le fantasme fondamental, ce qui suppose que le moi résiste à la néantisation.

En ce sens, la restauration du symbolique à l'orée de la mort, prend appui sur la dimension imaginaire.

C'est dans le fantasme en tant que mise en scène d'un désir, un désir articulé au désir de l'Autre, qui va protéger le sujet contre ce qui le menace. C'est-à-dire à la fois la mort et la disparition du Père, ce qui, au fond revient, au même.

Ce désir est articulé dans le sens de la mort.

Ainsi, ce qui protège le sujet de la mort et de la disparition du père, est le désir de mort que l'Autre lui porte.

Réussir à articuler son désir au champ du désir de mort que l'Autre lui porte, est ce qui va protéger le sujet de l'effet de néantisation du symbolique par l'approche du réel de la mort.

C'est ainsi que naît le fantasme du châtement que l'on rencontre avec insistance dans la clinique des soins palliatifs et qui signe la réussite de la fonction du fantasme en tant qu'elle instaure et maintient la fonction symbolique en place.

Le sujet prendra position au regard de ce désir, soit en se faisant l'appui du désir de mort de l'Autre, soit en déniait l'existence d'un tel désir préalablement articulé comme tel par le sujet et s'adonnant à une passion de l'ignorance, soit en mettant en œuvre une demande d'amour et de reconnaissance dirigée vers l'Autre, etc.

Positions subjectives qui sont autant de manifestations de cette tentative de maintenir la dimension symbolique que l'Autre supporte à l'orée de la mort.

A l'issue de cette tentative pour éclairer les manifestations subjectives liées à l'annonce de mort, des questions persistent.

Elles touchent, non seulement, à la pratique clinique du psychologue, dans ses tentatives de traitement de la souffrance liée à l'approche de la mort entendue comme vérité oraculaire, mais aussi au positionnement qu'il se doit d'occuper au regard de l'institution et de cette question de l'information médicale délivrée aux patients.

**_Troisième partie_
Retombées cliniques et
institutionnelles**

**_Premier chapitre_
Du savoir à l'ignorance**

A Retour sur les thèses médicales

A.1 La revendication des malades

Cette question de l'information est partie d'une revendication des malades face au paternalisme médical. C'est-à-dire face à une attitude qui ne pouvait que produire l'isolement le plus complet des personnes atteintes de maladies graves et létales.

C'est donc en réponse à cette revendication, soutenue lors des Etats Généraux des malades, organisés par la Ligue contre le Cancer, que l'information s'est élaborée sous la forme d'une obligation médicale puis d'un droit reconnu aux malades.

Cependant, cette réponse 'médico-légale' fait l'impasse sur une réflexion nécessaire devant porter sur la nature, l'enjeu de ce qui se trouve ainsi revendiqué par les malades.

En effet, cette revendication porte-t-elle *véritablement* –au sens psychanalytique du terme- sur une demande d'information qui se trouverait fondée sur un état d'ignorance ?

S'agit-il effectivement d'apporter une information sur la mise en balance d'un droit de savoir au regard d'une volonté d'ignorance, tels que ces deux versants semblent se construire pour les légistes ?

Ne s'agit-il pas au fond pour les malades de faire reconnaître leur existence, au-delà de la pathologie qui les touche, dans une dimension humaine et reconnaissant avec respect leur subjectivité ?

Il s'agit d'être reconnu en tant que sujet pris dans la tourmente de la maladie, avec leurs doutes et impossibilités à faire face, leur angoisse et leur effroi devant le réel de la maladie et ce que cela entraîne comme conséquences psychiques. Il s'agit de faire reconnaître ce droit de changer d'avis, de vouloir en savoir un peu plus sur ce qui leur arrive, pour ensuite préférer le confort de la méconnaissance.

C'est cela qu'ils revendiquent avant tout : ne plus être qu'un simple objet de soins, ne plus disparaître derrière cette pathologie qui occupe tout l'espace et le temps, les préoccupations

médicales et soignantes, continuer d'exister en tant que sujet malgré cette maladie qui les ronge.

Il ne s'agit pas tant d'être informé que d'être reconnu par le médecin, au-delà de la maladie qu'il soigne, afin que le corps qui dysfonctionne ne vienne pas recouvrir l'être en souffrance. Au fond c'est de cela qu'il s'agit.

Mais reconnaître l'être subjectif c'est, non seulement entendre ses attentes, mais aussi savoir respecter ce qui se manifeste comme désir de méconnaissance. La loi elle-même ouvre timidement cette voie au respect de la volonté d'ignorance des malades. Mais le médical ne l'entend pas ainsi et recouvre encore une fois la dimension subjective de l'être, non plus par le corps en souffrance cette fois, mais par l'information systématisée des diagnostics et pronostics létaux.

L'être n'est plus évacué au profit du soin du corps, il l'est au profit d'une information rendue obligatoire et sans respect de la division de l'être.

Etre informé est une revendication des malades afin d'exister en tant que sujet, mais il se produit cette forme de renversement par où l'information accordée sous le prétexte de cette revendication vient éluder le sujet dans son existence même.

Ainsi, plutôt que de s'interroger sur les possibilités de l'être à supporter ce qui s'annonce du destin, les médecins partent du principe qu'il n'y a plus de pertinence à évaluer la volonté d'ignorance revendiquée, de manière toujours masquée, par le sujet et partent du principe qu'il faut donner ces informations, nonobstant les conséquences délétères de l'annonce qui dépendent, selon eux, de la manière dont celle-ci est faite.

Il s'agit dès lors d'informer, coûte que coûte –et c'est toujours aux malades que cela coûte le plus- non plus en s'interrogeant sur la possible volonté d'ignorance du malade mais en mettant au travail une procédure d'annonce qui puisse amoindrir, voire annuler les effets délétères de l'annonce.

C'est ainsi que voit le jour toute une littérature médicale proposant une bonne manière de faire l'annonce.

A.2 Une bonne manière d'informer

PROGRESSIVEMENT

Il s'agit donc, pour le corpus médical, de trouver la manière adéquate d'informer le malade de son état de santé et de cette menace qui pèse sur leur vie.

La démarche médicale n'est pas tant d'amoindrir le choc de l'annonce de la maladie létale que de trouver le moyen de contourner ce phénomène de *surdité passagère* et qu'ils pensent réactionnelle à l'annonce.

Au fond, la priorité est de leur faire entendre la totalité de l'information afin d'obtenir une compliance au traitement. Comme si le fait qu'ils soient en possession d'un savoir théorisé sur les défaillances de leur corps pouvait les conduire à respecter scrupuleusement les traitements proposés afin de restaurer leur santé dégradée, de faire reculer le spectre de la mort promise comme conséquence d'un refus de traitement, lorsque la 'transmission' d'informations concerne le diagnostic d'une maladie grave et potentiellement létale. Ou encore, il s'agit de s'assurer que l'annonce de la mort, comme issue irrémédiable de leur maladie, soit bien entendue afin que, *fort* de ce savoir, ils puissent s'organiser pour mourir *dignement*.

Il s'agissait dès lors d'annoncer la mort à venir de manière progressive, en introduisant une temporalité dans l'annonce. L'idée, c'est que tout ne peut se dire en une seule rencontre et qu'il s'agit de ménager plusieurs moments dans l'annonce afin que le patient entende l'ensemble des informations le concernant, qu'il ne fasse pas l'impasse sur le réel annoncé.

Il s'agit de les sortir de cet état d'ignorance que le corpus médical suppose être un état non désiré par les malades.

EN MENAGEANT DE L'ESPOIR

DONNER UNE ECHEANCE A LA VIE

Toujours dans l'idée de faire en sorte que le malade s'intègre dans le dispositif de soins, il s'agit également de ménager de l'espoir afin qu'il ne sombre pas dans un fatalisme abandonnique qui lui ferait quitter toute démarche de soins.

Ménager de l'espoir est également cet objectif paradoxal que se donnent les médecins lorsqu'ils annoncent un pronostic létal.

L'espoir en question se situe du côté d'une espérance de vie restante. Jeu de mots entre espoir et espérance qui tente de maintenir la vie à l'horizon de la mort.

Cet espoir-espérance de vie suppose le fait de donner une échéance à la mort. Paradoxe en ce que la vie espérée se délimite d'une datation de la mort : « vous allez mourir, oui, mais vous en avez encore pour 5 à 6 mois ». Illusion que de croire que la vie va persister dans ce temps donné, alors même qu'une telle énonciation lorsqu'elle est entendue au champ de l'Autre vaut verdict de mort entendue dans son immédiateté.

Donner une échéance a pour effet de suspendre la vie dans une attente irrémédiable de la survenue de la mort, plongeant le moi dans l'effroi du temps qui s'écoule, laissant s'approcher irrémédiablement la date mortifère, mettant entre parenthèses toute possibilité de faire des projets dans l'avenir, plongeant le sujet dans ce temps déserté de l'attente entre-deux, entre l'énoncé impitoyable de son destin et l'attente de sa réalisation réelle, déjà mort de se savoir promis de manière affirmée à la mort réelle. Voilà ce qui s'entend de l'information donnée sur le pronostic létal, énoncée en laissant de l'espoir par le biais d'une échéance dans le temps.

Et que dire de ceux qui dépassent cette échéance ?

Comment se vivre de n'être pas mort selon l'énoncé de son destin ?

Dépasser l'entre-deux, c'est se ressentir survivant ou plutôt en sursis d'une peine qui s'abattra à tout moment dans une forme d'imminence, comment continuer à vivre dès lors ?

C'était là la question de Mme C. qui comptait jour après jour le temps qui lui restait jusqu'à cette date qui lui avait été donnée, (pour ménager de l'espoir ?). Elle avait quitté la vie, vendu son appartement, fait ses adieux à ses proches et attendait.

Mais la mort n'est pas venue ... et son état s'est stabilisé, laissant entrevoir la possibilité d'un retour chez elle ... Elle qui avait vendu son appartement.

Elle s'est trouvée alors devant un dilemme, pouvait-elle s'autoriser à louer un appartement ? Autrement dit pouvait-elle s'autoriser à vivre, à oublier cette échéance donnée, à mettre à distance ce sentiment paralysant d'imminence de la mort ?

LA THERAPEUTIQUE COMME ESPOIR POSSIBLE

Mais l'information *doit* être entendue par le malade, dans tous ses détails thérapeutiques, comme si la thérapeutique en elle-même peut engager et soutenir cet espoir tant recherché par les médecins.

Ce n'est pas ce que met en jeu Mr T. atteint d'un cancer du rectum. Sa pathologie, pour l'instant, n'est pas en échappement thérapeutique. Pour l'instant seulement, car c'est Mr T. qui est en échappement thérapeutique. On voit là se jouer cette dichotomie entre la maladie et le sujet, par où il s'agira de prendre soin du sujet afin que la maladie soit prise en charge à son tour.

Mr T. refuse les traitements, catégoriquement, et a réussi à le faire entendre lorsque son épouse l'a trouvé sur une petite table, surplombant la rambarde de la mezzanine de leur demeure, au-dessus du vide. « Ne fais pas ça ! » me témoigne Mme T. « Pourquoi tu fais ça ? », « Je ne sais pas » est la seule réponse qu'elle obtiendra de lui.

Il est hospitalisé sur le champ et c'est dans ce contexte que je le rencontre. Le motif de son hospitalisation est « troubles psychiatriques » et sa prise en charge se fera dans un service de médecine spécialisée en pneumologie, un service qui s'est ouvert à la chimiothérapie ...

Drôle d'endroit pour ne soigner que le trouble psychiatrique ! Le véritable motif de l'hospitalisation n'est pas loin. Il s'agit évidemment de lui faire reprendre ce qu'il refuse, à savoir son traitement.

Mais Mr T., à la suite de l'annonce de sa maladie grave, à la suite du traitement empreint de lourdeur en ce que son épouse le contraignait à le suivre à la lettre dans le désespoir de le voir mourir de cette effroyable maladie, à la suite de la survenue d'une diarrhée aigue et provoquant une incontinence anale, à la suite de tout cela, Mr T. à fait une décompensation psychotique : *Syndrome de Cotard*.

Il se ressent bouché, mort, complètement obnubilé par cette incontinence qui n'existe plus, par cette constipation qui l'a remplacée, dit-il, alors que les soignantes, -très attentives sur cet aspect, trop, peut-être ?- relèvent le contraire. Mélancolique, il ne supporte plus de devoir aller à la selle, se sent sale et ne peut faire les gestes nécessaires à sa propreté intime. Il ne peut plus se toucher. Il est saisi par l'horreur de la salissure : « je suis un bois mort, rongé par toutes ces moisissures » me dit-il, gêné de devoir parler de « ces choses là » devant une dame qu'il aurait aimé accueillir devant une table avec des fleurs en son centre.

Le travail d'élaboration commence, lentement, trop lentement pour le goût de l'équipe soignante et de la famille qui voit ce temps s'écouler diriger Mr T., en arrêt de traitement, vers une issue létale. L'enjeu, là, c'est la reprise de la chimiothérapie avant qu'il ne soit trop tard.

Finalement, ce que Mr T. illustre dans sa situation, c'est que la thérapeutique en elle-même proposée par les équipes soignantes comme une ouverture possible à l'espoir devant une maladie aussi grave afin qu'il soit compliant au traitement, peut avoir cet effet inverse et venir boucher quelque chose.

L'espoir, au fond, ce n'est pas les soignants qui peuvent en dire quoi que ce soit pour le malade. Ce sont les malades eux-mêmes qui possèdent les coordonnées de cet espoir pour eux-mêmes.

En martelant l'information

L'information doit en effet être entendue du malade, à tel point que si celui-ci manifeste les signes d'une ignorance, interprétés par le médical comme démontrant le fait que le patient est passé à côté de l'information, qu'il ne l'a pas intégré, alors il se produit un phénomène de martellement de l'information. C'est-à-dire que les médecins estiment qu'il s'agit d'en passer par la répétition systématique de l'information jusqu'à ce que le patient montre qu'il a tout intégré.

Ce phénomène de martellement de l'annonce produit des effets délétères psychopathologiques car elle se met en œuvre en général devant l'attitude de dénégation du patient qui est interprétée à tort comme une forme de surdité passagère et réactionnelle au choc de l'annonce ; alors même qu'il s'agit d'une défense contre ce qui s'annonce du côté du manque du manque de l'Autre qu'il s'agit de dénier afin de sauvegarder la fonction symbolique que l'Autre supporte.

Le risque de ce martellement est d'en arriver à une néantisation de la fonction symbolique que le sujet cherche à maintenir par la dénégation de la mort entendue dans l'annonce de son diagnostic à caractère létal. Ce qui se traduit par une mélancolisation du sujet dépouillé de tous support imaginaire et sans recours du symbolique.

C'est en s'appuyant sur ces différentes réflexions au sujet de la nécessité d'informer et de penser une bonne manière de faire l'annonce de diagnostic à caractère létal que le ministère de la santé a produit dans le Plan Cancer 2003-2007, la mesure 40 au sujet du Dispositif d'annonce, qui a toujours cours actuellement.

C'est dire que depuis l'apparition de la Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé de 2002, faisant mention du droit de savoir et de cette volonté d'ignorance, la réflexion médicale en est restée au même point de cette nécessité d'informer le malade de sa situation de santé et de la possible létalité mise en jeu.

B Point de vue médical-légal actuel

B.1 La mesure 40 du Plan Cancer 2003-2007 : le dispositif d'annonce

C'est en s'appuyant sur les témoignages et les revendications des malades lors des états généraux des malades organisés par la Ligue Nationale Contre le Cancer qu'un dispositif d'annonce trouva à s'inclure dans le Plan Cancer 2003-2007.

Cette mesure 40 du Plan Cancer spécifie les modalités d'annonce de l'information diagnostique et thérapeutique au patient atteint de cancer.

Ce dispositif d'annonce a pour visée de produire « *une information mieux vécue et comprise [qui] facilitera une meilleure adhésion du patient à la proposition de soins et l'aidera à bâtir des stratégies d'adaptation à la maladie* »⁴³⁵. C'est-à-dire qu'au fond, le premier argument mis en avant dans le Plan Cancer est cette visée de compliance aux traitements chimio-thérapeutiques et radio-thérapeutiques.

Ce qui démontre que le souci premier n'est pas tant d'accorder au patient ce qu'il demande mais de faire en sorte que la prise en charge ultérieure de la maladie poursuive le cours décidé par le médecin oncologue ou radiologue. Il s'agit de faire en sorte que les choses se passent au mieux, non pas forcément pour le patient mais bien plutôt pour le bon déroulement des actes médico-techniques.

Ce dispositif d'annonce se déroule en plusieurs phases. La première est le moment d'annonce du diagnostic lui-même qui se réalise par le médecin, par où il s'agit de fournir une information progressive de la maladie tout en prenant en compte le phénomène de sidération inhérente à toute annonce de cette nature.

Sidération qui produit cet effet de surdité passagère par où le patient n'entend plus ce qui lui est dit. Il s'agit alors de reconduire l'entretien afin de compléter les informations non reçues. On se trouve là dans une logique cognitive du trouble de la réception de l'information énoncée qui ne prend pas en compte la dimension subjective et l'impossibilité dans laquelle se

⁴³⁵ Mesure 40 du Plan Cancer 2003-2007

trouve le patient de pouvoir en entendre davantage. La solution médicale semble être d'attendre que le phénomène se dissipe pour poursuivre l'annonce sans prendre le soin de vérifier que le patient désire en entendre davantage.

Ce premier temps médical est suivi par un temps infirmier durant lequel, le soignant va offrir un temps d'écoute au patient et surtout vérifier la teneur de ce qu'il a entendu et rectifier voire compléter certaines informations qui n'auraient pas été entendues de manière adéquate à la réalité annoncée de sa situation.

L'orientation vers un psychologue est évoquée mais ne fait pas partie intégrante du dispositif d'annonce lui-même, -c'est-à-dire au moment où l'annonce du diagnostic ou du pronostic se réalise.

L'accès au psychologue est mentionné en outre dans l'accès aux soins de supports, qui se définissent d'être des soins « complémentaires » aux thérapeutiques curatives existantes qui sont dispensés tout au long des maladies graves, en l'occurrence le cancer, alors même que la dimension létale n'apparaît pas encore comme une certitude énoncée.

Ce projet de soins a pour enjeu d'assurer une meilleure qualité de vie possible au malade, sur les plans physique, social et psychologique. Ils sont entendus comme des soins de confort.

L'adresse portée au psychologue par le *corpus* médical est donc présentée comme une adresse à visée de confort pour le malade dans le vécu de sa maladie grave –alors même que cela peut être entendu, au-delà, comme une visée de confort pour le médical lui-même, en ce que ce qui est recherché est toujours cette compliance aux traitements ; l'interlocuteur privilégié n'étant pas le malade mais le cancer lui-même.

Cela a pour effet de réduire l'intervention du psychologue à une *thérapeutique palliative* possible afin que les effets psychiques de la maladie grave soient les plus confortables possible. L'idée étant de trouver les moyens d'évacuer les 'désagréments' propres à l'annonce diagnostique ou pronostique et d'obtenir du patient qu'il occupe une position de partenaire de soins, compliant dans la mise en œuvre des stratégies curatives au long court, lorsque celles-ci existent.

On repère à la lecture du plan cancer et de cette mesure 40 que l'annonce du diagnostic à caractère létal, voire du pronostic lui-même, fait l'objet d'une démarche *obligée* ne prenant

pas en compte le désir de méconnaissance du malade. Il s'agit d'informer en s'appuyant sur l'idée d'une progressivité de l'annonce et d'une reformulation après coup, afin d'obtenir le consentement et la compliance du patient aux traitements proposés. Ce dispositif d'annonce est l'aboutissement de l'idée que les troubles des patients peuvent être évités au regard d'un art d'annoncer, même si les règles de cet art ne sont pas clairement définies.

B.2 Positionnement médical actuel

Encore aujourd'hui, la revue JALMALV⁴³⁶ de mars 2011 en témoigne, l'on s'interroge encore si la brutalité ressentie par le malade au moment de l'annonce dépend du fait d'annoncer ou de la forme que prend l'annonce au moment de son énonciation⁴³⁷, la question de la forme n'étant pas évacuée au profit du fait de l'annonce.

Cependant, un questionnement apparaît concernant cette nécessaire obligation d'information entendue au travers de la loi du 4 mars 2002 au sujet du pronostic léthal.

Doit-on effectivement soumettre le sujet à une prétendue nécessité d'information concernant sa mort avérée par l'incurabilité de son mal ? C'est là ce qui motive, 9 ans après la publication de la loi de 2002, la constitution de ce numéro de la Revue JALMALV sur *Les non-dits dans les relations de fin de vie*.

Les propos tenus par Daniel Grunwald, médecin cardiologue, ancien Président du Conseil de l'Isère et ancien Secrétaire Général Adjoint du Conseil National de l'Ordre des Médecins, bien loin d'unifier la totalité du positionnement médical, traduisent une position majoritaire au regard de l'information, dont les coordonnées ne se sont pas modifiées depuis l'apparition de la Loi de 2002⁴³⁸.

⁴³⁶ JALMALV : Jusqu'À La Mort Accompanyer La Vie.

⁴³⁷ *Les non-dits dans les relations de fin de vie*, JALMALV, N°104, mars 2011, R. Schaerer, Editorial, p. 3.

⁴³⁸ Ibid., D. Grunwald, *L'information des patients : Une obligation pour les soignants*, pp. 7-11.

Il y soutient une nécessité d'information en respect de l'autonomie et du consentement de la personne malade, interprétant la volonté d'ignorance, que tout médecin se doit de respecter, comme « *une possibilité de 'non-dits'* »⁴³⁹ qui s'articule à une « préférence » de certains malades à « *à ne pas 'tout savoir'* »⁴⁴⁰. C'est-à-dire qu'au fond, le savoir est tout de même là mais dans un « pas-tout », incomplet, qui traduit bien cette position de méconnaissance du sujet qui choisit subjectivement cette position d'ignorance, soutenue d'un savoir 'pas-tout-entier' reçu du médical.

Cependant, « *les soignants auront à s'en enquérir, notamment avant de délivrer certaines informations pénibles à entendre* »⁴⁴¹, c'est-à-dire qu'il encourage le soignant à avoir une position active dans la quête de mesurer si le patient ne veut rien savoir, alors même que cette quête active est déjà un aveu, une délivrance d'information et que cette position de méconnaissance ne se dit jamais explicitement mais se repère dans le voile de l'esquive.

Toujours est-il que « *l'important est aussi que le patient sache qu'il aura toujours le droit, à tout moment de sa maladie, de demander à en être éclairé ; proposition qui pourra être réitérée par son médecin, notamment au cas où le refus de soins de la part d'un malade serait susceptible de mettre sa vie en danger.* »⁴⁴² Ce qui revient à faire entendre au malade que l'on n'est pas dupe de cette pseudo ignorance dans laquelle il se drape, et que le savoir se trouve là, chez les soignants, prêt à surgir, épée de Damoclès prêt à frapper dans un dernier acte d'achèvement subjectif.

Et que penser de cette remarque, lorsque l'auteur énonce que ce savoir, évité par le malade, lui sera disponible « *notamment*⁴⁴³ *au cas où le refus de soins (...) serait susceptible de mettre sa vie en danger* ». Double danger de mort donc, par où la mort issue de la maladie incurable se verrait devancée par la mort produite par le refus de soins. Intolérable impasse du soignant que de se voir empêché dans cet acte possible de retarder la mort.

⁴³⁹ Ibid., p.9.

⁴⁴⁰ Ibid.

⁴⁴¹ Ibid.

⁴⁴² Ibid.

⁴⁴³ Notamment ou surtout ?

Par ailleurs, cette volonté d'ignorance semble s'articuler, pour l'auteur, à des « *difficultés de compréhension de la part du patient* »⁴⁴⁴ qui « *peuvent avoir de multiples causes : qualité insuffisante de l'information, barrière linguistique, opposition systématique d'un malade non coopérant, et aussi état d'angoisse entraînant une véritable sidération des capacités cognitives ; outre les troubles mentaux plus ou moins marqués...* »⁴⁴⁵ qui ne sont pas à entendre comme des difficultés de compréhension mais bien comme des stratégies d'évitement –non énoncée explicitement comme le voudrait cette quête active du positionnement du malade au regard de l'information- de ce qui menace de s'énoncer.

Cependant, le traitement proposé par l'auteur, face à ces manifestations de méconnaissance, est « *une répétition des explications (parfois par des soignants différents), à des moments choisis, notamment dans le cas de troubles de la conscience fluctuants.* »⁴⁴⁶

Autrement dit, la solution pour l'auteur est le martèlement de l'information ... avec les conséquences que l'on connaît.

Au fond, le débat initié par la Loi de 2002 concernant le savoir et l'ignorance, au regard de la mort annoncée, est-il correctement posé lorsqu'on le fonde sur les versants du droit et de la volonté ?

Ne s'agit-il pas plutôt, en s'appuyant sur le paradigme analytique, d'articuler ce débat du savoir et de l'ignorance –et c'est bien dans cet ordre là qu'il s'agit de poser les choses au sens où la clinique de l'annonce met en évidence que c'est le savoir qui conduit à l'ignorance- sur les versants du désir et de la passion ?

Le désir de savoir et la passion de l'ignorance, qu'il peut générer face à la mort annoncée et entendue du champ de l'Autre, répondent finalement à un même enjeu : sauvegarder ce qui vacille dangereusement.

⁴⁴⁴ Ibid.

⁴⁴⁵ Ibid.

⁴⁴⁶ Ibid.

C Désir de savoir

L'obligation d'information se fonde effectivement sur un désir de savoir revendiqué par une minorité de personnes atteintes de maladie grave potentiellement létale.

C'est de s'être affronté à ce désir de savoir que médecins et légistes ont statué sur une nécessité d'informer. C'est-à-dire que le savoir s'est vu réduire au statut d'information.

Enoncer au patient les qualités de son état de santé, au sens de réduire son être à l'efficiencia du corps, devenait pour le domaine médico-légal l'objet supposé de ce savoir désiré par le patient.

Il devenait donc nécessaire d'informer le patient pour qu'il sache ... mais pour savoir quoi au fond ? Pour savoir qu'il est gravement menacé par la mort ? Mais ne le sommes-nous pas tous, dès le premier moment de notre vie ?

Qu'il sache de quelle manière il va mourir ... dans combien de temps ?

Informations qui sont autant de détails subtils indiquant une pseudo-maîtrise médicale, non pas sur le fonctionnement du corps et des thérapeutiques, mais sur le déroulement de la fin de vie, ce moment juste avant trépas, et la mort elle-même.

Cependant cette réflexion juridique fait l'impasse d'une interrogation préalable de ce sur quoi elle se fonde, à savoir la possibilité elle-même de la constitution d'un savoir sur la propre mort. Ce savoir est a priori entendu comme assuré alors même que la psychanalyse démontre que c'est loin d'être le cas.

En effet, même si la mort est située par la psychanalyse comme étant au fondement du symbolique, tout autant, ce qui peut paraître paradoxal a priori, mais non pas une aporie, la mort est hors du symbolique. Elle échappe au signifiant et ne peut être l'objet de la constitution d'un savoir.

Informé, ou confirmé, au patient le fait qu'il soit mortel, mais aussi ce qui causera sa perte, voire même le moment probable où cela se produira, ne peut en aucun cas conduire à la construction d'un savoir sur la propre mort.

Cependant, au-delà de cette tentation d'apporter une réponse au désir de savoir de ces patients, une question persiste qui consiste à interroger ce qui motive un tel désir. C'est-à-dire, au fond, de tenter de cerner ce qui se joue dans ce désir de savoir.

Le domaine médico-légal a-t-il raison de poser les choses du côté d'une connaissance scientifique du mal qui les ronge, d'une part, et de penser, d'autre part que leurs connaissances médicales des pathologies puissent se donner comme vérité de l'être ?

La question se pose, en effet, de ce que le discours soignant supporte ces deux dimensions du savoir et de la vérité comme se recouvrant l'une l'autre dans une forme de rapport synonymique qui s'entend dans cette remarque récurrente chez les soignants: « il a le droit de savoir parce qu'on lui doit la vérité. ». Allusion au fait que ne rien dire serait mensonge.

Savoir et vérité sont, là, deux dimensions qui ne se recouvrent que d'être appréhendées au champ de l'inconscient, la vérité n'accédant au savoir que sous la forme de l'énigme. Cette énigme, justement, qui étreint le sujet de son angoissante présence à l'approche de la mort.

Au-delà du désir de savoir, les soignants ont tendance à articuler, en deux pôles opposés, le savoir dû, d'une part, à l'ignorance, d'autre part, dans laquelle se trouve plongé le patient au sujet de l'état précaire de sa vie. Ignorance qui serait à combler ... pour son bien.

L'information médicale se donne alors face à un prétendu non-su du patient, un non-savoir supposé, confondu avec un état d'ignorance qui motiverait le désir de savoir.

Or, et c'est là l'apport de Lacan, le désir de savoir n'a jamais conduit au savoir et ne peut en aucun cas combler le manque à savoir de l'ignorance quand celle-ci se présente sur son arrêt passionnelle.

Et quant à ceux qui ne manifestent pas ce désir de savoir, ils sont davantage considérés comme ignorant de ce qui les menace, alors même que c'est un savoir méconnu qui les pousse à cette prudente position.

Le médico-légal a donc tendance à poser le savoir du côté de l'information. La psychanalyse quant à elle produit une distinction entre deux formes de savoir, que Lacan situe, d'une part, en tant que savoir du maître, qu'il distingue, d'autre part, du savoir de l'inconscient.

C.1 Le savoir du maître

Le savoir est « *quelque chose qui lie, dans une relation de raison, un signifiant S1 à un autre signifiant S2.* »⁴⁴⁷, tel qu'il se trouve élaboré dans le discours du maître. C'est dans un tel rapport « *qui ne se sait pas, que réside l'assiette de ce qui se sait, de ce qui s'articule tranquillement comme petit maître, comme moi, comme celui qui en sait un bout.* »⁴⁴⁸. Celui qui se pose comme *sachant* occupe une position imaginaire de « celui qui en sait un bout » afin de méconnaître ce qui fait le fond du savoir, c'est-à-dire ce qui ne se sait pas.

Le désir de savoir s'oriente de cette position de maître et serait ce qui vient répondre à une manifestation de méconnaissance, comme fonction essentielle du moi. Paradoxe, s'il en est, de ce savoir du maître articulé à la fonction purement méconnaissante de cette position subjective.

Obtenir une réponse orientée par ce désir de savoir, motivé par la méconnaissance, serait une réponse obtenue sur le plan imaginaire. Stratégie du moi afin de maintenir la chape sur cette passion de l'ignorance, afin qu'aucun savoir ne se révèle sur ce dont il s'agit de ne surtout rien savoir : la position qu'occupe le sujet au regard du désir de l'Autre.

⁴⁴⁷ Lacan, J. (1969-1970), *Séminaire Livre 17, L'envers de la psychanalyse*, Paris, Seuil, p. 32.

⁴⁴⁸ Ibid.

C.2 Le savoir inconscient

Cependant, Lacan s'interroge sur le lieu du savoir, c'est-à-dire de repérer « *qu'est-ce qui sait ?* »⁴⁴⁹, qui est en possession de ce savoir. Ce n'est pas du côté du maître, qui en sait un bout, que Lacan situera le lieu du savoir mais au champ de l'Autre. Non pas au niveau de cette dimension purement imaginaire et méconnaissante mais au niveau de l'édifice symbolique, ce lieu du code, « *lieu où le signifiant se pose, et sans lequel rien ne nous indique qu'il y ait nulle part une dimension de vérité, une DIT-MENSION, la résidence du dit, de ce dit dont le savoir pose l'Autre comme lieu.* »⁴⁵⁰

Ainsi, le désir de savoir –émis d'une position de maîtrise - « *n'a aucun rapport avec le savoir (...) – le désir de savoir n'est pas ce qui conduit au savoir. Ce qui conduit au savoir, c'est (...) le discours de l'hystérique.* »⁴⁵¹

Ce discours hystérisé du sujet s'originant de l'ignorance, comme voie d'entrée dans l'analyse est ce qui conduit au savoir en tant que savoir qui ne se sait pas, autrement dit en tant que savoir inconscient.

Qu'importe en effet le savoir du maître qui n'est que voilement, acte de méconnaissance, dont la fonction est de recouvrir cette passion de l'ignorance comme voie d'accès à l'être du sujet⁴⁵². Le savoir *véritable*, pourrait-on dire au sens de ce qui touche au vrai, est savoir qui ne se sait pas et qui ne se dévoile que d'en passer par un discours hystérisé.

La vérité elle-même est située par Lacan comme savoir en tant qu'elle se présente sous la forme du mi-dire⁴⁵³ de l'énigme⁴⁵⁴. Cette énigme qui renvoie à celle du Che Vuoi ? qui est vérité portée sur le désir de l'Autre.

Est-ce là ce que réclament les patients au travers de leur désir de savoir ?

Certes non, ce désir de savoir n'apparaît que comme tentative de recouvrir cette énigme de ce que l'Autre lui veut.

⁴⁴⁹ Lacan, J. (1972-1973), *Séminaire Livre 20, Encore*, Paris, Essai, p. 123.

⁴⁵⁰ Ibid.

⁴⁵¹ Lacan, J. (1969-1970), *Séminaire Livre 17, L'envers de la psychanalyse*, Paris, Seuil, p. 23.

⁴⁵² Les deux autres voies d'accès étant l'amour et la haine : ces deux autres arêtes passionnelles du dièdre de Lacan.

⁴⁵³ Lacan, J. (1969-1970), *Séminaire Livre 17, L'envers de la psychanalyse*, Paris, Seuil, p. 39.

⁴⁵⁴ Ibid.

Et cependant, la réponse médicale, loin de venir étayer cette méconnaissance en jeu dans le désir de savoir, vient lever le voile sur ce qu'il en est de cette vérité comme savoir qu'est l'énigme du désir de l'Autre.

C.3 Désirer savoir

La mort en tant que réel absolu, dans le défaut du symbolique à l'introduire dans la chaîne signifiante, fait advenir l'ignorance dans cette arête du réel et du symbolique, en tant qu'objet de la passion. Cette passion originaire de l'*Hilflosigkeit*⁴⁵⁵ se réactualise de l'état *Hilflos* produit par le vacillement symbolique à l'approche de ce réel absolu.

La quête de transparence entendue comme désir de savoir, masque ce qui la fonde, à savoir cette passion de l'ignorance⁴⁵⁶.

Au fond, il s'agit d'ignorer la défaillance ressentie de l'Autre dans cette quête de savoir par où se mobilise l'édifice symbolique. Quête de savoir, adressée au champ de l'Autre, dans une tentative de le convoquer⁴⁵⁷ à cette place même où il défaille. Il ne s'agit pas tant de savoir sa mort proche que de maintenir l'Autre à proximité.

Le savoir demandé au médical aurait alors cet enjeu de convoquer l'Autre dans l'aveu, c'est-à-dire convoqué dans une présence, en tant que « *représentant et défenseur* »⁴⁵⁸, dans l'émission d'une parole, au sens d'en faire jaillir cette voix qui menace de se présenter mutique.

Désirer savoir se motive d'une convocation de l'édifice symbolique avec ce danger que l'Autre fasse entendre son désir du côté de la mort, ce qui aurait pour effet, soit de néantiser le sujet dans une position de mort entre-deux, soit de donner corps au fantasme venant soutenir la structure symbolique, ce qui serait un moindre mal.

⁴⁵⁵ Gori, R., (2005), *Logique des passions*, Paris, Flammarion, p. 39.

⁴⁵⁶ Ibid., p. 80.

⁴⁵⁷ Ibid., p. 219.

⁴⁵⁸ Ibid.

Mais au fond, et c'est là que je reprends la question de Roland Gori, « *que veut donc savoir le passionné ?*

*Eh bien, justement, pour reprendre le titre d'un article d'Octave Mannoni (1980), « il ne veut rien savoir » ! Jaloux, érotomane, haineux, revendicatif, collectionneur ou chercheur, le passionné ne veut rien savoir de ce qui motive et détermine sa quête, le met en mouvement dans sa passion. »*⁴⁵⁹ Le désir de savoir mis en jeu dans cette quête de transparence vient répondre à un désir de méconnaissance. Au fond, ce que veut le passionné c'est « *être vu, regardé, nommé, appelé, reconnu, aimé et entouré par l'autre.* »⁴⁶⁰

Et c'est bien là, également, ce que veut le patient, lui aussi.

En désirant savoir, ce qu'il réclame ce n'est pas tant un éclairage technique de sa maladie, des thérapeutiques existantes, de l'échappée du curatif, voire du pronostic en jeu et du temps que ça lui prendra pour mourir en fonction d'une statistique existante. Non, ce qu'il veut, c'est exister malgré la maladie et la mort qui se fait trop sentir dans sa présence, au regard de cet Autre, venu s'incarner par cette convocation du savoir dans ce temps d'histoire personnelle au lieu même de l'autre médecin.

A articuler le désir de savoir du sujet gravement malade, dans le champ analytique, à la présence de l'Autre, il devient évident que tenter d'y répondre sur le plan d'un droit de savoir par où se nécessite une délivrance d'information médicale, est une erreur.

Au fond, ce désir de savoir, comme tout désir, doit rester ouvert afin que cette convocation de la dimension symbolique de l'Autre, incarnée chez le médecin, celui qui est supposé savoir, reste efficiente.

Il ne s'agit pas d'obturer ce désir par des informations précises, venant ouvrir cette confrontation au réel de la mort, car cela, finalement, à cet effet inverse de conduire le sujet sur cette arête passionnelle de l'ignorance devant cette rupture du réel et du symbolique, produite par la mort inassumable.

Car au fond, l'information médicale ne conduit pas au savoir mais à l'ignorance.

⁴⁵⁹ Ibid., p. 223.

⁴⁶⁰ Ibid.

Dans le désir de savoir, ce n'est pas le savoir qui importe mais le désir lui-même, qui se trouve là arrimé au désir de l'Autre, dans une méconnaissance profonde de ce savoir que la mort réelle conduit au manque du manque de l'Autre.

Mme J. et Mr F. témoignent des ravages subjectifs du savoir délivré sur leur propre mort et interrogent ce qu'il en est de la position du psychologue au regard des spécificités d'une telle clinique de l'annonce.

Second chapitre

L'acte clinique

*« (...) il y a des souffrances indicibles, des douleurs qui ne s'expriment que par le cri et le mutisme
parce qu'en portant le sujet aux extrêmes de sa détresse,
elles le dépossèdent de la « facticité » que le langage confère à l'humain.
Se trouver « démuni » (Hilflosigkeit), s'est aussi se trouver « démuni » de parole vraie,
ne pas pouvoir être en même temps affecté et soutenu par le signifiant dans une situation vitale extrême.
Qui ne s'est trouvé démuni au chevet d'un malade brisé par la souffrance ?
Expérience de transitivité extrême où les mots manquent en certaines occasions trop proches du réel.
Siderés par la douleur de l'autre, nous sommes pourtant devant l'exigence morale d'en dire quelque chose,
de la représenter dans et par le dialogue, geste, regard ou mot
pour faire entrer dans un silence de mort une parole de vie. »*

Roland Gori et Marie-José Del Volgo⁴⁶¹

⁴⁶¹ Gori, R. et Del Volgo, M.-J., (2005), *La santé totalitaire*, Paris, Denoël, p. 82-81.

A Mme J.

A.1 Gémissement

Mme J. est entrée dans l'unité en ce début de mois de janvier neigeux.

L'équipe me présente une femme au relationnel particulier ; gémissante à l'adresse des soignantes mais adressant un discours éveillé et plein de séduction auprès du médecin.

En entendant cela, je consulte le dossier médical et infirmier de Mme J. avant d'aller la voir. J'apprends qu'elle est entrée dans l'unité pour une prise en charge palliative d'un cancer du colon métastasé, opéré en 2005, mais dont elle a refusé tout traitement chimio-thérapeutique. Ce refus m'interpelle, pourquoi ce choix, sachant que tout refus de traitement ne peut que conduire à la mort ?

Le dossier donne quelques indications sur la manière dont son mode relationnel à l'autre est perçu par l'équipe soignante, et je trouve là ce que je cherchais. Il y est dit que la patiente présente « *un discours particulier ; très demandeuse pour tout prétexte ...* ».

Son entrée dans l'unité fait suite à une hospitalisation dans un autre service de l'hôpital où il est fait mention d'un « *séjour où elle a été difficile, exigeante et avait refusé certains traitements ... avec beaucoup de mal par rapport aux repas* ».

Alors que j'indique mon intention d'aller la rencontrer, l'infirmière me met en garde contre le fait qu'elle semble dormir mais, dès qu'on s'adresse à elle, elle se met à gémir et qu'elle ne me parlera peut-être pas.

Soit ! Je peux aussi écouter son silence !!

Je frappe à deux reprises à la porte, mais n'obtiens pas de réponse.

J'entre malgré tout et aperçois une femme d'une grande maigreur allongée dans son lit, semblant dormir, un léger ronflement sortant de sa bouche grande ouverte.

Je n'ai pas prononcé un mot, ne voulant pas dévoiler le genre auquel j'appartiens, me disant que le fait d'être une femme pourrait orienter les coordonnées de l'adresse du discours qu'elle pourrait énoncer. En effet, ne se montrait-elle pas gémissante à l'égard des femmes et éveillée à l'égard des hommes ? Occuper une position symbolique, au-delà de ces appareils imaginaires, me semblait pour le coup nécessaire.

Je comptais, à tort, sur sa curiosité ... qu'elle ne manifesta aucunement. Elle n'ouvrit pas les yeux pour connaître mon identité.

Je me résous donc à l'appeler.

Un gémissement, me répond, exprimé sur une mimique de douleur, les yeux fermés. Elle m'adresse par là une signification, non par le signifiant réduit à ce gémissement, mais par le corps, front plissé témoignant d'une souffrance sur laquelle je ne rebondis pas.

N'est-ce pas La préoccupation essentielle des soignants ? N'est-elle pas en train d'ouvrir à l'autre, que je suis pour elle à ce moment là de la rencontre, une réponse possible à ce qu'elle croit être mon désir, entendu comme désir de soin, de lutte contre la douleur ?

Gémir de douleur serait alors l'énoncé d'un désir en œuvre : soutenir ce qu'elle croit être le désir de l'Autre.

Mais je n'y réponds pas et je continue en me présentant : « Je m'appelle Sophie Bernard ».

Autre gémissement.

Puis : « Je suis psychologue ».

Gémissement.

J'attends. Elle n'ouvre toujours pas les yeux. Je lui dis alors, « je vais rester quelques instants avec vous », gémissement.

Je m'en vais chercher une chaise dans sa chambre, accompagnée de gémissements et m'installe près de son lit.

Le bruit que fait la chaise quand je la pose au sol génère encore une fois de sa part un gémissement.

J'attends ...

Puis lui dit : « Je suis là, je vous écoute ».

Elle produit alors un gémissement dont la fin me fait penser au signifiant « maman ».

Je sanctionne alors « Maman ? ».

Longue série de gémissements que j'écoute en silence, puis elle énonce clairement « maman ! », que je sanctionne par « Elle est celle que l'on appelle, n'est-ce pas ? », Gémissements.

Puis, je continue en lui disant, « Elle est celle que l'on appelle quand on est dans la détresse. Vous n'êtes pas toute seule dans votre détresse, Mme J. ! ».

Gémissement, puis encore une fois « Maman ! », sur lequel j'émet une scansion « Mmmmm ».

Puis j'attends ... Elle émet moins de gémissement.

Au bout d'un moment, pensant qu'on n'irait pas plus loin aujourd'hui, je me décide à la quitter.

Je me lève et lui dis « Je vais vous laisser maintenant, mais je reviendrais, parce que c'est important. ».

Gémissements renouvelés en force, jusqu'au moment où je ferme la porte de sa chambre.

Pendant tout ce temps elle n'aura pas ouvert les yeux une seule fois.

Quelques jours plus tard, je reste interdite en entendant l'équipe parler de Mme J.

Elle est assise dans son lit et échange avec l'équipe : elle *demande*. Des *demandes insistantes* que pour l'heure les soignants acceptent d'entendre et tentent d'y répondre au mieux.

Je les préviens quand même sur les risques d'usure que de telles tentatives d'appétences relationnelles risquent d'engendrer chez eux.

Après sa mort, ils me diront qu'effectivement, c'était le risque, ils l'ont senti.

Je vais rencontrer Mme J. et reste effectivement étonnée du changement.

Elle est assise dans son lit, tellement frêle, mais cette fois, elle me regarde.

Je me représente. Quels souvenirs peut-elle avoir de notre première rencontre ? Et je lui demande si je peux rester.

Elle accepte ma présence et me *demande* de lui donner de l'eau.

Je ne vois pas de verre, ni d'eau. Je me demande alors si elle peut boire sans risque de fausse route.

Elle insiste.

Puis je me rends compte quelle position elle cherche à me faire occuper et lui réponds alors, « je vais prévenir les soignants pour qu'ils vous donnent de l'eau ».

Elle s'adosse à son lit, épuisée, et ferme les yeux, je lui propose de revenir la voir plus tard, ce qu'elle accepte.

En partant, je me demande ce qui a bien pu se passer pour qu'elle sorte de cet état d'abandon gémissant.

Est-ce l'appel à la mère et la réponse, authentifiante, que je lui ai donné qui a restauré cette fonction symbolique vacillante, la remettant sur les rails du désir et de la demande ?

A.2 Analyse et commentaires

MUTISME ET GEMISSEMENT

LE MUTISME FACE A LA MORT

« C'est là dans l'occasion, dans le fantasme humain qui est fantasme de lui, et qui n'est plus qu'une ombre ; c'est là que le sujet maintient son existence, maintient le voile qui fait qu'il peut continuer d'être un sujet qui parle. »⁴⁶²

En ce sens le mutisme s'installe de la disparition du fantasme, le sujet ne pouvant plus s'y inscrire d'être sans recours de l'imaginaire, hors désir.

C'est ainsi que s'inscrit Mme J. alors même que son dossier indiquait la présence d'un désir qui œuvrait dans ses demandes. Mais cela n'a pas tenu.

A son arrivée dans l'USP, Mme J. s'est présentée comme ne pouvant plus être sujet qui parle. Le fantasme dans lequel était pris son désir n'étant plus opérant.

Quel a été cet événement faisant basculer sa position de sujet parlant en sujet mutique ? Est-ce l'entrée annoncée en soins palliatifs ? Est-ce l'usure des soignants devant ses demandes insistantes ?

En tout état de cause, être mutique⁴⁶³ engage le sujet dans un danger de mort, comme le montre un conte de Grimm.

Mourir, de ne plus faire passer la demande et le désir par la chaîne signifiante. Se mettre hors du symbolique par le mutisme, c'est occuper une position de mort. C'est là le danger du vacillement de la fonction symbolique à l'approche de la mort, par où être sans recours

⁴⁶² Lacan, J., (1958-1959), *Le Séminaire 6, Le désir et son interprétation*, inédit, p. 105.

⁴⁶³ Freud, S., (1913), *Le motif du choix des trois coffrets*, in *L'inquiétante étrangeté et autres textes*, Paris Gallimard, p. 169.

introduit le sujet dans une position entre-deux-morts, face à un être-pour-la-mort qui apparaît inassumable d'être sans le voile du prestige.

Ainsi, le mutisme apparaît sous la forme d'un « pas grand-chose à dire de plus que la mort qu'on attend », ou, pour le cas de Mme J., sous la forme du gémissement, forme de réduction à l'extrême du signifiant qui ne s'articule plus.

MAMAN, L'APPEL A L'AUTRE

Le signifiant « Maman », énoncé sous la forme de l'appel, apparaît de manière récurrente dans les situations de fin de vie.

Ce n'est pas le père qui s'y trouve appelé, comme cela a pu être le cas de C. Millot alors qu'elle se sentait happée par le vide de la déréliction, s'accrochant au nom-du-père pour trouver un arrimage de son être en dérive. Ceci dit dans sa situation, la mort n'était pas présente de manière réelle.

Ce n'est pas le père mais la figure maternelle, première manifestation de la figure de l'Autre, qui se trouve convoquée dans cet appel. Ce qui indique combien la mort précipite le sujet dans l'infantile.

Est-ce de revivre cet état *Hilflos* qui conduit le sujet à produire cet appel à celle qui par essence répond aux nécessités *vitales* du nourrisson ?

Appeler l'Autre par le biais de la mère n'est-il pas un moyen de le convoquer dans ce qu'il peut avoir de bienveillant ?⁴⁶⁴

La figure maternelle est toujours très étroitement liée à la mort elle-même. Ainsi, en Orient, « les grandes divinités maternelles (...) paraissent avoir été toutes aussi bien des génitrices que des destructrices, aussi bien des déesses de la vie et de la fécondation que des déesses de la mort »⁴⁶⁵. C'est donc de la bienveillance que le sujet convoque dans cet appel à la mère avec ce risque que ce

⁴⁶⁴ Ce n'est pas ce que traduit la réponse de Mr F. Cf. p. 357.

⁴⁶⁵ Freud, S. (1913), *Le motif du choix des trois coffrets*, in *L'inquiétante étrangeté et autres textes*, Paris Gallimard, p. 181.

soit sous un autre versant qu'elle se présente, puisque celle-ci peut aussi, comme les Moires, voir son visage changer de la donneuse de vie, Clotho, à celle qui en déroule le cours, Lachésis, pour finir par prendre cette figure de mort qu'est Atropos.

Freud inscrit la mère en ce sens lorsqu'il s'adresse à Fliess à propos de l'*Unheimlich* en 1899 : « *Unheimlich quand les mères vacillent, elles qui sont seules à se tenir encore entre nous et la dissolution* »⁴⁶⁶. J.-B. Pontalis commentera cela en disant que « *Ainsi se trouvent associés et comme condensés dans Das Unheimliche la mère qui, ne tenant plus, de donneuse de vie se mue en annonciatrice de mort, la sienne et la nôtre* »⁴⁶⁷. Ne plus tenir, au sens de ce vacillement du symbolique par l'approche de la mort réelle.

L'état *Hilflos* dans lequel se trouve plongé le sujet à l'approche de sa mort annoncée le conduit à en passer par l'appel à l'Autre afin de restaurer cette fonction symbolique rendue vacillante. Tout dépendra de la réponse qu'il en recevra.

Si l'Autre reste mutique, c'est-à-dire se présente sous la figure maternelle destructrice d'Atropos, et ne soutient pas l'appel du sujet par une réponse qui y engage son désir, alors le sujet d'être sans recours du désir de l'Autre et sans appui imaginaire, basculera dans cet état entre-deux-morts, rendu mutique lui-même et par où le temps se suspend à l'attente que la mort se réalise.

En ce sens appeler la mère dans la confrontation à la mort, c'est prendre le risque d'appeler la mort elle-même dans une tentative de restaurer la fonction symbolique vacillante.

S'APPUYER SUR LE DESIR DE L'AUTRE

Cependant, si la réponse de l'Autre engage son désir, s'ouvre alors pour le sujet une possibilité d'y inscrire le sien.

C'est ce qui s'est produit pour Mme J.

⁴⁶⁶ Freud, S. (1919), *Préface*, de J.-B. Pontalis, in *Das Unheimliche, und andere Texte*, Paris Payot, p. 14.

⁴⁶⁷ Freud, S. (1919), *Ibid.*

Elle m'adresse ce gémissement dans lequel je pense, peut-être à tort, percevoir le signifiant « maman » que je lui restitue.

De deux choses l'une, ou bien elle m'a effectivement adressé ce signifiant « maman », ou bien, j'ai mal perçu son gémissement. Mais au moment où je le lui ai restitué, elle se l'est appropriée pour me l'adresser.

Dans les deux cas, elle m'adresse effectivement quelque chose, soit spontanément dans le premier cas, indiquant par là la position symbolique qu'elle me reconnaît car elle m'adresse le signifiant d'appel à l'Autre qui appartient proprement à la situation de détresse.

Soit, elle prend appui sur ce que je lui restitue, auquel cas elle tente de répondre à ce qu'elle suppose être mon propre désir à son égard.

C'est ce qui la conduira à cette sortie du mutisme.

LA SORTIE DU MUTISME ET L'ENTREE DANS LA DEMANDE

Cette sortie du mutisme et cette entrée dans la demande sont occasionnées par cet appel « maman » qui a reçu une réponse authentifiante. C'est-à-dire qui authentifie la présence encore-là du désir de l'Autre à l'égard du sujet.

Sanctionner son gémissement par ce signifiant ouvre au sujet la possibilité d'y entendre l'énoncé de mon désir le concernant et lui permet de s'y inscrire en tant qu'il se fait le soutien de mon désir.

Cela suppose que le clinicien ne fasse pas le mort sur son désir de manière à ce que le sujet vienne s'y inscrire.

Dans la cure analytique, l'analyste se doit de faire le mort sur son désir afin que le sujet, par le dépouillement narcissique réalisé dans le cadre sécurisé de la cure, accède et assume son être-pour-la-mort, en tant que la mort y est entendue de prestige.

Cependant, dans la clinique propre à la fin de vie annoncée, le clinicien doit avoir cette démarche contraire de ne pas faire le mort sur son désir devant une position subjective hystérisée afin de laisser au sujet la possibilité d'y accrocher le sien propre.

Il ne s'agit pas d'occuper une place subjective de maître absolu, en faisant le mort sur son désir, venant redoubler ainsi le mutisme de la fonction symbolique vacillante, mais de venir soutenir ce qui vacille en présentant, d'une position symbolique assumée, un désir entendu dans sa bienveillance, sur lequel le sujet puisse inscrire le sien, restaurant pour le même coup imaginaire et symbolique évanescents.

C'est d'avoir entendu ce désir sur lequel elle puisse y inscrire le sien qui produit cette sortie du mutisme de Mme J. et l'engage à nouveau dans ses demandes insistantes qu'elle adresse à l'Autre incarné dans les soignants de l'équipe de soins palliatifs qui la prend en charge.

Ces demandes se déclinent sous une certaine forme et mettant en jeu la dimension orale ainsi que l'appétence relationnelle, telle que De M'Uzan l'a par ailleurs dépliée.

LES DEMANDES DE MME J.

L'ORALITE

Les demandes de Mme J. mettent en jeu la question de l'oralité.

Cette première remarque lue dans son dossier médical traduit bien, non seulement, l'objet pris dans la demande mais aussi de quelle manière les demandes de Mme J. sont reçues par le personnel soignant ; « *beaucoup de mal par rapport aux repas* ».

D'avoir interrogé l'équipe à ce sujet, il s'avère que les demandes de Mme J. sont insistantes et exigeantes, mettant en demeure les soignants de répondre à ce qu'elle attend.

Ces demandes sont essentiellement tournées vers la nourriture et la boisson.

Ces demandes traduisent, non pas la simple satisfaction des besoins liés à la conservation mais font intervenir la dimension du désir de l'Autre liée à cette fonction fondamentale du nourrissage. Ce qui montre le lien à la mère encore présent dans ses demandes insistantes et exigeantes telles qu'on peut les repérer chez l'enfant.

Cette demande, elle me l'a également adressée, au moment où elle me réclamait de l'eau. Le reconnaissant comme tel, j'ai fait ce choix de ne pas y répondre mais de l'orienter vers les soignants afin de garder une position symbolique efficiente et de ne pas m'engager sur les voies imaginaires de son propre fantasme. Cependant, je n'ai pas pu prendre la mesure de cet effet, Mme J. étant décédée quelques jours plus tard.

L'APPETENCE RELATIONNELLE

Ces demandes réitérées et insistantes n'avaient parfois pas d'autres fonctions que de maintenir les soignants en présence dans la chambre.

Ce phénomène, désigné sous les termes de l'appétence relationnelle, engage une tentative pour le sujet de maintenir le lien à l'Autre.

Cependant, les équipes perçoivent très mal cette attitude, estimant que les demandes qu'elles reçoivent sont infondées et capricieuses, les empêchant de se sentir utiles en répondant à des besoins qu'elles estiment justifiées, à savoir le soulagement de la douleur, et autres symptômes liés à la fin de vie.

Cette appétence relationnelle conduit généralement les équipes à un phénomène d'usure par où elles ne supportent plus d'entendre les demandes répétées et finissent par ne plus y répondre, fuyant la chambre.

Alors même que répondre à ces demandes fait partie de cette démarche d'accompagnement, au sens où elles viennent répondre du côté de la bienveillance de l'Autre réclamée par le sujet au travers de cette appétence relationnelle qui est forme de demande d'amour.

Ces diverses demandes sont le signe d'une restauration, non seulement de la fonction symbolique, mais aussi de la fonction imaginaire, au sens où le sujet se réinscrit dans le fantasme fondamental par où il y a demande d'amour et de reconnaissance de l'Autre.

Répondre à ses demandes sans faillir est alors un moyen pour donner une assise à cette fonction symbolique vacillante et permettre au sujet de maintenir une dialectique du désir qui puisse le soutenir à l'approche de sa propre mort.

B Mr F.

B.1 « Qui est en colère et pourquoi ? »

COLERE ET DESESPOIR

Je rencontre Mr F. vers la fin du mois de novembre.

Il est hospitalisé dans l'unité de soins palliatifs, en raison d'une néoplasie de la vessie, découverte en septembre de la même année.

Son cancer s'est métastasé dans les vertèbres et une localisation apparaît dans le cerveau.

Il a 70 ans.

Il se trouve dans une petite chambre, sans téléviseur.

Le passage au tout numérique et à la haute définition de cet été a conduit l'agence, gérant tout ce qui touche à la télévision dans l'institution, à remplacer les vieux modèles par des écrans plats dernière génération.

Cependant, la chambre de Mr F. en est dépourvue car il ne s'y trouvait aucun support sur lequel accrocher cette fenêtre sur l'imaginaire.

Au moment d'entrer dans sa chambre, je me sens agressée par une forte odeur d'urine, rendue nauséabonde par l'hématurie, qui semble saturer la pièce et donner une présence réelle au cancer qui le ronge.

Le Montauban, ouvert, trônant dans le milieu de la chambre, tout en étant accolé à son lit, prenait tout le reste de l'espace exigüe, renvoyant ce qu'il en est de la préoccupation des soignants à l'égard de Mr F.

Il est allongé dans son lit, légèrement recroquevillé sur lui-même et se tournant vers le mur opposé à la porte.

Je lui demande comment il va :

- « Doucement » me répond-il, puis il se met à râler après son matelas : « je ne comprends pas qu'on me laisse avec un matelas comme ça ! ». Il manifeste une forme de colère contenue, puis se met à pleurer : « Pourquoi ça m'arrive, je n'ai rien fait, rien fait de mal, rien, pourquoi ? ». Silence. Je lui demande alors :
- « Vous avez le sentiment que ça s'acharne ? »
- « S'acharner, oui ... Pourquoi moi ? », silence. Ne sachant comment relancer sa parole, je lui demande :
- « ça dure depuis longtemps ? »,
- « depuis longtemps ? Non, ça a eu un début, un commencement », silence.
- « Quel est ce début ? »
- « quand je suis tombé malade !! »,
- « Il y a combien de temps ? »,
- « un mois. ... Pourquoi ?... », reprend-il en manifestant une grande détresse, se repliant sur lui-même et pleurant.
- « Qu'est-ce qu'on vous a dit il y a un mois à propos de votre maladie ? »
- « ce qu'on m'a dit ? Je ne sais pas ! Je n'ai pas compris ». Puis il répète cette question qui signe la présence d'une énigme : « Pourquoi ? Pourquoi moi ? Je n'ai rien fait, rien fait ... »

UN GEMISSEMENT : MAMAN

Le surlendemain, alors que j'étais dans mon bureau, j'entends une sorte de gémissement grave, étouffé. Tendait l'oreille, je m'aperçois qu'il s'agit d'une voix d'homme qui appelle : « Maman Maman ma maman ... ».

Je me dirige vers cette voix et me rends compte qu'elle sort de la chambre de Mr F.

Le service est désert. Les soignants sont à leur pause déjeunée ou se préparent à la transmission qui ne va pas tarder. Il n'y a personne pour répondre à cet appel, et celui-ci persiste.

J'entre donc dans sa chambre dont la porte est grande ouverte. Quand il me voit Mr F. accueille ma présence en s'asseyant sur le bord de son lit et en me disant vivement, comme un enfant avide de sucrerie, « Ah ! Je veux mon gâteau ... vous m'apportez mon gâteau !?! ».

Interloquée, je lui réponds, peut-être un peu trop vite, que je ne peux pas lui apporter de gâteau.

Déçu, il se recouche en me disant « Biensûr vous ne pouvez pas m'apporter de gâteau ».

Il se met à pleurer et me dit « Ce n'est pas grave, laissez tomber. ».

Je lui réponds aussitôt qu'il n'est pas question pour moi de laisser tomber et lui demande si je peux rester, ce qu'il accepte.

Il se tourne vers le mur, recroquevillé sur lui-même et m'adresse un discours que je ne parviens pas à bien comprendre car il est pris dans les mailles d'un sanglot qui me semble inconsolable.

« Maman » parviens-je à comprendre, « Maman ... Pourquoi on me fait ça à moi ? J'ai rien fait ... Maman ».

Je lui demande s'il appelle sa mère pour qu'elle le console.

« Non, pas avec ce que j'ai appris d'elle ». Je lui demande de m'en dire plus mais ma question reste lettre morte.

Il s'apaise un moment puis la douleur revient, « c'est dur, ... c'est dur » dit-il.

Je me lève alors et me penche vers lui en lui disant « Oui, c'est dur, mais vous n'êtes pas tout seul, je suis là ».

Il se tait puis semble se détendre. Au bout d'un moment, je quitte la pièce, en lui disant que je le laisse se reposer mais que je reviendrai plus tard.

« J'Y ARRIVERAIS PEUT-ETRE ? »

La semaine suivante, il m'accueille en me disant « je n'ai rien à dire, rien », ferme les yeux et se met à pleurer.

Je lui réponds, « il est difficile d'en dire quelque chose, je le sais ».

Il est recroquevillé sur lui-même et, plissant toujours les yeux, murmure :

- « j'y arriverais peut-être !? ».
- « Oui », lui répondis-je vivement, « Oui, j'en suis sûre. Vous y arriverez ! ».

Il s'apaise et au bout d'un moment je lui dis que je le laisse se reposer et que je reviendrai le voir. Il ne me répond pas.

Le lendemain, au staff, j'entends l'équipe dire que Mr F. va mieux. Il pleure moins, mais il s'interroge tout de même sur les raisons de ces pleurs le matin.

La nouveauté, c'est qu'il interroge l'équipe : « Pourquoi est-ce que j'ai ces escarres ? ». La question se pose toujours pour lui, mais sous une autre forme et une autre adresse. La réponse, il l'attend du côté de l'autre.

« JE NE SAIS PAS A QUELLE SAUCE ... »

Lors de notre rencontre suivante, je reste surprise quand je découvre Mr F. assis sur sa chaise et non plus recroquevillé dans son lit.

Il m'accueille avec un grand sourire et je me surprends à éprouver du plaisir à le voir aller mieux.

Il a changé de chambre.

Devant le constat d'une amélioration de son état psychique, il a été décidé par l'équipe de procéder à ce changement afin qu'il ait accès à la télévision.

Plongé dans le désarroi, cette question ne se posait pas, comme s'il était la proie d'une désertification de l'imaginaire.

Maintenant qu'il va mieux et ouvre son monde à la présence de l'autre, l'accès à l'imaginaire et au divertissement semble prendre de l'importance pour les autres.

L'interrogation suspendue à l'énigme qui l'animait n'apparaît plus.

Il est disert dans son discours me disant qu'il aimerait bien partir, aller boire un verre au café du coin. J'apprendrais plus tard que Mr F. a tendance à déambuler dans le service.

Il a été retrouvé dans le grenier ainsi que sur le parking en pleine nuit.

Puis ce discours étonnant :

- « je ne sais pas à quelle sauce ... je ne sais pas à quelle sauce je vais m'y prendre » me dit-il en me souriant.
- « A quelle sauce ? »,
- « Oui, à quelle sauce ! ». Disant cela, il tente de couvrir son pied avec le drap de son lit comme s'il tentait d'enfiler une chaussure. « Ha ! C'est embêtant ça, j'ai abîmé mes chaussures et je ne sais pas à quelle sauce ... », il s'arrête et me lance « je suis un drôle de mec, hein ? »,
- « Un drôle de mec ? »,
- « Quoi, vous pensez que je suis un drôle de mec ? ».

Sentant que je risquais de ne pas me sortir de ce discours qui me faisait penser à un sketch comique, je le renvoie alors à ce qu'il dit lui-même et lui demande pourquoi il pense être un drôle de mec :

- « je fais des jeux de mots. C'est bien les jeux de mots. J'ai envie de sortir, mais je ne sais pas à quelle sauce sera le temps ! ».

« Je ne sais pas à quelle sauce », témoigne de ce résidu d'énigme qui persiste et s'inscrit dans le non savoir. « A quelle sauce » renvoie à cette sauce dont on va être mangé, au travers de

laquelle s'énonce la mort qui s'élide dans l'expression rendue incomplète par la disparition du signifiant « mangé » : « je ne sais pas à quelle sauce ... sera le temps ».

On voit là une tentative du sujet pour se saisir de la mort par le jeu signifiant ; par le jeu de mots.

« SAVOIR QUI EST EN COLERE ET POURQUOI ! »

Quelques jours plus tard, alors que je rencontrais ma stagiaire dans le cadre de son suivi de stage de psychologie de Master première année, elle me rapporte le fantasme suivant construit par Mr F. :

Il lui parle d'un « jeu (*je ?*) pour égayer tout ça ».

« Ça se passe dans un « bar mal famé ». Une fille y prendrait le rôle de serveuse qui irait travailler dans ce bar afin de repérer la nature de l'ambiance. Il y aurait d'autres gens, des militaires qui y viendraient en espions dans la même intention.

C'est plus dur avec les civils car ils n'ont pas de feuilles de route mais des « feuilles de choux » sur lesquelles ils écrivent les questions et les réponses.

Lui-même se trouverait au fond du bar où il essuie les verres.

Mais, il n'intervient pas dans la scène. Il y est en tant que spectateur.

Le but du jeu est de regrouper les impressions « pour apporter une réponse à l'énigme de savoir *qui est en colère et pourquoi* ». ».

Mais il est dans l'empêchement de faire ce jeu parce que les autres patients ne veulent pas le faire et que lui-même a une sciatique qui l'empêche de bouger. Il *est empêché* dans la quête d'une réponse à l'énigme de son destin.

MELANCOLIE ET MORT

Un projet de retour à domicile se construit, porté par le désir de Mr F. Cependant son épouse s'y oppose, argumentant le fait qu'elle ne peut assumer le retour de son mari chez elle du fait d'une vilaine entorse qu'elle s'est faite sur le parking de l'Hôpital.

En effet, elle se déplace en béquille et porte une attelle.

Ce qui semble à première vue un argument raisonnable, s'avérera par la suite prétexte à s'opposer au retour de son époux.

L'équipe s'en rend compte, et Mr F. également. Elle fuit son mari et ses questions.

L'équipe organise une rencontre « forcée » afin de faire entendre à Mme F. le désir de son mari mais elle y répondra par la négative, devant lui.

Cet événement a eu pour effet de replonger Mr F. dans un état mélancolique.

Il décéda peu de temps après.

B.2 Analyse et commentaires

« Je ne comprends pas qu'on me laisse avec un matelas comme ça ! ».

Dès le premier moment de notre rencontre, la problématique est posée : l'énigme qu'il ressent devant l'abandon dont il est l'objet et qui s'énonce par ce « je ne comprends pas qu'on me laisse (...) comme ça ». Il râle, forme de colère contenue devant cet abandon énigmatique qui s'énonce de manière détournée, sur l'objet du matelas.

Puis, viennent les pleurs et le sentiment d'injustice « Pourquoi ça m'arrive, je n'ai rien fait de mal ! » qui pointe l'idée du châtement dont il serait l'objet, amorce du fantasme fondamental sur lequel il pourrait s'inscrire.

Ce sentiment d'être l'objet d'un châtement démontre que l'Autre persiste dans sa présence auprès du sujet, même si cette présence n'absout pas son être mais le châtie⁴⁶⁸. Le châtement se présente alors comme modalité de persistance du désir de l'Autre, même s'il se décline sous forme de malveillance. Au-delà du fait que l'Autre lui veuille du mal, ce qui importe, c'est qu'il lui veuille encore quelque chose. La fonction symbolique supportée par l'Autre reste efficiente.

Mais l'énigme persiste. Il n'y a pas de réponse à ce qui motive le châtement.

Il ne parle pas de mort, ni de maladie. C'est moi qui le conduis à l'énoncer par mes questions, qui traduisent aussi bien mon propre désarroi devant le sien.

Rien de la maladie ne semble pouvoir être compris par Mr F. C'est tout simplement hors sens. Des liens ne se font pas pour que se constitue un savoir. L'énigme demeure et au fond, c'est cette énigme, qui est ce mode en mi-dire sous lequel se manifeste la vérité du sujet⁴⁶⁹, qui met en souffrance le moi⁴⁷⁰ face à cette malveillance dont il se fait l'objet nécessaire afin de survivre.

⁴⁶⁸ Lacan, J., (1953), *Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse*, in *Ecrits*, Paris, Seuil.

⁴⁶⁹ Lacan, J., (1969-1970), *Le séminaire, Livre 17, L'envers de la psychanalyse*, Paris, Seuil.

⁴⁷⁰ Freud, S., (1923), *Le moi et le ça*, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.

Puis vient ce gémissement qui est un appel étouffé : Maman. La mère, encore une fois⁴⁷¹, se fait convoquer à l'approche de la mort face à cette énigme du châtement dont il se sent vaguement l'objet.

Il réclame un gâteau, comme un enfant et se trouve déçu que je ne le lui apporte pas.

Comme si ma réponse de ne pouvoir le faire, empêchait tout autre de le faire à ma place.

Au fond, j'ai répondu à sa demande de cette position de mère, d'Autre.

Ce gâteau, encore une fois⁴⁷², renvoie à l'infantile et au rapport du sujet à la mère nourricière. Tout cela semble bien proche du contexte déjà vécu de la déréliction constitutive de la naissance du sujet en tant que tel.

Il appelle Maman, lui demandant de lui apporter une réponse sur les raisons de son sort. Cet appel infantile à la mère est une convocation⁴⁷³ produite par le moi en souffrance dans une tentative de faire basculer le désir de l'Autre de la malveillance énigmatique en bienveillante protection. Pour cela, il en passe par une demande soutenue par le besoin de conservation, ce gâteau qu'il réclame à la mère et dont il attend qu'elle ne lui fasse pas défaut dans la réponse à sa demande⁴⁷⁴.

Je lui demande s'il cherche à se faire consoler par elle. Il m'énonce alors cette étonnante réponse « Non, pas avec ce que j'ai appris d'elle ». Il n'en dira pas plus.

Le risque, en effet, est que la mère venant soutenir la fonction symbolique de l'Autre, se présente non pas sous les traits mythiques de l'une des Parques, Clotho, celle qui donne la vie, celle qui pourrait le consoler en ne lui faisant pas défaut dans sa réponse à sa demande, mais sous ceux d'Atropos⁴⁷⁵ ; n'est-ce pas là ce dont il a appris d'elle, justement, lui qui est si proche de la mort ?

Et puis, je m'autorise à intervenir dans ce désarroi de l'être, « Vous n'êtes pas tout seul, je suis là » comme tentative de maintenir en place ce qui semble se disloquer : le symbolique.

⁴⁷¹ Cf. Mme J.

⁴⁷² Cf. Mme J.

⁴⁷³ Freud, S., (1925), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF.

⁴⁷⁴ Ibid.

⁴⁷⁵ Freud, S., (1913), *Le motif du choix des trois coffrets*, in *L'inquiétante étrangeté et autres textes*, Paris, Gallimard.

Il semble s'apaiser et je le quitte en lui assurant que je reviendrais, forme de mise en acte du *Fort-Da*.

Enfin, ce murmure timide que je parviens à saisir, plus affirmation de l'être que véritable question : « J'y arriverais peut-être ?!? ». Et là encore j'interviens, quittant ma réserve, pour soutenir cette affirmation.

S'ensuivent un nouvel apaisement et une modification de sa position subjective en ce sens qu'il est encore face à l'énigme de son destin mais tout en mettant en œuvre ses moyens imaginaires pour tenter d'y apporter une réponse, qu'il situe au champ de l'autre.

Enfin, apparaissent deux modes d'approche du réel énigmatique, d'une part, le jeu de mots, et d'autre part, « le jeu pour égayer tout ça », qui sont finalement deux modes d'expression du je.

LE JEU DE MOTS

« Je ne sais pas à quelle sauce... Je ne sais pas à quelle sauce je vais m'y prendre ! ».

« *Je ne sais pas* », la chose est hors savoir et ne peut se saisir comme vérité que dans une forme d'ignorance. Mr F. se saisit d'une expression populaire pour rendre compte de cette énigme qui l'habite. Ce « *Je ne sais pas* » se soutient de la censure qui élude le fin mot de l'expression « *ne pas savoir à quelle sauce on sera mangé* » qui signifie « *ne pas savoir quel sort nous attend, ce qui sera décidé à notre sujet* » inscrivant le sujet dans une dépendance à la décision, au désir de l'Autre à son égard. Le sort attendu ayant trait au destin, dont l'issue, dans l'absolu, se trouve dans la mort. Manger s'élude alors de faire un renvoi de signification de la dévoration sur la mort.

Puis la formule s'élabore et laisse apparaître de nouvelles données : « Ah ! C'est embêtant ça ! J'ai abîmé mes chaussures et je ne sais pas à quelle sauce ... », me dit-il en tentant d'enfiler son drap sur son pied nu.

« J'ai abîmé mes chaussures ». Ce qui est bien embêtant dans son histoire en effet, c'est que quelque chose se soit abîmé. Au-delà du pied nu qui le renvoie à ses chaussures absentes de la pièce⁴⁷⁶ et qu'il tente en vain de remplacer par le drap dans une forme de déplacement métaphorique⁴⁷⁷ réalisé dans le réel, c'est son être qui s'abîme, tout autant dans le sens du corps esquiné par le cancer qui avance, que dans celui de la plongée vertigineuse de l'être dans l'abîme ouvert par la proximité de la mort.

Il s'abîme lui-même en tant que sujet à l'approche de ce désir de l'Autre rendu énigmatique de n'être plus que mutisme.

Il s'arrête alors et me lance « Je suis un drôle de mec, hein ? ».

Je répète, dans une relance, « *Un drôle de mec ?* », ce à quoi il me répond, me renvoyant un sentiment de comique, « *Quoi, vous pensez que je suis un drôle de mec ?* ».

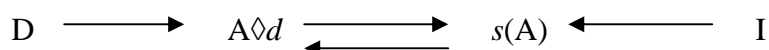
⁴⁷⁶ Ruse de l'équipe pour qu'il n'aille pas déambuler dans le parking.

⁴⁷⁷ La similitude pouvant s'entendre dans le fait que le drap couvre le corps comme le fait une chaussure pour le pied.

Il m'interroge, il interroge l'Autre que je viens incarner là le temps de son énonciation. Il veut que j'authentifie quelque chose mais je le relance et il produit ce retournement du discours par où il m'accorde l'énonciation de son énoncé. Il m'attribue en tant qu'Autre ce discours qui est le sien, cette vérité issue de son inconscient : 'je suis un drôle de mec', drôle au sens où il fait des jeux de mots. Et, c'est effectivement ce que révèle sa réponse lorsque je lui demande pourquoi il pense être un drôle de mec : « *je fais des jeux de mots. C'est bien les jeux de mots. J'ai envie de sortir, mais je ne sais pas à quelle sauce sera le temps !* ».

Or le jeu de mots, ou encore le mot d'esprit, a un rôle certain dans l'économie psychique et la dialectique du désir, tel que Lacan l'élabore lors de son séminaire sur les formations de l'inconscient en 1957.

Il y produit cette formule qui concerne le trait d'esprit en tant que s'y joue un certain rapport fondamental du désir avec la demande :



Le grand Autre, y est « *le témoin auquel le sujet se réfère dans son rapport avec un petit a quelconque, comme étant le lieu de la parole.* »⁴⁷⁸

C'est ainsi que Mr F. me situe, dans ce moment précis de sa parole, et par ce renversement de son discours, dont il m'adresse l'énonciation en tant que je représente le grand Autre, en tant que lieu de sa parole.

Mais le mot d'esprit au-delà du fait qu'il soit un moyen pour le sujet de réarticuler ce qu'il en est de la demande et du désir, c'est-à-dire comme tentative de restaurer de manière efficiente la fonction symbolique, a aussi cette autre fonction que Lacan précise dans le cadre de son analyse de l'oubli du nom Signorelli.

En effet, « (...) *la parole ici retranchée [dans l'oubli du nom Signorelli], pouvait-elle ne pas s'éteindre devant l'être-pour-la-mort, quand elle s'en serait approchée à un niveau où seul le mot d'esprit est encore viable (...).* »⁴⁷⁹

⁴⁷⁸ Lacan, J. (1957-1957), *le séminaire livre 5, les formations de l'inconscient*, Paris, Seuil, p. 312.

⁴⁷⁹ Lacan, J., (1954), *Introduction au commentaire de Jean Hyppolite sur la « Verneinung » de Freud*, in *Ecrits*, Paris, Seuil, p. 380.

La parole s'éteint, devient mutique ou gémissement, devant l'être-pour-la-mort à moins d'en passer par le trait d'esprit, dirait Freud, le jeu (je) de mots dirait Mr F. et de s'en ressentir un drôle de mec, mais un mec quand même.

C'est-à-dire que c'est d'en passer par le jeu de mots que le sujet continue d'être en tant que sujet, en ce sens qu'il parvient à y réarticuler le jeu dialectique de la demande et du désir à l'approche de la mort.

MISE EN SCENE D'UN FANTASME

Ce fantasme du « bar malfamé » est conçu par le sujet comme un « jeu pour égayer tout ça ».

Il s'agit pour lui de divertir. Une distraction qui ne semble pas l'englober lui-même puisque l'objet de cet égaiement est « tout ça ». Ce « tout ça » renvoie à sa situation d'énigme pour laquelle il ne saurait trouver de réponse. Ne s'agit-il pas au fond pour lui de divertir l'Autre ?

La création de ce fantasme inscrirait l'Autre comme témoin de ce qui s'y joue entre lui et cette énigme qu'il parviendra à énoncer au terme de son discours. La présence de l'Autre se laisse pressentir sans se laisser appréhender par le signifiant ; il ne se nomme pas.

Ce qui est produit pour égayer, divertir, se passe dans un bar malfamé, ce qui en soi ne peut que conduire à générer l'angoisse plus que le divertissement.

Une fille irait prendre le rôle de serveuse. On peut y voir l'effet du transfert en œuvre entre Mr F. et la stagiaire de psychologie. Cette 'fille' s'inscrit dans le fantasme de Mr Fo. dans le but 'd'espionner', comme les 'militaires', ce qui s'y passe, lui-même n'ayant qu'une position de spectateur, derrière le bar, en train d'essuyer les verres.

Cette position passive du sujet, au regard du fantasme lui-même, se retrouve dans le fantasme 'on bat un enfant'. Le sujet s'y situe en tant que spectateur de ce que le Père le batte lui-même sous la forme inversée que ce soit un autre qui batte d'autres enfants. Par là se trouvent en présence mais à distance, non seulement l'Autre mais aussi le sujet.

Dans son fantasme, il s'agit au fond de « savoir », c'est là le fond de l'énigme, « qui est en colère et pourquoi ! ».

Le champ du savoir, chez le sujet, recouvre donc cette réponse à apporter à l'énigme de savoir « qui » est en colère et surtout « pourquoi » et non pas une vague information médicale apportée sur la maladie qui le touche.

Le sujet ressent la menace vitale qui pèse sur lui comme le résultat d'une colère dirigée contre lui, sans parvenir à pointer de qui cela provient et pour quelle raison. L'énigme portant sur la raison de cette colère n'est pas nouvelle pour Mr F. ; puisqu'elle apparaissait dès le début de nos rencontres sous la forme du « pourquoi moi, je n'ai rien fait de mal ». Cependant la nouveauté est portée par la volonté de connaître l'identité de celui qui est ainsi en colère contre lui.

L'identité de celui qui est en colère reste mystérieuse pour lui. Il ne parvient pas à donner corps à cette volonté nébuleuse qui le concerne directement.

Cependant il y a un désir qui est en œuvre. Et c'est ce qui est salvateur pour le sujet. C'est un désir emprunt de colère et qui ne lui veut pas forcément du bien, mais ça lui veut quand même quelque chose.

En ce sens, la fonction symbolique se maintient au travers de ce fantasme qui met en scène un être mystérieux et en colère, pour des raisons toutes aussi mystérieuses, contre lui.

On voit là, par le jeu du signifiant mais aussi par ce jeu de l'imaginaire, une tentative du sujet de restaurer la fonction symbolique vacillante en inscrivant dans le fantasme un désir malveillant à son égard, sur lequel il peut s'inscrire dans un essai de résolution de l'énigme posée par l'approche de la mort réelle.

LA CHUTE DU SUJET

Cependant, cette tentative réussie du sujet de maintenir en œuvre la fonction symbolique au travers de la dialectique du désir ne tiendra pas dès que le désir mis en jeu par son épouse lui révélera une forme d'abandon.

A s'opposer à son retour désiré chez lui, elle lui signifiera, à son insu, une forme d'abandon qui a *peut-être* résonné dans une forme d'identification de l'Autre au travers de son épouse. Il a *peut-être* su qui était en colère et voulait l'abandonner ainsi, le plongeant dans un état mélancolique entre-deux-morts, la seconde mort survenant peu de temps plus tard.

Mais ce n'est là que spéculation.

Conclusion

Interpelée par ce qui s'offrait à moi dans l'appréhension de cette clinique du réel, par le biais de l'annonce de mort, je m'étais interrogée sur les conséquences d'un tel dire au regard du sujet.

En effet, comment peut-on s'affronter à la propre mort annoncée ?

Quels effets subjectifs peuvent avoir de telles annonces ?

Comment rendre compte des différents phénomènes cliniques rencontrés, sans entrer dans le discours médical convenu ?

Autrement dit, il s'agissait pour moi de repérer et de tenter d'éclairer les incidences subjectives de l'annonce du pronostic létal, dans l'idée de donner les coordonnées nécessaires à l'acte clinique que j'étais amenée à poser pour soutenir le sujet dans cet affrontement dernier.

Ce travail de thèse m'a permis de repérer l'annonce du pronostic létal en tant qu'oracle émanant du champ de l'Autre et portant valeur de vérité concernant l'être du sujet.

Cela a pour effet de faire vaciller, voire de néantiser la fonction symbolique soutenue par l'Autre, plongeant le sujet dans un état *Hilflos* par où il se trouve sans recours du symbolique, mais aussi sans recours de l'imaginaire, face au réel de sa propre mort.

La mort réelle annoncée du champ de l'Autre à cet effet de venir obturer le manque de l'Autre comme soutien de l'être désirant du sujet : le manque de l'Autre vient à manquer et génère l'effroi.

Différentes voies s'ouvrent au sujet.

Ne pouvant plus prendre appui sur l'imaginaire pour pallier l'effondrement du symbolique, le sujet s'affronte à son être-pour-la-mort sans la protection offerte par le prestige. Il se trouve dès lors dans une position mélancolisée, entre-deux-morts, dans l'attente, hors désir, de la seconde mort.

Une autre voie d'accès pour l'être se situe dans cette passion de l'ignorance, par laquelle le sujet produit le désaveu de ce que le manque de l'Autre vient à manquer.

Lorsque l'imaginaire résiste au vacillement de la fonction symbolique, apparaissent alors des stratégies du sujet, par où il s'agit de sauvegarder la fonction soutenue par l'Autre à proximité de la mort réelle. Ce que nous avons décliné sous ces manifestations cliniques que sont, entre

autres, l'appétence relationnelle. Cette tentative de maintenir le symbolique par le plan imaginaire au travers de cette autre arête passionnelle qu'est l'amour. La haine, comme dernière arête passionnelle, pouvant se repérer dans la colère, pointée par Kübler-Ross dans le moment suivant celui de l'annonce, et qui traduit cette appréhension du réel menaçant par le biais de l'imaginaire.

D'autres recours afin de maintenir l'efficacité symbolique se traduisent au travers de cette maîtrise par où le moi se fait l'objet imaginaire du désir de l'Autre. Le désir de savoir est également convocation de l'Autre dans sa présence protectrice et pose le véritable enjeu du savoir et de l'ignorance en ce qu'il s'agit pour l'un et l'autre de maintenir ce qui devient évanescence d'en trop savoir.

SAUVEGARDER LA SINGULARITE

Le psychologue en soins palliatifs est avant tout missionné par l'établissement qui l'emploie afin de remplir ses fonctions auprès des patients et de la famille.

Cependant, il se doit de garantir également une fonction de réflexion et de respect de la position subjective des malades et des familles auprès des équipes.

Les équipes de soins ont tendance à travailler sur et à partir de protocoles de soins établis de manière uniforme en fonction d'une pathologie ou d'un syndrome clinique afin d'apporter une réponse qui fasse l'impasse sur le temps nécessaire à la réflexion ; temps nécessaire considéré comme une perte de temps ou bien afin de pallier à l'absence du médecin qui met l'équipe en position de décider et d'assumer la responsabilité d'une décision qui revient au domaine médical.

Le psychologue est là pour réintroduire cette réflexion nécessaire afin de garantir le respect de la singularité non seulement des situations mais aussi et surtout des sujets eux-mêmes en prise avec la maladie et le système de soins hospitalier.

Le dispositif d'annonce fait partie de ces protocoles de soins pré-réfléchis, pré-organisés et dont l'application se fait de manière uniforme, nonobstant la singularité subjective. Il s'agit donc de réintroduire cette singularité afin de sauvegarder l'intégrité psychique des malades.

S'ADAPTER A LA POSITION SUBJECTIVE DU MALADE

Il n'existe pas de recette concernant une manière de faire l'annonce du diagnostic ou du pronostic létal qui permettrait de faire l'économie du bouleversement psychique occasionné par la confirmation affirmée de la mort à venir.

Toute information ou toute annonce qui touche à la dimension létale doit se faire en respect de la singularité du sujet, en étant attentif à ses manifestations notamment de sidération lorsque celle-ci s'installe dans le temps et dénote une impossibilité du moi à faire face, à se détacher de l'effroi occasionné par l'annonce et à mettre en oeuvre des modes défensifs imaginaires.

Il s'agit non seulement de repérer ce que le patient est en mesure de dire de ce qu'il sait déjà. C'est-à-dire de repérer si le patient est déjà dans une position de dénégaration de la gravité de son état et de rester prudent si celui-ci n'interroge pas le médecin.

Ne pas interroger signe la présence d'un savoir mis à distance dans la méconnaissance, il ne s'agit pas d'ignorance, telle que peut l'entendre le médical.

USER D'EQUIVOQUE ET DE METAPHORE

Le discours médical et soignant est un discours technique, qui par définition, tente de s'éloigner de la polysémie afin d'évacuer toute erreur possible d'interprétation dans leurs énoncés scientifiques et techniques.

Or ce langage n'autorise pas la possibilité d'une circulation signifiante favorisant des renvois de signification propres aux formations de l'inconscient.

C'est pourquoi j'ai tendance à encourager les médecins qui doivent annoncer un diagnostic péjoratif à faire usage de métaphore voire d'équivoque dans leurs annonces, afin de laisser aux patients la possibilité d'entendre ce qu'ils sont en mesure de supporter.

L'équivocité et la polysémie, qui s'autorisent de la métaphore, favorisent ce travail inconscient fantasmatique nécessaire à la mobilisation de défenses imaginaires de maîtrise ou de dénégarion.

Il s'agit en réalité de donner l'occasion au moi de se soutenir de ce qu'il perçoit du désir de l'Autre articulé comme désir de mort afin, ou bien, de s'y soutenir dans une forme de maîtrise, de le dénier sur le mode obsessionnel, ou bien de s'adonner à cette passion de l'ignorance, ce qui permet au fond de sauvegarder la fonction symbolique nécessaire à l'équilibre du fonctionnement psychique.

Evidemment équivocité n'est pas et ne doit pas devenir tromperie. Il s'agit d' « informer » le patient tout en lui laissant la possibilité de se défendre de ce qu'il entend ; nonobstant, cette fois, tout désir de le voir entrer dans une compliance aux traitements.

A PROPOS DE LA REPETITION DE L'INFORMATION

S'il y a une mise en garde que je m'autoriserais à faire, ce serait de prévenir contre les conséquences de la répétition de l'information.

Encore une fois, méconnaissance n'est pas ignorance mais savoir mis à distance afin de le rendre supportable.

Toute répétition ou martellement de l'information n'aurait d'autre conséquence non pas d'ouvrir à un savoir, finalement déjà là, mais à la destruction du support imaginaire et à la

fragilisation voire la néantisation de la fonction symbolique laissant le sujet en proie avec sa perspective funeste, sans recours ni de l'imaginaire, ni du symbolique, plongé dans une mélancolisation de sa position entre-deux, dans l'attente de la mort réelle qui ne ferait que doubler une mort symbolique.

GARANTIR UNE FONCTION SYMBOLIQUE

Au fond, il s'agit bien, à la suite de l'annonce, de garantir cette fonction symbolique.

Nombre de patients ayant entendu l'annonce du caractère létal de leur pathologie, déclarent qu'ils auraient préféré que cette annonce se fasse par leur médecin de famille ou, si c'est le spécialiste qui la fait, qu'il ne les abandonne pas par la suite.

La notion de l'abandon renvoie bien évidemment de ce qui se vit d'être sans recours devant l'apparition affirmée de la mort.

Ne pas être abandonné du médecin signe ce positionnement particulier que les patients leur font occuper, à savoir cette fonction symbolique spécifique à la figure de l'Autre. Le spécialiste ne doit surtout pas donner des signes d'abandon, car cela s'entend comme confirmation de l'abandon de l'Autre.

Si les patients préfèrent que ce soit leur médecin de famille qui leur fasse cette annonce c'est parce qu'ils ont créé des liens subjectifs, parfois affectifs, avec eux et que cette appétence relationnelle que De M'Uzan a repérée dans ce travail du trépas est déjà fondé sur les rencontres préalables.

Il s'agit effectivement de préserver cette dimension, faire entendre aux médecins annonceurs du diagnostic à caractère létal que leur responsabilité éthique n'est pas seulement dictée par le respect de la loi qui les oblige à informer mais qu'ils se doivent, dès lors qu'ils s'engagent dans l'annonce d'une telle perspective funeste, d'assumer et de soutenir cette relation fondamentale au patient.

Ne surtout pas se dérober, continuer d'assumer cette fonction spécifique de l'Autre que les patients leur font occuper, ne surtout pas donner les signes de l'abandon, de manière à ce que le sujet puisse continuer de se soutenir de l'Autre à l'approche de sa mort réelle.

LA QUESTION DE L'ACTE CLINIQUE

L'acte à poser se situe avant tout du côté institutionnel en ce qu'il me semble nécessaire de faire entendre les conséquences incontournables de l'annonce dès que le médecin s'engage à l'énoncer. C'est-à-dire faire entendre qu'il ne pourra pas faire l'économie de l'effroi et de ses effets traumatiques, et qu'il s'agit d'en prendre la responsabilité éthique. A savoir, de ne surtout pas, dans l'après-coup de l'annonce, se défaire de la relation au patient, ne pas redoubler l'abandon signifiant d'un abandon réel.

Informé en effet, mais dans les limites imposées par le désir de méconnaissance. Il ne s'agit pas pour le coup de demander de manière explicite si le patient souhaite en savoir plus sur son état, mais d'apprendre à repérer les signes discrets du désir de méconnaissance : l'absence d'intérêt manifeste pour les résultats des examens et analyses, l'absence de questions adressée au médecin, celui qui est posé comme supposé savoir.

Il s'agit par ailleurs d'avertir des dangers de mélancolisation auxquels est exposé le sujet par la répétition martelée de l'information adressée à celui qui oppose une dénégation face au verdict avéré de sa condition mortelle.

Ce qui nous conduit à interroger notre pratique au regard de la dimension clinique, qui, bien au-delà d'une clinique du symptôme, -dans le cadre de l'information, de l'annonce du diagnostic létal-, se définit d'être une clinique du réel. La mort est effraction réelle dans le champ symbolique et imaginaire. La mort, hors sens, indicible si ce n'est de s'inscrire dans le champ de l'*Hilflosigkeit*, n'est pas symptôme mais entraîne une logique subjective : l'instance moïque est mis en demeure de répondre avec ses armes, façonnées par les coordonnées structurales, face à ce réel de la mort situé dans le champ de l'Autre, comme dévoilement de son désir. Le hors sens prend là tout son sens.

Se sentant objet d'un désir de mort de l'Autre, le moi a à y répondre pour ne pas s'y dissoudre⁴⁸⁰. S'ensuit la mise en œuvre de stratégies imaginaires. D'une position hystérique qui se justifie de soutenir le désir de l'Autre en tant que désir de mort, nous verrons certains entrer dans une forme de « Maîtrise » de leur propre mort, donnant l'illusion de l'accepter pour soi alors qu'il s'agit de maintenir ce lien signifiant à l'Autre, de contredire l'abandon. L'appétence relationnelle⁴⁸¹ démontre cet enjeu du lien à maintenir coûte que coûte et qui a tendance à produire cet épuisement des équipes inlassablement sollicitées par le patient. La dénégation démontre une autre position subjective, où d'avoir entendu le désir de l'Autre comme désir de mort, il s'agit de s'y dérober en faisant le mort sur son propre désir ou en s'adonnant passionnément à l'ignorance.

Ne pas respecter ces positions imaginaires au regard de la propre mort annoncée entraîne le risque de voir le sujet s'enfoncer dans une mélancolisation de son être, dans un entre-deux-morts, et dans l'attente de la réalisation de la mort réelle.

Ne s'agit-il pas pour le clinicien d'être un appui et de veiller au respect de ce qui s'élabore du côté de l'imaginaire en réponse à ce qui se dévoile du *Che Vuoi* ? Ce serait là paradoxe de notre pratique, élaborée dans la sens de l'analyse, du thérapeutique. Défaire l'imaginaire pour autoriser l'expression de la vérité du sujet, c'est là ce à quoi nous tendons dans notre praxis, et c'est ce à quoi, j'ai le sentiment, que nous devons céder, devant ces stratégies imaginaires de soutenir le désir de l'Autre dans une tentative de sortir de cet effroyable *Hilflosigkeit*. L'acte en soi se résumerait, alors, en une écoute neutre et bienveillante, comme nous l'enseigne Freud, de ces élaborations imaginaires autorisant le maintien d'une vie psychique à l'approche de la mort.

L'acte, dans ce qu'il aurait de plus incisif, se déploierait dans ces moments d'impasse de la sortie de l'état *Hilflos*. S'autoriser à soutenir une fonction symbolique là où l'Autre n'oppose qu'une défaillance inassumable pour le sujet lui permettrait de se saisir du jeu signifiant afin de trouver le salut psychique au fond de l'abîme⁴⁸².

⁴⁸⁰ Lacan, J., (1958-1959), *Le Séminaire*, livre 6, *Le désir et son interprétation*, Publication hors commerce, Document interne de l'Association freudienne internationale et destinée à ses membres.

⁴⁸¹ De M'Uzan, M., (1976), *Le travail du trépas*, in *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard.

⁴⁸² Millot, C. (2001), *Abîmes ordinaires*. Paris, Gallimard.

QUESTIONNEMENT

Dans cette tentative, qui est mienne, d'éclairer les phénomènes cliniques liés à l'annonce de la mort, une question, parmi d'autres, demeure encore non élucidée, et c'est là-dessus que j'aimerais suspendre cette thèse, dans une ouverture à ce qui lui fera suite.

Ce travail a permis de distinguer deux positions subjectives au regard de l'approche de la mort.

L'une sans recours, ni de l'imaginaire, ni du symbolique, laissant le sujet en proie à son être-pour-la-mort, entendu sur son plan réel, et non de prestige, dans une attente mélancolique entre-deux-morts.

Et l'autre, par où le sujet, en arrimant le symbolique évanescent à l'imaginaire dans le fantasme, ou en s'adonnant à la passion de l'ignorance, parvient à maintenir la fonction de l'Autre opérationnelle à proximité de la mort.

La question qui persiste est donc la suivante : quels sont les facteurs qui vont orienter le sujet dans l'une ou l'autre de ces positions subjectives ?

Autrement dit, pourquoi, dans certaines situations, le moi se néantise-t-il à l'approche de la mort, ne laissant plus la possibilité au sujet de réarticuler un fantasme sur lequel arrimer la fonction symbolique ?

Comment se fait-il qu'il puisse ne pas être en mesure de prendre appui sur cette arête de l'ignorance comme passion, afin de soutenir son être même dans la méconnaissance que ce qui le soutient se présente comme néant ?

Annexe

Textes de Loi

Article 35 du code de déontologie de 1979

Art. 35. Le médecin ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers le malade. Il doit respecter la dignité de celui-ci.

B Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique de 1995

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite ».

C Article 36 (article R.4127-36 du code de la santé publique

« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou les traitements proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42 ».

D Extrait de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Chapitre Ier

« Information des usagers du système de santé
et expression de leur volonté

« Art. L. 1111-1. - Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose.

« Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

« Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

« Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

« La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

« Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous

tutelle.

« Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article . Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

« Art. L. 1111-3. - Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« Art. L. 1111-4. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

« L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

« Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

« Art. L. 1111-5. - Par dérogation à l'[article 371-2](#) du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en oeuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

« Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la [loi no 99-641](#) du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

« Art. L. 1111-6. - Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

« Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

« Art. L. 1111-7. - Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou

d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

« Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

« La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

« A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

« Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

« En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

« La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

E LOI no 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

NOR : SANX0407815L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1er

Après le premier alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 2

Le dernier alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »

Article 3

Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, les mots :

« un traitement » sont remplacés par les mots : « tout traitement ».

Article 4

Le deuxième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique est complété par quatre phrases ainsi rédigées :

« Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 5

Après le quatrième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

Article 6

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-10 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-10. – Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et

incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 7

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-11 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-11. – Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

« A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

« Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. »

Article 8

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-12 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-12. – Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. »

Article 9

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-13 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-13. – Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la

procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.

« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 10

I. – Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré une division ainsi rédigée :

« Section 2. – Expression de la volonté des malades en fin de vie ».

II. – Avant l'article L. 1111-1 du même code, il est inséré une division ainsi rédigée :

« Section 1. – Principes généraux ».

III. – Dans la première phrase de l'article L. 1111-9, les mots : « du présent chapitre » sont remplacés par les mots : « de la présente section ».

Article 11

Après le premier alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ils identifient les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définissent, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs. »

Article 12

Après l'article L. 6143-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6143-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 6143-2-2. – Le projet médical comprend un volet "activité palliative des services". Celui-ci identifie les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs. Il précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret. »

Article 13

I. – Après la première phrase de l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des conventions pluriannuelles visées à l'article L. 313-12. »

II. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.

Article 14

Le I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La convention pluriannuelle identifie, le cas échéant, les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définit, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs. »

Article 15

En application du 7^o de l'article 51 de la loi organique no 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances, une annexe générale jointe au projet de loi de finances de l'année présente tous les deux ans la politique suivie en matière de soins palliatifs et d'accompagnement à domicile, dans les établissements de santé et dans les établissements médico-sociaux.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 22 avril 2005.

JACQUES CHIRAC

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

JEAN-PIERRE RAFFARIN

Le ministre des solidarités,
de la santé et de la famille,

PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

DOMINIQUE PERBEN

Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,

THIERRY BRETON

Le ministre délégué au budget
et à la réforme budgétaire,
porte-parole du Gouvernement,

JEAN-FRANÇOIS COPÉ

(1) Travaux préparatoires : loi no 2005-370.

Assemblée nationale :

Proposition de loi no 1882 ;

Rapport de M. Jean Leonetti, au nom de la commission spéciale, no 1929 ;

Discussion le 26 novembre 2004 et adoption le 30 novembre 2004.

Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, no 90 (2004-2005) ;

Rapport de M. Gérard Dériot, au nom de la commission des affaires sociales, no 281 (2004-2005) ;

Discussion et adoption le 12 avril 2005.

F Directives anticipées

Une loi relative au droit des malades et à la fin de vie a été promulguée le 22 avril 2005.

Des décrets d'application ont paru au Journal Officiel en février 2006.

Cette loi est couramment désignée en tant que « Loi Léonetti », du nom du président de la commission parlementaire qui s'était réunie en vue d'examiner l'opportunité et le contenu de nouvelles dispositions législatives.

Il a donc paru utile de proposer une légère adaptation du « testament de vie » que le Dr Maurice Abiven avait suggéré en juin 2003.

Ce texte correspond à ce que la loi désigne par « DIRECTIVES ANTICIPÉES ».

Elles n'ont de valeur que si elles datent de moins de trois ans.

L'auteur doit donc en proroger la validité tous les trois ans, sauf s'il est hors d'état d'exprimer sa volonté, ce qui entraîne alors leur prorogation automatique.

Il peut les annuler à tout moment.

Il serait souhaitable que la personne de confiance éventuellement désignée dispose d'une copie de ces directives.

Le texte qui suit est une proposition.

On trouvera notamment :

(en italique et entre parenthèse) : ce qui pourrait être supprimé ;

en gras : ce qui pourrait être ajouté.

DIRECTIVES ANTICIPEES

Je, soussigné(e),

Né(e) le

Adhèrent à la charte des soins palliatifs (ci-jointe), précise les points suivants :

1. *(En tenant compte de ce que je désire connaître)*, je souhaite être informé de l'évolution de ma maladie de façon simple et loyale, m'aidant à cheminer vers l'acceptation de ma fin de vie. Parallèlement, ma famille doit bénéficier de la même approche.
2. Je refuse les thérapeutiques et les examens dont le but ne serait pas de privilégier la qualité de vie. Cette attitude doit prévaloir aussi bien s'il s'agit de l'évolution terminale d'une maladie chronique que d'un accident aigu.
3. La prise en charge de douleurs physiques doit faire appel aux techniques confirmées et actualisées. Si mon médecin rencontre des difficultés dans la mise en œuvre des traitements, je lui demande de consulter un spécialiste (algologue) de la même façon qu'il le ferait pour une maladie cardiaque. Dans les cas extrêmes, j'accepte de bénéficier d'un sommeil induit mais intermittent.
4. Je souhaite bénéficier, ainsi que ma famille et mes proches, d'un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire incluant des bénévoles, et à chaque fois que nécessaire d'un psychologue, *(et si je le désire, d'un soutien spirituel ou religieux)*.
5. Si je suis atteints de troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer ou apparentées), je demande à être traité(e) comme une personne à part entière. Que mes proches et les soignants m'aident à utiliser au mieux mes facultés restantes, en particulier celles correspondant(es) à mon affectivité et à ma spiritualité. Je souhaite qu'aucune intervention médicale ou chirurgicale autre que celles destinées à soulager un état douloureux ne me soit prescrite.
6. Dans mon grand âge cette attitude doit également prévaloir.
7. Je refuse : Préciser les traitements refusés.
8. Je refuse tout geste d'euthanasie.
9. *(Je désire être soigné et mourir dans mon lieu de vie, dans les limites du raisonnable)*.
10. Tout médecin qui ne partage pas mes convictions et qui ne se sent pas dans la capacité d'assurer mes souhaits est autorisé à me confier à un autre confrère.

11. Au cas où je serais dans l'incapacité d'exprimer mes volontés, je désigne comme personne de confiance Monsieur ou Madame : (nom, prénom, adresse).

Fait à :

le :

Signature :

Index de mots clés et concepts

A

abandon.....	31, 78, 160, 163, 188, 204, 233, 234, 236, 245, 258, 261, 262, 269, 282, 296, 317, 318, 352, 369, 375, 383, 384
acceptation.....	60, 61, 72, 75, 77, 78, 83, 102, 104, 111, 112, 410
accès d'angoisse	124, 130
angoisse	11, 13, 49, 69, 70, 71, 76, 82, 83, 84, 95, 99, 106, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 173, 174, 215, 216, 219, 225, 232, 235, 243, 244, 249, 250, 251, 258, 259, 262, 271, 272, 275, 276, 278, 279, 283, 287, 290, 302, 327, 338, 373, 457, 459, 466, 468, 470, 478, 481
angoisse de castration.....	163
angoisse réelle	127, 128, 130, 131, 133
annonce	1, 11, 29, 30, 31, 32, 40, 44, 56, 58, 69, 70, 71, 74, 75, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 109, 110, 111, 112, 115, 117, 119, 120, 124, 127, 173, 174, 202, 211, 225, 281, 290, 297, 299, 304, 312, 314, 317, 318, 443, 445, 446, 449, 450, 451, 452, 454, 456, 457, 462, 463, 465, 466, 467, 471, 473, 474, 475, 478, 479, 486
annonce de mort	22, 179
appel.....	30, 166, 289, 404, 410
appétence relationnelle.....	14, 285, 288, 289, 290, 357, 358, 383
Atropos.....	207, 261, 355, 370
attente	31, 49, 70, 87, 89, 96, 112, 123, 128, 174, 260, 455
autonomie.....	45, 46, 47, 48, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 68, 72, 79, 80, 82, 88, 90, 94, 109, 298, 464, 472
Autre	12, 14, 22, 23, 75, 76, 83, 112, 133, 170, 177, 179, 180, 182, 183, 184, 191, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 220, 221, 222, 223, 225, 229, 230, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 244, 245, 246,

247, 250, 255, 258, 259, 260, 261, 262, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 275, 276, 277, 278, 279, 282, 284, 287, 289,
290, 291, 292, 293, 294, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 308, 312, 313, 314, 316, 317, 318, 319,
330, 333, 338, 341, 342, 343, 344, 345, 350, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 369, 371, 372, 373, 375, 382, 383, 384, 386,
471, 472, 473, 513

C

castration	147, 161, 163, 165, 173
châtiment	14, 173, 185, 202, 206, 222, 280, 282, 284, 319, 369, 371
<i>Che Vuoi ?</i>	177, 215, 216, 230, 233, 238, 261, 342, 371
communication	53, 58, 68, 69, 72, 85, 90, 93, 97, 98, 101, 103, 106, 402, 446, 457, 474, 479
connaissance.....	44, 47, 81, 101, 104, 402, 450
consentement.....	41, 42, 43, 46, 49, 52, 59, 61, 62, 90, 109, 111, 397, 400, 401, 446, 450, 453, 454, 461, 464, 474, 481

D

danger.....	127, 128, 129, 131, 132, 135, 140, 142, 146, 164, 165, 166, 174, 305, 400, 404
<i>Dasein</i>	248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258
défenses psychiques	74, 81, 82, 89
déjà-mort	83
demande d'amour.....	289

dénégation	21, 22, 29, 31, 57, 58, 74, 75, 83, 84, 87, 90, 105, 106, 121, 150, 156, 157, 158, 180, 191, 242, 256, 275, 285, 289, 302, 303, 304, 306, 310, 315, 333, 381, 382
déni.....	72, 78, 82, 83, 87, 89, 104, 105, 150, 156, 158, 159
dépouillement imaginaire	239
déréliction.....	170, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 247, 261, 271, 272, 273, 282, 291, 354, 369, 513
désaide.....	140, 146, 166, 167, 174, 222, 232, 236
désir.....	12, 14, 22, 23, 31, 43, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 67, 68, 73, 75, 78, 91, 98, 99, 101, 106, 112, 132, 149, 159, 161, 170, 177, 185, 186, 197, 198, 202, 204, 206, 209, 212, 213, 214, 215, 216, 220, 225, 229, 230, 232, 233, 234, 237, 238, 241, 243, 245, 246, 250, 255, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 268, 269, 270, 272, 275, 276, 277, 278, 279, 282, 283, 284, 287, 289, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 308, 312, 317, 319, 328, 336, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 350, 352, 353, 355, 356, 357, 358, 367, 371, 372, 373, 374, 375, 382, 385, 453, 470, 485
désir de l'Autre.....	214, 215, 216, 230, 237, 258, 260, 261, 268, 270, 278, 279, 282, 284, 296, 297, 299, 300, 301, 303, 306, 355
désir de mort de l'Autre.....	237, 304
désir de savoir	340, 342
destin.....	71, 163, 167, 174, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 193, 196, 200, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 210, 211, 213, 221, 241, 244, 262, 267, 269, 270, 272, 299, 328, 330, 366, 370, 443, 451, 471, 486
désubjectivation.....	31, 32
déterminisme	12, 179, 184, 185, 187, 189, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200, 202, 203, 205, 207, 209, 211, 223, 236, 280
détresse.....	11, 14, 21, 22, 137, 146, 147, 163, 166, 167, 170, 171, 173, 174, 230, 232, 233, 235, 239, 258, 271, 272, 273, 276, 277, 278, 347, 351, 356, 362
deuil.....	76, 99, 124, 160, 161, 445, 453, 456
dévalement	248, 249, 251, 252, 256

diagnostic28, 29, 30, 39, 40, 44, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 67, 68, 70, 74, 75, 78, 79, 80, 84, 89, 94, 95, 96, 97, 99, 100,
101, 103, 109, 110, 119, 127, 225, 290, 312, 317, 395, 399, 400, 401, 443, 445, 446, 449, 451, 462, 479

dialectique du désir..... 22, 213, 214, 215, 238, 296, 297, 359, 372, 375

dialectique du maître et de l'esclave..... 296

directives anticipées53, 60, 61, 404, 405, 406, 409

E

effroi.....11, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 149, 163, 167, 169, 170,
171, 173, 174, 212, 220, 222, 223, 225, 235, 276, 327, 330, 381

énigme..... 21, 220, 225, 230, 233, 238, 259, 261, 340, 342, 343, 362, 365, 366, 369, 370, 371, 373, 374

entre-deux-morts 243, 247, 259, 260, 262, 268, 270, 316, 354, 355, 375, 386

état extatique13, 260, 271, 272, 273

éthique..... 40, 45, 46, 48, 53, 68, 72, 80, 84, 88, 93, 97, 109, 258, 269, 460, 463, 464, 470, 471, 482

être..... 7, 13, 21, 22, 29, 30, 31, 32, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 67, 68, 69, 70,
71, 72, 73, 76, 78, 79, 80, 83, 84, 87, 88, 89, 98, 100, 101, 102, 104, 105, 110, 111, 112, 120, 121, 124, 127, 129, 130,
132, 133, 135, 137, 142, 143, 149, 150, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 165, 166, 169, 171, 180, 185, 186, 187, 188,
190, 192, 193, 199, 203, 204, 212, 213, 215, 216, 220, 225, 229, 230, 234, 235, 236, 238, 239, 244, 245, 247, 248, 249,
250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 275, 277, 278, 279,
284, 288, 289, 290, 293, 294, 296, 298, 300, 302, 303, 305, 307, 308, 309, 310, 311, 315, 318, 327, 328, 329, 330, 331,
332, 333, 335, 336, 337, 339, 340, 342, 344, 347, 349, 350, 353, 354, 355, 356, 363, 364, 365, 369, 370, 371, 372, 373,
374, 375, 383, 386, 395, 397, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 406, 407, 409, 410, 451, 463, 483

être vers la mort.....248, 251, 252

être-pour-la-mort 257, 258, 260, 262, 270, 272, 354, 356

F

fantasme fondamental.....	275, 319, 359, 369
figure maternelle	132
figure paternelle	299
fin de vie.....	28, 31, 32, 40, 42, 49, 54, 60, 61, 62, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 87, 88, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 109, 110, 111, 112, 113, 119, 123, 127, 145, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 165, 167, 174, 180, 182, 183, 184, 202, 211, 212, 225, 236, 237, 239, 241, 245, 254, 256, 257, 258, 259, 260, 267, 269, 281, 282, 283, 290, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 302, 303, 304, 305, 312, 314, 315, 316, 339, 372, 385, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 452, 453, 457, 458, 460, 462, 463, 464, 466, 467, 471, 472, 473, 477, 478, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 489
fonction symbolique.....	22, 207, 212, 213, 231, 233, 234, 245, 259, 261, 262, 267, 268, 269, 270, 275, 276, 278, 279, 284, 285, 290, 297, 301, 312, 316, 317, 318, 319, 333, 352, 353, 355, 357, 359, 374, 375, 382, 383, 386, 513
frayeur	129, 135

H

<i>Hilflos</i>	21, 23, 173, 179, 221, 229, 230, 232, 233, 238, 245, 258, 261, 271, 272, 273, 279, 317, 343, 354, 355
<i>Hilflosigkeit</i>	170, 221, 230, 232, 233, 236, 238, 258, 271, 272, 276, 279, 291, 343, 347
hostile.....	12, 219, 220, 225, 233, 234, 235, 238, 261
hystérie.....	124

I

idéologie.....	54, 57, 61, 69, 72, 73, 79, 88, 109, 112
ignorance.....	7, 14, 15, 23, 39, 46, 47, 51, 52, 53, 57, 59, 71, 85, 86, 105, 106, 131, 185, 188, 190, 193, 275, 287, 302, 303, 304, 306, 307, 308, 319, 325, 327, 328, 329, 333, 337, 338, 340, 341, 342, 343, 344, 371, 381, 382, 386, 395, 399, 513
imaginaire.....	13, 14, 32, 67, 73, 78, 79, 82, 120, 147, 159, 193, 194, 204, 211, 234, 235, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 248, 249, 251, 252, 254, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 265, 271, 272, 275, 276, 277, 278, 284, 288, 293, 298, 299, 300, 301, 304, 305, 307, 309, 312, 315, 319, 333, 341, 342, 353, 355, 357, 359, 361, 365, 374, 382, 386, 473, 513
incidences subjectives.....	13, 111, 112, 115, 119
inconscient	141, 142, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 211, 216, 290, 301, 303, 304, 443, 444, 458, 470
information.....	9, 29, 35, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 60, 61, 62, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 74, 78, 79, 81, 82, 86, 87, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 98, 101, 102, 103, 105, 106, 109, 111, 112, 119, 174, 211, 314, 395, 399, 400, 401, 402, 450, 451, 452, 453, 454, 463, 464, 466, 473, 480
inquiétante étrangeté	135, 206, 219, 220, 221, 223, 250, 353, 354, 457, 458, 459, 474

L

létal.....	79, 81, 82, 84, 97, 99, 119, 127, 225, 290
libido	125, 132, 142, 153, 154, 160, 165
libre arbitre.....	193, 194, 195, 196, 200
loi	42, 45, 51, 52, 53, 57, 59, 61, 79, 85, 93, 112, 399, 401, 403, 407, 408, 409, 456, 473

M

maître absolu	257
Maître absolu.....	245, 258, 273, 302, 304
maîtrise.....	21, 22, 46, 83, 189, 236, 240, 241, 242, 277, 279, 285, 287, 292, 297, 298, 299, 301, 315, 316, 339, 342, 382
malveillance	133, 202, 222, 289
manque de l' Autre.....	22, 23, 212, 217, 231, 238, 275, 308, 333, 345
mécanismes de défenses.....	82, 83
méconnaissance.....	54, 56, 59, 60, 62, 67, 68, 69, 70, 86, 87, 89, 93, 95, 96, 112, 169, 191, 193, 304, 327, 328, 336, 337, 338, 341, 342, 343, 344, 345, 371, 381, 382, 386
mélancolisation	22, 241, 260, 305, 333, 383
mélancolisation du sujet.....	260
menace	43, 46, 74, 81, 83, 87, 88, 98, 101, 104, 128, 133, 146, 147, 165, 236, 289, 304
menace vitale.....	46, 146, 165
métaphore.....	29
moi	5, 13, 21, 28, 30, 31, 56, 75, 81, 82, 86, 96, 111, 112, 130, 132, 133, 134, 140, 142, 143, 146, 147, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 167, 170, 173, 174, 180, 181, 190, 192, 194, 200, 205, 206, 215, 216, 220, 222, 225, 232, 233, 234, 235, 239, 244, 245, 246, 247, 250, 257, 262, 271, 272, 273, 276, 278, 279, 287, 289, 292, 293, 304, 305, 306, 312, 313, 314, 317, 319, 330, 341, 362, 363, 369, 374, 381, 382, 386, 457, 459, 469, 473

mort9, 11, 12, 13, 21, 22, 23, 119, 120, 121, 127, 136, 137, 149, 151, 163, 164, 170, 171, 173, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 197, 199, 200, 202, 203, 204, 206, 207, 209, 210, 212, 213, 214, 217, 221, 223, 225, 230, 235, 237, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 282, 284, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 294, 295, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 329, 330, 331, 332, 333, 336, 337, 338, 339, 340, 343, 344, 345, 347, 349, 351, 353, 354, 355, 356, 357, 359, 366, 367, 369, 371, 373, 374, 375, 381, 382, 383, 384, 386, 444, 447, 448, 449, 451, 452, 454, 466, 470, 476, 478, 480, 481, 483, 489, 513

mutisme21, 22, 83, 207, 258, 261, 262, 347, 353, 354, 356, 357, 371, 372

N

naissance46, 164, 165, 166, 283, 457

négation 89, 149, 152, 153, 155, 156, 157, 292, 303, 459

névrose d'angoisse123, 124, 130

O

obligation41, 42, 43, 44, 45, 51, 52, 53, 55, 62, 67, 79, 87, 93, 111, 452, 466

obligation d'information.....43, 44, 62, 111

obsessionnel303, 304, 305

oracle185, 186, 189, 190, 191, 200, 201, 202, 206, 209, 214, 215, 216, 225, 241, 269

oraculaire.....71, 212, 225

P

partenaire.....	45, 48, 57
partenariat.....	45, 47, 49, 52, 79
passion de l'ignorance.....	14, 23, 275, 287, 302, 303, 304, 306, 307, 308, 319, 338, 341, 342, 343, 344, 382, 386
paternalisme.....	39, 40, 41,45, 46,48, 55, 68, 109, 461
personne de confiance.....	48, 59, 61, 62, 400, 401, 403, 404, 405, 406, 409, 411
peur.....	44, 75, 83, 86, 102, 106, 129, 221, 283, 302, 314
position de maîtrise.....	31, 39, 300
position subjective.....	29, 31, 54, 59, 111, 303
préparation au danger.....	129
<i>PRONOSTIC</i>	1, 11, 28, 29, 30, 31, 32, 39, 40, 51, 53, 55, 67, 68, 69, 71, 74, 75, 78, 79, 80, 81, 82, 87, 89, 90, 93, 95, 96, 97, 98, 102, 103, 109, 110, 111, 112, 115, 119, 281, 299, 312, 317, 318, 395, 399, 445, 446, 479
propre mort.....	54
pulsion de mort.....	151

R

réal.....	13, 21, 67, 73, 109, 111, 112, 119, 121, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 137, 139, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 149, 151, 157, 158, 159, 163, 167, 169, 170, 171, 173, 182, 183, 191, 196, 197, 199, 200, 202, 203, 205, 206, 207, 209, 213, 220, 223, 244, 245, 253, 275, 276, 277, 279, 288, 290, 303, 307, 308, 312, 319, 327, 329, 343, 344, 347, 370, 386, 443, 450, 461, 480, 513
refoulement.....	74, 142, 152, 153, 154, 155

représentation	145, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 182, 211, 484
révélation.....	51, 81, 88, 91, 95, 111, 187, 188, 189, 190, 191, 209, 214, 305, 308, 395
rêves-éveils.....	146

S

sans recours	13, 225, 227, 229, 230, 237, 238, 239, 244, 245, 246, 258, 261, 269, 271, 272, 273, 275, 305, 333, 353, 355, 383, 386
savoir	5, 7, 8, 15, 23, 30, 39, 41, 47, 48, 49, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 61, 62, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 94, 95, 97, 98, 100, 102, 104, 105, 110, 111, 112, 119, 121, 127, 130, 133, 149, 151, 156, 161, 164, 169, 170, 179, 180, 182, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 196, 198, 204, 207, 209, 210, 214, 216, 219, 220, 225, 232, 238, 242, 243, 249, 251, 252, 253, 257, 258, 276, 277, 289, 302, 303, 304, 307, 308, 315, 325, 327, 328, 329, 330, 332, 333, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 358, 365, 366, 369, 371, 374, 381, 382, 383, 444, 453, 460, 467, 485, 486, 513
sidération.....	8, 23, 39, 80, 81, 84, 85, 88, 96, 111, 119, 120, 137, 147, 169, 173, 276, 334, 338, 381
signal d'angoisse	167
signal-affect.....	135, 174
situation traumatique	140, 146, 222
soins palliatifs....	5, 21, 27, 31, 72, 81, 99, 119, 156, 179, 242, 262, 275, 280, 284, 287, 291, 297, 299, 306, 316, 319, 353, 357, 361, 380, 406, 407, 410, 445, 450, 453, 463, 464, 466, 467, 471, 473, 513
solitude.....	69, 165, 230, 234, 236, 250, 254, 257, 258, 259, 269, 270, 271

sujet13, 21, 22, 23, 28, 29, 32, 39, 41, 43, 45, 48, 49, 53, 54, 57, 59, 60, 62, 70, 71, 72, 75, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85,
86, 89, 90, 91, 93, 95, 96, 99, 101, 104, 105, 106, 111, 112, 119, 120, 121, 124, 128, 129, 136, 137, 139, 141, 143, 150,
155, 159, 170, 173, 174, 177, 180, 181, 182, 184, 185, 188, 191, 192, 196, 197, 198, 200, 202, 203, 204, 205, 209, 210,
211, 212, 214, 215, 216, 220, 221, 223, 225, 229, 230, 232, 233, 234, 235, 237, 238, 239, 241, 243, 244, 245, 246, 247,
249, 250, 251, 255, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 267, 270, 271, 272, 273, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 282, 284, 287,
288, 289, 290, 292, 296, 297, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 311, 312, 317, 318, 319, 327, 328,
330, 331, 333, 336, 337, 340, 341, 342, 343, 344, 347, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 366, 369, 371, 372, 373, 374,
375, 381, 383, 384, 386, 445, 450, 460, 463, 466, 470, 471, 473, 513

surmoi.....205, 206, 222, 233, 244, 262

symbolique.....13, 21, 23, 112, 119, 147, 149, 151, 173, 182, 183, 191, 204, 206, 211, 213, 229, 230, 234, 235, 238, 239, 241,
245, 246, 247, 259, 261, 262, 269, 272, 273, 275, 277, 287, 288, 290, 301, 305, 307, 315, 319, 333, 339, 342, 343, 344,
350, 353, 355, 356, 357, 358, 370, 383, 386, 447, 513

T

terreur 129

trauma.....163, 164, 478

traumatisme 11, 84, 90, 111, 117, 120, 137, 139, 140, 141, 146, 167, 170, 171, 173, 174, 449, 457, 486, 513

U

Unheimlich..... 135, 219, 220, 221, 222, 223, 225, 234, 235, 355

V

vacillement de l'Autre.....	306
vérité	39, 48, 53, 55, 57, 67, 70, 71, 81, 88, 90, 95, 96, 100, 190, 192, 209, 211, 214, 225, 261, 307, 308, 320, 340, 342, 343, 372, 446, 451, 452, 454, 457, 463, 464, 474, 475, 476, 478, 480, 482, 483, 485
vie	27, 42, 43, 46, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 88, 95, 97, 100, 101, 102, 111, 119, 124, 132, 133, 139, 141, 146, 150, 158, 159, 163, 164, 165, 167, 205, 212, 257, 260, 269, 283, 294, 295, 296, 300, 400, 403, 404, 405, 409, 410, 450, 460, 464, 467, 471, 473, 478, 481, 482, 484, 486

Index des auteurs cités

A

Abelhauser, A.....	192, 443, 444
Aquino, J.P.....	70, 446
Aubert-Godard, A.....	211
Aubry, R.....	53, 54, 69, 84, 98, 446

B

Bénézech, M.....	40, 52, 53, 71, 89, 464
Bernard-Lemonnier, S.....	54, 448
Buckman, R.....	103, 449

C

Cabassut, J.....	139, 450
Cattan, St.....	100, 450
Caverni, J.P.....	43, 62, 450

D

De M'Uzan, M.....	290, 385, 452
Del Volgo, M.-J.....	347, 452
Denis, Detoef, Duflos, Plu-Bureau, Thalabard.....	85, 102

E

Eschyle.....	185, 455
--------------	----------

F

Forest M-I., Rapin, C-H.	55, 94
Franks, A.	97, 457
Freud, S.	103, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 135, 136, 139, 140, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 163, 164, 165, 166, 167, 174, 195, 196, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 219, 220, 221, 223, 232, 244, 280, 291, 353, 354, 355, 457, 458, 459

G

Gandhi	71
Gargiulo, M., Dürr, A., Frischmann, M.....	111
Gillon, R.....	46
Gori, R.....	43, 62, 90, 91, 177, 205, 211, 307, 308, 343, 347, 450, 460

H

Haguenauer, G.....	70, 476
Hegel	292, 296, 298, 299, 303, 462, 467
Heidegger	248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 462, 476
Hervier, S.	99, 462
Hirsch, E.....	84, 87, 88, 89, 97, 463, 471, 482
Hoeffelman.....	67, 71, 72, 95, 96, 464
Hoerni, B.....	40, 46, 47, 52, 53, 67, 68, 71, 89, 90, 93, 94, 95, 464
Hubault.....	42, 67, 93, 464
Hubault Ph.....	42, 93, 464

I

Ionescu, S.....	82, 465
Israël, J.	44, 49, 465

K

Keller, P.-H.	80, 90, 467
Kojève, A.	292, 293, 295, 296, 298, 303, 467
Kübler-Ross.....	54, 61, 67, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 84, 99, 102, 103, 104, 212, 467

L

Lacan, J.	211, 213, 214, 215, 216, 230, 245, 258, 259, 261, 262, 269, 275, 276, 277, 278, 279, 287, 290, 301, 303, 304, 305, 307, 308, 341, 342, 353, 372, 385, 469, 470
Ladouceur, R.	83, 98, 471
Landry-Dattée, N., Théodore, Ch., Vélardo, D.....	97
Le Lous, P., Pautex, S.	56, 57, 69
Lhote, Cl.....	82, 465, 472
Lorenzo, C.....	68, 93, 478

M

Marcel Sendrail.....	212
Millot, C.....	232, 236, 385, 474
Mueller E.....	67, 101, 475
Munnich, A.	85, 87, 475

N

Natali et Haguenaer.....	67
Natali, F.....	70, 476

O

Ostad Elahi et Bahram Elahi	194
-----------------------------------	-----

P

Patenaude et Lorenzo	40, 48, 93
Patenaude, J.....	68, 93, 478
Perrotin, C.....	94, 110, 478
Pillot, J.....	84, 474, 478, 479

R

Raul, J-S.....	40, 45, 480
Reik, T.....	141, 142, 145, 146, 147, 222, 480
Ruszniewski, M.....	39, 83, 84, 85, 95, 481, 482, 489

S

Schaerer.....	48, 72, 81, 82, 100, 474, 483
Sophocle.....	186, 193, 268, 269, 484

T

Tolstoi	40, 486
Trucher, D.....	41

Bibliographie

A

- Aiach, P., *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris
Delanoé, D., (Dir.), Anthropos, 1998.
- Aisenstein, M., « *Une maladie mortelle et sexuellement transmissible : la vie* », revue Française de psychanalyse, 1/1996, 77-80.
- Art 42 du code de santé publique de 1979.
- Art 35 et 36 du code de santé publique de 1995.
- Abbat, C. (2005) *L'annonce du diagnostic grave vu par les médecins. Thèse de médecine. Université de Bourgogne.*
- Abelhauser, A. (1990) *La mort et l'inconscient, in Esquisses psychanalytiques, printemps 1990, n° 13, pp.63-73.*
- Abelhauser, A. (1992) *Figures du destin, in Esquisses psychanalytiques, printemps 1992, n° 17, pp. 5-8*
- Abelhauser, A. (1992) *La mourre, in Esquisses psychanalytiques, printemps 1992, n° 17, pp. 53-64.*
- Abelhauser, A. (1992) *Les noms du réel, in Esquisses psychanalytiques, printemps 1992, n° 17, pp.65-72.*

- Abelhauser, A. (1994), *Le psychologue face à la mort*, in *Les psychologues en institution : quelles pratiques aujourd'hui ?*, Actes des Entretiens de Bichat, Paris, Expansion Scientifique Française, pp. 15-17.
- Abelhauser, A. (1995) *Clinique de la « suture » et symptôme de la médecine*, in *Psychopathologie clinique, nouvelle série, n°1*, 1995, pp. 113-126.
- Abelhauser, A. (1996) *Temps mort*, in *L'inconscient ignore-t-il le temps ?*, PUR, 1996, pp.139-145.
- Abelhauser, A. (1997) *Le voleur de temps*, Communication à la troisième journée des psychologues des CISIH, Paris, 28 novembre 1997.
- Abelhauser A.,
Cremniter D. (2000), *De la mort annoncée à l'espoir de la survie*, in *Annales Médico- Psychologiques*, vol. 158, n° 9, pp. 712-716.
- Abelhauser, A. (2001) *Rencontre*, in PERU (ed), *Les enjeux du savoir*, Rennes, Presses Universitaires, pp. 215-223.
- Abelhauser, A. (2008) *Il était mort, et ne le savait pas ...*, Cliniques méditerranéennes, 78, p. 65-76.
- Agamben, G. (1982) *Le langage et la mort*. Paris : Christian Bourgeois éditeur, Collection « Détroits », 1997.
- Alexander, F. (1950) *La médecine psychosomatique*. Paris : Payot, 1962.

- Alric, J. (2003) « Répercussions psychiques des paroles médicales autour de la maladie grave à pronostic létal » dans *Revue française des unités de soins palliatifs*, Calvaire 2000, janvier 2003, n°13. Marseille : association de l'œuvre du Calvaire, clinique Sainte Elisabeth, p.36-41.
- Alric, J. (2003) « Logique du sujet en fin de vie : malade ou maladie ? », dans *Revue française de psycho-oncologie*, 2003, n°3. Paris : Springer-Verlag, p. 86-90.
- Alric, J. (2004) « Clinique psychanalytique en fin de vie », dans *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte*. Ramonville Saint-Agne : Erès, p. 241-250.
- Alric, J. (2006) *La psychanalyse au risque du mourir, Menace de disparition et relance désirante*, Thèse de psychologie soutenue le 13 décembre 2006, sous la direction de Roland Gori, Université Aix-Marseille I.
- Allouch, J. (1997) *Erotique du deuil au temps de la mort sèche*, Paris, EPEL.
- Ansermet, F. (2004) *Sortir du trauma*, La Cause freudienne, 58, p. 22-27.
- Aouchiche, E. (2005) *Réflexion sur l'annonce de diagnostic ORL : vécu de 14 patients, de l'annonce à l'adaptation*. Thèse de médecine. Université Pierre et Marie Curie.

- Aquino, J.P. (2005) *L'annonce et ses confins dans la maladie d'Alzheimer*, dans le Septième colloque de médecine et psychanalyse, Violence de l'annonce, violence du dire, Etudes freudiennes, Paris, 2005, p. 27-34.
- Ariés, PH. (1975) *Essais de l'histoire de la mort en Occident du Moyen-Âge à nos jours*. Paris : Seuil.
- Ariés, PH. (1977) *L'homme devant la mort*. Paris : Seuil.
- Aubry, R. (2005) *Annoncer un diagnostic difficile ou un pronostic péjoratif : vérité et stratégie de communication*. Médecine palliative, 2005, vol. 4, n° 3.
- Azencot, S. (2001) *Le consentement du patient en médecine générale : au-delà de la jurisprudence quelle place en pratique quotidienne*. Thèse de médecine, Université Henri Poincaré-Nancy 1.

B

- Bacqué, M.-F. (2003) *Apprivoiser la mort*. Paris : Odile Jacob.
- Bacqué, M.-F. (2005) *Pertes, renoncements et intégrations : les processus de deuils dans les cancers*, Revue francophone Psycho-oncologie, n°2, p. 117-123.
- Bacqué, M. -F. (2009) *La force du lien face au cancer*, Odile Jacob.
- Baillé, F.
- Barrois, C., *Les névroses traumatiques : le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques*, Paris, Dunod, 1988.
- Bauby, J-D., *Le scaphandre et le papillon*, Robert Laffont, 1997.
- Baudrillard, J. (1976) *L'échange symbolique et la mort*, Gallimard.
- Beauvoir, S. de, (1964) *Une mort très douce*, Gallimard.
- Beckett, S. (1953) *L'innommable*, Minuit.
- Ben Soussan, P. (2004) *Le cancer est un combat : même pas vrai*. Ramonville Sainte Agne : Erès.
- Ben Soussan, P. (2009) *Les souffrances psychologiques des malades du cancer*, (sous la dir.) Springer.

- Bernaert, L. (1987) *La pulsion de mort chez Freud, Aux frontières de l'acte analytique*, Seuil.
- Bernard-Lemonnier, S. (2006) *Parler de sa propre mort : du discours explicite au discours métaphorique*. Médecine palliative, 2006, vol. 5 : 148-150.
- Bessoles, P. (1995) *Le déjà-là de la mort et du sexuel*, Saint-Maximin, Théétète édition.
- Blanchot, M. (1948) *L'arrêt de mort*, Gallimard.
- Blanchot, M. (1949) *La part du feu*, Gallimard.
- Blanchot, M. (1951) *Au moment voulu* Gallimard.
- Blanchot, M. (1980) *L'écriture du désastre*, Gallimard.
- Blanchot, M. (1983) *La communauté inavouable*, Minuit.
- Blanchot, M. (2002) *L'instant de ma mort*, Paris, Gallimard.
- Bompiani, G., « *L'attente de la mort et du miracle* », in *L'attente*, Nouvelle Revue de Psychanalyse, 1986, n°34, Paris Gallimard, p. 137.
- Bon, F. (2001) *Mots pour maux*, Paris, Edition le bord de l'eau.
- Bonaparte, M., (1952) *Chronos, Eros, Thanatos*, Paris PUF.

- Bréhant, J. et G., *Faut-il révéler au malade sa mort prochaine ?*, Presse médicale, 1971, 79 : 1300-2.
- Brocq, H., *Annnonce du diagnostic d'une maladie grave : potentialités traumatiques et prise en charge psychologique*, in *Emotion et traumatisme : le corps et la parole*, Sous la direction de Eliane Ferragut, pp. 34-43.
- Brun, D., *L'enfant donné pour mort : les enjeux psychiques de la guérison*, Paris, Dunod, 1989.
- Brun, D., (Sous la dir.) (2005) *Septième colloque de médecine et psychanalyse : violence de l'annonce, violence du dire*, Etudes freudiennes, 2005.
- Brun, D., (Sous la dir.) (2006) *Huitième colloque de médecine et psychanalyse : devenirs de l'annonce, par-delà le bien et le mal*, Etudes freudiennes, 2006.
- Buckman, R. (1992) *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Guide du professionnel de santé*, Paris, Masson, 2001.

C

- Cabassut, J., (2004) *La théorie du réel, cliniques de la « contention », in Cliniques méditerranéennes, p. 225-249.*
- Canguilhem, G., *Le normal et le pathologique, Paris, PUF, 1979.*
- Canguilhem, G., *La connaissance de la vie, Paris, Vrin, 1992.*
- Canguilhem, G., *Ecrits sur la médecine, Paris, Seuil, 2002.*
- Carol, A. (2004) *Les médecins et la mort, Flammarion, Paris.*
- Castra, M. (2003) *Bien mourir : sociologie des soins palliatifs, Puf, Paris.*
- Cattan, St. (2004) *Entendre l'annonce du cancer : le vécu des patients restitué aux praticiens. Ethique et santé, 2004, vol. 1, n°3*
- Caverni, J.P. (2005) *Ethique de l'information : informer le sujet, n'est-ce pas risquer d'en faire un objet ?, dans Septième colloque de médecine et psychanalyse, violence de l'annonce, violence du dire, Etudes freudiennes, Paris, 2005, p. 58-66.*
- Caverni, J.P., Gori, R. (2005) *Le consentement : Droit nouveau de patient ou imposture ?, Editions In Press, Paris, 2005, (Sous la dir.).*

- Centre Laënnec : *Le droit des malades à l'information*. Laënnec, vol. 48, n° 3-4.
- Courtot, J.-O. (2002) *Témoignage d'une malade à l'annonce d'un diagnostic grave*, Revue JALMALV, n° 70, sept. 2002, *La vérité dans la relation de soin et d'accompagnement*.
- Chalier, C., (dir.) *Le destin. Défi et consentement*, Autrement, n°21, janv. 1997.
- Chicaud, M-B. (1998), *La crise de la maladie grave*, Paris, Dunod.
- Chiriaco, S., (1995) *Quand la mort rôde. Fonction des théories imaginaires dans la maladie à risque léthal*, La Cause freudienne, n°30, p. 66-69.
- Comte-Sponville, A., *L'être-temps*, Paris, PUF, 1999.
- Conche, M., *Temps et destin*, Paris, PUF, 1992.

D

- David, C., *Le deuil de soi-même*, Revue française de psychanalyse, 1/1996, pp.15-32.
- Dayan, M. (1970) *Mort et immortalité dans l'appareil psychique*, Perspectives psychiatriques, n°28-2, p. 77-85.
- Dayan, M., *Déni de la mort et passage du temps*, Psychanal. Univ., 1990, 15, 57, p. 3-22.
- Delaporte, Ch. (2001) *Dire la vérité au malade*, Paris, Edition Odile Jacob.
- Del Volgo, M.-J. (1997) *L'instant de dire. Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne*, Erès.
- Del Volgo, M.-J. (2003) *La douleur du malade*, Erès.
- De M'Uzan, M., (1976) *Le travail du trépas*, in De l'art à la mort, Paris, Gallimard.
- Denervaud-Blais, L. (2003) *L'obligation d'information du médecin : sa construction par le juge judiciaire des origines à aujourd'hui*. Thèse de doctorat de droit privé, Université d'Artois.
- Denis, Detoef, Duflos, (2005) *L'annonce d'un cancer à une femme*, dans le septième colloque de médecine et psychanalyse, violence de l'annonce, violence du dire, Etudes freudiennes, Paris, 2005, p.19-25.
- Plu-Bureau, Thalabard

- Derrida, J. (1999), *Donner la mort*, Edition Galilée, Paris,
- Deschamps, D. (1997) *Psychanalyse et cancer, au fil du temps... un autre regard.*
Paris : L'Harmattan.
- De Zotti, L. (2002) *L'information et le consentement éclairé du patient.* Thèse de médecine, Université de Reims, Champagne-Ardenne.
- Dorey, R., *Le désir de savoir*, Paris, Denoël, 1988.
- Dorgeuille, C. (1981) *La seconde mort de Jacques Lacan: histoire d'une crise, octobre 1980-juin 1981*, Paris, Actualités freudienne.
- Doucet, C. (2005) *la clinique des soins palliatifs au regard du problème métapsychologique de la mort*, in *L'évolution psychiatrique*, volume 70, juillet Septembre 2005, pp. 605-612.
- Doucet, C. (2007) « *On ne badine pas avec l'éthique* » *Une perspective éthique en soins palliatifs : restaurer l'autorité clinique*, *Médecine palliative*, 6, p. 104-107.
- Doucet, C. (2008) *Psychologue en service de médecine*, Masson.
(Sous la dir.)
- Dreuilhe, A-E., *Corps à corps*, Gallimard, 1987.
- Dudoit, E., (2008) *Le travail du deuil de soi : une initiation psychique.* Sous la direction de Jean-Louis Pardinielli, Thèse de Doctorat de psychologie. Université de Provence.

- Durand, D. (2002) *Entre l'annonce dite et l'annonce entendue : à propos du livre de Christine Delaporte « dire la vérité au malade ».* Revue JALMALV, n° 70, sept. 2002, *La vérité dans la relation de soin et d'accompagnement.*
- Durand-Zaleski, I. (1999), *L'information du patient : du consentement éclairé à la décision partagée*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences
- Duras, M., (1982) *La maladie de la mort*, Minuit.
- Une vérité refusée, témoignage d'une famille*, Revue JALMALV, n° 70, sept. 2002, *La vérité dans la relation de soin et d'accompagnement.*

E

Ebtinger, P. (2001)

Détresse et attente, in ORNICAR? Digital - N° 177 -
Vendredi 14 septembre 2001

Eschyle (0525?-0456 av. J.-C.).

Prométhée enchaîné, Paris, Les Belles lettres(1920).

F

- Farcy, C. (2004) *L'annonce d'une mauvaise nouvelle auprès de 15 patients et 38 médecins.* Thèse de médecine. Université de Caen.
- Favre, X. (2003) *Les médecins généralistes connaissent-ils la loi du 4 mars 2002 (Droit des patients) : ont-ils modifié leur pratique depuis sa promulgation ?* Thèse de médecine, Université François Rabelais, Tours.
- Fédida, P. (1970) « La relique et le travail du deuil », dans *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°2, *Objets du fétichisme*. Paris : Gallimard, p. 249-254.
- Fédida, P. (1978) *L'absence*. Paris : Gallimard, NRF.
- Fédida, P. (1996) « L'œuvre de sépulture », dans *La fin de vie : Qui en décide ?* Paris : PUF. Forum Diderot, p. 11-17.
- Fédida, P. (2003) « Morts inaperçues », dans *Des bienfaits de la dépression : Eloge de la psychothérapie*. Paris : Odile Jacob, p. 95-107.
- Fédida, P. (2003) « Le rêve et l'œuvre de sépulture », dans *Des bienfaits de la dépression : Eloge de la psychothérapie*. Paris : Odile Jacob, p. 108-120.
- Ferenczi, S., (1923) *Le rêve du nourrisson savant*, *Psychanalyse*, tome III, Paris, Payot, 1974.

- Ferenczi, S., (1934) *Réflexions sur le traumatisme*, Psychanalyse, tome IV, Paris, Payot, 1982, p. 139-147.
- Forest M-I.,
Rapin, C-H. (2002) « *Toute vérité n'est pas bonne à dire* », *confort des patients ou confort des soignants*. Frontières, 2002, vol. 14, n° 2, *La mort prononcée*.
- Franks, A. (1997) *L'annonce des mauvaises nouvelles, un défi de communication*. , 1997, vol. 4, n° 2
- Freud, A., *Le moi et les mécanismes de défense*, Paris, PUF, 1949.
- Freud, S. (1894) *Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « névrose d'angoisse »*, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.
- Freud, S. (1895) *Sur la critique de la « névrose d'angoisse »*, in *Œuvres complètes*, III, Paris, PUF, 1989.
- Freud, S. (1899) *La naissance de la psychanalyse [Texte imprimé] : lettres à Wilhelm Fliess, notes et plans (1887-1902) ; Lettre du 6/2/1899 à Wilhelm Fliess*. Paris, PUF, 2009.
- Freud, S., (1900) *Interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1987.
- Freud, S., (1913) *Le motif du choix des coffrets*, in *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard, 1985.
- Freud, S., (1913) *Totem et tabou*, Paris, Payot, 1991

- Freud, S. (1914) *Remémoration, répétition, perlaboration*, in Œuvres complètes, vol. XII, Paris, PUF, 2005, p. 185-196.
- Freud, S. (1915) *Conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris Gallimard, 2010.
- Freud, S. (1915) *Considérations actuelles sur la guerre et la mort*, in Essai de psychanalyse, Paris Payot
- Freud, S. (1915) *L'inconscient*, in Métapsychologie, Paris, Gallimard
- Freud, S. (1915) *Ephémère destinée [1915]*, in Résultats, idées, problèmes 1, PUF 2001.
- Freud, S. (1915) *Deuil et Mélancolie*, in Métapsychologie, Gallimard, 1968.
- Freud, S. (1916) *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1916) *Quelques types de caractères dégagés par la psychanalyse*, dans l'inquiétante étrangeté. Paris, PUF, 1981.
- Freud, S. (1919) *L'inquiétante étrangeté*, Paris, Gallimard (1985)
- Freud, S. (1920) *Au-delà du principe de plaisir*, in Essais de psychanalyse, Paris, Payot (1981)

- Freud, S., (1923) *Le moi et le ça*, in Essais de psychanalyse, Paris, Payot (2001)
- Freud, S., (1923) *Une névrose diabolique au XVII^e siècle*, in L'inquiétante étrangeté et autres essais, Paris, Folio essais, 2002.
- Freud, S., (1924) *Le problème économique du masochisme*, in Névrose, psychose et perversion, Paris, PUF, 1997.
- Freud, S. (1925) *La négation*, in Résultats, Idées, Problèmes 2, Paris, PUF.
- Freud, S., (1926) *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF.
- Freud, S., (1929) *Malaise dans la civilisation*, Paris, PUF.
- Freud, S. (1939) *Moïse et le monothéisme*, Paris, Gallimard.

G

- Gadamer, Hans Georg, *Philosophie de la santé* [1993], Paris, Grasset, 1998.
(L'homme et le savoir sur sa mort)
- Gaumétou, B., *Cette vie que la mort m'a donnée*, Robert Laffont, 1997.
- Georgescu, M. (2004) *Contribution anthropologique à l'étude de la mort à partir de la problématique freudienne : du sensuel au conceptuel*, Thèse de doctorat, sous la direction de Jacques André, Université Paris Diderot.
- Gilbert de Vautibault, Caroline, *Entre sujet et objet, les nomades de la mort : relation soignant-soigné dans les cas de fin de vie en neurochirurgie de l'hôpital cantonal universitaire de Genève*, Master Européen, Centre de formation François Xavier Bagnoud.
- Gori, R., (2002) *Logique des passions*, Paris, Flammarion.
- Gori, R., Del Volgo, M-J., Poinso, Y., *Roman de la maladie et travail de formation du symptôme. Complémentarité des approches psychanalytique et médico-biologiques*, Psychologie médicale, 1994, 26, 14, p. 1434-1438.
- Gori, R., *La santé totalitaire*, Paris, Denoël.
- Del Volgo, M.J., (2005)

- Gori et del volgo, (2003), *La polyphonie des discours dans le champ de la santé*, dans *Forum l'espace éthique méditerranée*, pp. 14-15.
- Grunwald, D. (2011) *L'information des patients: Une obligation pour les soignants*, in *JALMALV*, n° 104, Mars 2011, p.7-11.
- Guérin, G. (1982), Préface du livre de Ginette Rimbault, *Clinique du réel*, Seuil.
- Guillaud, O., (1986) *Le consentement éclairé du patient : autodétermination ou paternalisme ?* Collection de travaux publiés par la Faculté de droit et des sciences économiques de l'Université de Neuchâtel. Série juridique.
- Guyomard, P. (1999) *Mort et inconscient*, *Cliniques Méditerranéennes*, 59-60, p. 137-149.

H

- Hasquenoph, F. (2010) *La mort en question à partir de l'oeuvre de Freud*, Thèse de psychologie soutenue sous la Direction de Alain Abelhauser.
- Hegel, G.W.F., (1807) *Phénoménologie de l'esprit*, Paris, Gallimard.
- Heidegger, M., (1926) *Etre et Temps*, Paris, Gallimard.
- Hennezel, Marie de (2003) Rapport de la mission « fin de vie et accompagnement », Oct. 2003
- Hervier, S. (1998) *Quelle annonce pour un mauvais diagnostic ?* Laënnec, 1998, n° 1
- Herzlich, C. (1996) *Les nouveaux discours sur la mort et le silence face aux mourants*, Forum Diderot, editor. *La fin de vie qui en décide ?*, PUF, Paris.
- Higgins, R.-W. (1986) *La mort, la psychanalyse et la question de la bioéthique*, Psychanalystes 21, Paris.
- Higgins, R.-W. (1987) « Tenter une parole sur la mort », dans *Le journal des psychologues*, N°43, décembre 1986 / janvier 1987, p. 9-14.

- Higgins, R.-W. (1993) « Enjeux et ambiguïtés de la « dimension psy » », dans *Bulletin JALMALV* N°35, Comment être « psy » en soins palliatifs, p. 53-59.
- Higgins, R.-W. (2003) *L'invention du mourant. Violence de la mort pacifiée*, Esprit n°1, 2003, pp. 139-170.
- Higgins, R.-W. (2003) « Le mourant : une double exclusion », dans *Actes du 9^{ème} congrès national de la SFAP, Les soins palliatifs au 21^{ème} siècle, face aux situations difficiles, comment évoluer ou réinventer ?*, Nice, 5, 6, 7 juin 2003, p. 42-49.
- Higgins, R.-W. (2004) « Le sujet mourant », dans *La mort et l'immortalité : Encyclopédie des savoirs et des croyances*. Paris : Bayard, p. 1090-1107.
- Hirsch, E., (Sous la dir.)(1999) *Espace éthique : la relation médecin-malade face aux exigences de l'information*. Doin ; Paris : Assistance publique-hôpitaux de Paris, 1999.
- Hirsch, E., (1997) *Soigner l'autre. L'éthique, l'hôpital et les exclus*. Paris, Ed. Belfont, 1997.
- Hirsch, E. (sous la direction de), *Espace éthique, éléments pour un débat, travaux 1996*, Paris Ed. AP-HP : Doin 1997.
- Hirsch, E.(2002) *Au-delà de l'annonce*. Revue JALMALV, n° 70, sept. 2002, *La vérité dans la relation de soin et d'accompagnement*

- Hoeffelman, S. (1988) *Aspects psychologiques de l'accompagnement du malade cancéreux et de ses proches*. Patient care : Avril 1988, mai 1988 et Juin 1988.
- Hoerni, B. (1985), *Paroles et silences du médecin*. Paris, Flammarion.
- Hoerni, B. (1991) *L'autonomie en médecine, Nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes*, Payot, Paris, 1991.
- Hoerni, B.,
Bénézech, M., (1993) *L'information en médecine. Evolution sociale, juridique, éthique*. Masson, Paris, 1993.
- Hoerni, B., Saury, R. (1998) *Le consentement, Information, autonomie et décision en médecine*, Masson, Paris, 1998.
- Hoerni, B. (2000) *L'information appropriée*. Laënnec, 2000, mars, n° 3-4.
- Hubault Ph. (2002) *Marqueur de vie, marqueur de mort*. Revue JALMALV, n° 70, sept. 2002, *La vérité dans la relation de soin et d'accompagnement*.
- Huerre, Brigitte, *L'information du malade concernant sa maladie, dans le contexte d'une unité de soins palliatifs : réflexion à partir d'une expérience*. Université catholique de Lille, 1999.

I

Informations du patient. Manuel d'auto-évaluation. Principaux textes réglementaires, Paris,
Ed. AP-HP : Doin, 1998.

Ionescu, S.,

Jacquet M-M.,

Lhote, Cl. (1997),

Les mécanismes de défense, théorie et clinique, Nathan.

Israël, J. (2005)

De la défausse médicale à la fausse annonce..., dans le septième colloque de médecine et psychanalyse, violence de l'annonce, violence du dire, Etudes freudiennes, Paris, 2005, p. 186-199.

J

- Jacobi, B. (2003) « L'annonce du cancer : épreuve et recours narcissique », dans *Calvaire 2000, Revue française des unités de soins palliatifs*, N°16, 4 / 2003, p. 10-13.
- Jandrok, T. (2007) *Le sujet, sa vie et l'hôpital comme institution de sa mort*, thèse de psychologie, sous la direction de Serge Lesourd, Université Louis Pasteur.
- Jankélévitch, V., *Penser la mort ?*, Paris, Liana Lévi, 1994.
- Jankélévitch, V., *La mort*, Paris, Flammarion, 1977.
- Jeanclaude, C. (2002) *Freud et la question de l'angoisse, l'angoisse comme affect fondamental*, Bruxelles, De Boeck.
- Jones, E., *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud*, 3 tomes, PUF.
- Jouini, Ramzi, *Le médecin face à l'obligation d'information*.
- Juranville, A. (1994) « Réflexion psychanalytique sur les soins palliatifs », dans *La revue psychanalyse à l'Université*, Tome 19, n°75, juillet 1994. Paris : PUF, p. 43-64.

K

- Keller, P.-H. (1997) *La médecine psychosomatique en question. Le savoir du malade*, Odile Jacob.
- Keller, P.-H. (2000) « Psychosomatique, un état en mal de mots, Flica, la chrysalide », dans *Cliniques Méditerranéennes* N°61, La psychanalyse à l'hôpital. Ramonville Saint-Agne : Erès, p.75-90.
- Keller, P.-H. (2005) *Introgénie de la parole en médecine*, septième colloque de médecine et psychanalyse, violence de l'annonce, violence du dire, Etudes freudiennes, Paris, 2005, p. 203-210.
- Kemp, C.E. (1997) *Le malade en fin de vie, guide des soins palliatifs*, Editions de Boeck université, Bruxelles.
- Koestler, Arthur *Dialogue avec la mort... : journal d'un condamné à mort prisonnier des fascistes pendant la guerre civile espagnole*, Paris, A. Michel, 1993.
- Kojève, A. (1947) *Introduction à la lecture de Hegel*, Paris, Gallimard.
- Kübler-Ross, E. (1975) *Les derniers instants de la vie*, Labor et Fidès, Genève, 1975.
- Kübler-Ross, E. (1981) *Vivre avec la mort et les mourants*. Paris, Editions du Tricorne, Editions du Rocher.

Kusnierek, M. (1997)

Quelques leçons tirées de l'angoisse, Letterina, pp. 21-24.

L

- Labro, P., *La traversée*, Gallimard, 1996.
- Lacan, J. (1953) *Fonction et champ de la parole et du langage*, in *Ecrits*, Editions du Seuil, Paris, pp. 237-322.
- Lacan, J. (1953-1954) *Séminaire livre 1, Les écrits techniques de Freud*, Paris Seuil.
- Lacan, J. (1954) *Introduction au commentaire de Jean Hyppolite sur la « Verneinung » de Freud*, in *Ecrits*, Editions du Seuil, Paris, pp. 369-380.
- Lacan, J. (1955) *Variantes de la cure-type*, in *Ecrits*, Editions du Seuil, Paris, pp. 323-362.
- Lacan, J. (1955) *La chose freudienne*, in *Ecrits*, Editions du Seuil, Paris, pp. 401-436.
- Lacan, J. (1954-1955) *Séminaire 2, Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Paris, Seuil.
- Lacan, J., (1956-1957) *Séminaire 4, La relation d'objet*, Paris, Seuil.
- Lacan, J., (1957) *La psychanalyse et son enseignement*, in *Ecrits*, Editions du Seuil, Paris, pp. 437-458.

- Lacan, J. (1957-1958) *Séminaire 5, Les formations de l'inconscient*, Seuil, Paris.
- Lacan, J. (1958-1959) *Séminaire 6, Le désir et son interprétation*, Publication hors commerce, Document interne de l'Association freudienne internationale et destiné à ses membres.
- Lacan, J. (1959-1960) *Séminaire 7, L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Seuil.
- Lacan, J. (1960) *Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien (1960)*, in *Ecrits*, Editions du Seuil, Paris, pp.793-828.
- Lacan, J., (1962-1963) *Séminaire 10, L'angoisse*, Paris, Seuil.
- Lacan, J., (1964) *Séminaire 11, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil.
- Lacan, J. (1962) *Kant avec Sade(1962)*, in *Ecrits*, Editions du Seuil, Paris, pp. 765-790.
- Lacan, J., (1966), *Psychanalyse et médecine* parue dans « cahiers du collège de médecine », 1966, 7, 12, 765-769, dans « Lettres de l'école freudienne », 1967, 1, 34-51, dans « Le bloc-note de la psychanalyse », 1987, 7, 17-28.
- Lacan, J., (1972-1973) *Je parle aux murs*, Paris, Seuil, 2011.
- Lacan, J., (1972) *La mort est du domaine de la foi*, paru dans *Quarto*, 1981, n°3, pp. 5-20.

L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. Texte des recommandations, conférence de consensus mercredi 14 et jeudi 15 janvier, Faculté de Xavier-Bichat, Paris, Anaes, Saint-Denis-La-Plaine (2004).

Ladouceur, R. (2002) *L'annonce d'une mauvaise nouvelle en médecine.* Frontières, 2002, vol. 14, n° 2, *La mort prononcée.*

Lamau, M.L. (1994) *Manuel de soins palliatifs*, Privat, Toulouse.

Lamau, M.L. (2003) *Elisabeth Kübler-Ross et les étapes du mourir*, dans Revue Calvaire 2000, N°13, 1/2003.

Lambotte, M.-C. *La fonction catastrophique du destin dans la mélancolie*, Psychanal. Univ., 1990, 15, 60, pp. 17-25.

Landry-Dattée, N.,
Théodore, Ch.,
Vélardo, D., (2005) *La relation équipe soignante / familles en fin de vie*, in *Face aux fins de vie et à la mort. Etiques et pratiques professionnelles au cœur du débat*, Hirsch, E., (sous la direction de), (2005) Espace éthique, Vuibert. P. 103-107.

Laplanche, J. (1970) *Vie et mort en psychanalyse*. Paris : Flammarion, 1977.

Lassaunière, J.M. (2000) *Guide pratique des soins palliatifs [2 Tomes]*, John Libbey Eurotext, Paris.

Laurent E. et Miller J.-C., (1997) « L'Autre qui n'existe pas et ses comités d'éthique », *La Cause Freudienne*, n° 35, p. 7-20.

Lebrun, J.-P., *Les désarrois nouveaux du sujet*, Erès 2001.

- Le Coz, P. (2006) *Le médecin et la mort. Approches éthiques et philosophiques.* Paris : Vuibert, Collection Espace Ethique.
- Le Lous, P.,
Pautex, S. (2002) *Faut-il toujours annoncer une mauvaise nouvelle ?*, Infokara, vol.17, n°1, 2002.
- Lesage-Jarjoura, P., *Vérité et liberté de choix : autonomie de la personne dans le processus décisionnel dans le cadre du traitement du cancer.* Frontières, 1993.
- Levinas, E., (1948) *Le temps et l'Autre*, Paris, PUF, Quadrige.
- Lévinas, E., (1992), *La mort et le temps.* Paris, Le livre de poche.
- Lhote, Cl. (1999) *Les mécanismes de défense au cours des maladies graves.* Laënnec, 1999, n° 5.
- Lindenmeyer Saint-Martin, C., (1998) *Approche clinique psychanalytique de personnes soumises aux techniques de détection précoce du cancer*, Thèse de Doctorat de Psychopathologie fondamentale et de Psychanalyse, sous la direction de M. le Pr. Pierre Fédida, Université Denis-Diderot, Paris VII.
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

M

- Maechel, Anne-Sophie, *L'annonce de la mauvaise nouvelle à travers une revue de la littérature française et anglaise*. Thèse de médecine, 2003.
- Maillard, B., (2010) *Clinique de la maladie létale de l'effraction corporelle à la réponse du sujet*. Thèse de doctorat, Directeur de Thèse, Alain Abelhauser, Université Rennes 2, Haute Bretagne.
- Major, R. (1999) *Au commencement : la vie, la mort*, Paris, Galilée.
- Malengreau, P. (2003) *Pour une clinique des soins palliatifs*, Med. Palliat. 2, pp.96-99.
- Mannoni, M. (1991), *Le nommé et l'innommable*, Paris, Denoël.
- Mannoni, O., (1969), *Clefs pour l'imaginaire ou l'Autre scène*, Seuil.
- Marin, C. (2008) *Hors de moi*, Allia.
- Marmet, Th. (1997), *Ethique et fin de vie*, Ramonville Saint Agne : Erès.
- Mayaud, Ch. (2000) *L'information au quotidien*. Laënnec, 2000, mars, n° 3-4
- Mayeux, Pierre Alain, *Evolution récente de la jurisprudence et de la loi en matière d'information du patient*. Thèse de médecine.

- Menès, M., (2004) *L'inquiétante étrangeté*, in La lettre de l'enfance et de l'adolescence, Erès, p. 22-23.
- Meunier, Karine, *L'annonce de la maladie grave : réflexion sur le dispositif d'annonce*. Thèse de médecine.
- Michel, B., Pillot, J. *Les soignants et la vérité*. Bulletin JALMALV, n° 7, Décembre 1986. (Epuisé)
- Schaerer R., (1986),
- Michel, Bernard, *Comment annoncer les mauvaises nouvelles : à propos de mon expérience personnelle au cours de 17 ans de pratique de médecine générale en milieu rural*, Université de Nice Sophia-Antipolis, 1997.
- Mihoubi-Culand, Sylvette, *La vérité, un point ça n'est pas tout ! : la communication dans un service de radio-oncologie, un chemin pour la relation. Regard d'un travailleur social*, Ecole d'études sociales et pédagogiques de Lausanne, 1993.
- Millot, C. (2001) *Abîmes ordinaires*. Paris, Gallimard.
- Moley-Massol, I, *L'annonce de la maladie une parole qui engage*. La pratique.
- Moutel, Grégoire, *Le consentement dans les pratiques de soins et de recherche en médecine : entre idéalisme et réalités cliniques*. Paris, L'Harmattan, 2003.

Mueller E. (1994)

*Quelle vérité, pour quel malade, à quel moment ?
Comment annoncer une mauvaise nouvelle ?* Bulletin
JALMALV, n° 37, 1994

Munnich, A. (2005)

« *Un cœur qui écoute* », dans Septième colloque de
médecine et psychanalyse, Violence de l'annonce,
violence du dire, Etudes freudiennes, 2005.

N

- Nancy, J-L. (2003) *Heidegger et la vie sans mort*, dans le nouvel observateur du 17 au 23 juillet 2003.
- Natali, F.,
Haguenauer, G. (1998) *Patients atteints de maladie grave: dire la vérité?*, ASP – liaison, mai 1998.

O

Oury, J. (2008)

La psychose, l'institution, la mort, Paris, Hermann Ed.

P

- Panaccio, M., (2002) *Le concept de trauma chez Freud*, in Revue québécoise de psychologie, vol. 23, n°3, 2002.
- Pasche, F., *Peur de la mort, angoisse de mort, défense du Moi*, Revue Franç. Psych., 1/1996, pp. 49-53.
- Patenaude, J., (2002) *Le risque de la parole dans l'annonce de l'inéluctable*.
Lorenzo, C. Frontières, 2002, vol. 14, n° 2, *La mort prononcée*.
- Pedinielli, J-L. (1999) *Les théories personnelles des patients*. In pratiques psychologiques 4 : 53-62.
- Perpère, A. (2002) *Information du patient et internet*. Revue JALMALV, n° 70, sept. 2002, *La vérité dans la relation de soin et d'accompagnement*.
- Perrotin, C. (2006) *Du paradoxe de la parole d'annonce*, in 8^{ème} colloque de Médecine et Psychanalyse, sous la direction de Danièle Brun, Etudes freudiennes, Paris, 2006. p. 87-91.
- Phillips, A (2000) *La mort qui fait aimer la vie : Darwin et Freud*. Paris, Payot et Rivage, 2002.
- Pillot, J. (1986) *La traversée du tunnel*. Bulletin JALMALV, n° 7, Décembre 1986. (Epuisé).

- Pillot, J., (1991) *La communication avec le malade atteint de cancer*, in Bulletin JALMALV, n° 24, 1991.
- Pillot, J., (1993) *L'approche psychologique des malades en fin de vie*. La revue du praticien-médecine générale, 1993, 239.
- Pillot, J., et al., (1994) *Ecouter et informer*. Bulletin JALMALV, n° 37, 1994.
- Pillot, J. (1999) *Aspects psychorelationnels de la fin de vie*, La revue du praticien (49), pp. 1057-1061.
- Potier, Béatrice, *Annonce d'un diagnostic impliquant un pronostic fatal*.
Thèse de médecine.
- Pratiques Psychologiques, SFP, 1998, n° 1, *Diagnostic : effet d'annonce*.

R

- Raimbault, E. *La délivrance*, Mercure de France (1976).
- Raimbault, E. *Pratiques de la maladie et de la mort*, Aspects du malaise dans la civilisation, Navarin (1984).
- Raimbault, G. (1982), *Clinique du réel*, Paris, Seuil.
- Raul, J-S. (2002) *Le droit des malades à l'information*. Revue JALMALV, n° 70, sept. 2002, *La vérité dans la relation de soin et d'accompagnement*.
- Reik, T. (1925) *Effroi, névroses traumatiques*, in *Le besoin d'avouer*, in Œuvres complètes, t. II, Paris, Payot, 1973, p. 310-330.
- Renan, Ernest, *L'abesse de Jouarre*. Paris, Calmann Lévy.
- Renault, M., *Soins palliatifs : questions pour la psychanalyse*, Paris L'Harmattan, 2002.
- Révidi, P., *Réactions psychologiques aux affections somatiques graves*, Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, 1994, 37-675-A-20.
- Revue de Médecine psychosomatique : *Consentement : alliance thérapeutique, compromission, violence, refus*.

Revue de Médecine psychosomatique : *Le consentement : liberté, responsabilité.*

Revue de médecine psychosomatique : *Le consentement.*

Ribas, D., *Quelques jalons sur la place de la mort dans l'œuvre de Freud*, Rev. Franç. Psych., 1/1996, p. 7-14.

Ropert, E. (2010) *Statut subjectif du corps dans la maladie cancéreuse*, Thèse de psychologie soutenue sous la direction de Alain Abelhauser.

Ruffié, J. (1993), *Naissance de la médecine prédictive*, Paris, Odile Jacob.

Ruszniewski, M. (1984) *Le dit et le non-dit en hématologie*. Gazette médicale, 1984, 91

Ruszniewski, M. (1995), *Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants*, Privat, Dunod, 1995.

Ruszniewski, M. (1997) *Soins palliatifs : face à l'angoisse de mort*, Journal des psychologues (144), pp. 49-52.

Ruszniewski, M. (1998) *Les mécanismes de défense du malade à l'approche de la mort*. ASP-Liaison, 05 / 1998.

Ruszniewski, M. et al. (1998) « Morts annoncées, morts anticipées : la culpabilité mise à l'épreuve », *Débat dans Psychanalyse et fins de vie*, actes du colloque Psychanalyse et fins de vie du 28 et 29 octobre 1998. Paris : Editions Etudes Freudiennes, Hors série, 2001, p. 171-177.

- Ruszniewski, M. (2004) *Faut-il dire la vérité au malade ?*, Revue des maladies respiratoires, 2004 ; 21 : 19-22.
- Ruszniewski, M., (2005) *Fin de vie et société : approche psychanalytique*, in Hirsch, E., (sous la direction de), *Face aux fins de vie et à la mort. Étiques et pratiques professionnelles au cœur du débat*, Espace éthique, Vuibert, p. 24-26.

S

- Sade (1800 ~) *Histoires de Juliette*, in Œuvres, Tome III, Paris Gallimard (1998).
- Safouan, M. (1993) *La parole ou la mort*, Seuil.
- Saillant F., *Cancer et culture, produire le sens de la maladie*, Paris, Editions Saint Martin, 1988.
- Sartre, Jean Paul, (1939) *Le mur*. Paris, Gallimard
- Sartre, Jean Paul, (1943) *L'être et le néant*, Paris, Gallimard.
- Schaerer, R. (1986) *Contenu objectif de la vérité*, JALMALV n°7, 1986.
- Schaerer, R. (1994) *La mort peut-elle être annoncée ?* Bulletin JALMALV, n° 37, 1994
- Schaerer, R. (2002) *Parler de la mort avec le malade*, Tiré à part, p. 192-195. Revue JALMALV, n° 68, mars 2002.
- Schaerer, R. (2002) *Vers une nouvelle relation soignant-soigné ?* Revue JALMALV, n° 70, sept. 2002, *La vérité dans la relation de soin et d'accompagnement*.
- Schaerer, R. (2005) *Les dernières paroles ont-elles un sens ?*, Jalmalv, 2005, 82, p. 15-17.

- Schopenhauer, A. (1818) *Le monde comme volonté et comme représentation*, Paris, PUF (2006)
- Schur, Max (1975), *La mort dans la vie de Freud*. Gallimard.
- Schwartzenberg, L.,
et Viansson-Ponté, P. (1977), *Changer la mort*. Albin Michel.
- Sébag Lanoë, R. (1986) *Mourir accompagné*. Paris, Desclée de Brouwer.
- Sicard, D. (2002) *La médecine sans le corps. Une nouvelle réflexion éthique*. Paris, Plon.
- Skrabaneck, Petr. (1994) *La fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob, 1995.
- Sophocle, *Œdipe Roi*, in *Les Tragiques grecs* (DEFORGE, B. et JOUAN, F.), Tome I, Robert-Laffont, Paris, 2001.
- Sophocle, *Œdipe à Colone*, in *Les Tragiques grecs* (DEFORGE, B. et JOUAN, F.), Tome I, Robert-Laffont, Paris, 2001.
- Sophocle, *Antigone*, Paris, Bordas, 1984.
- Sourkes, B-M. (2000), *La part de l'ombre. Les aspects psychologiques des maladies potentiellement mortelles*, traduit de l'anglais par L. Osinki, Paris, Editions Frison-Roche.

Stobel, Rémy,

Le vieil homme et la mort : réflexion à propos de la question de la vérité, Université Claude Bernard, Lyon 1, 1998.

Sublon, R., (1975)

Le temps de la mort : savoir, parole, désir, Strasbourg, C.E.R.D.I.C. publication.

T

- Thévoz, J-M., *L'annonce d'un destin tragique au cœur d'une vie sans nuage*, Laval théologique et philosophique, vol. 54, n° 2, p. 247-276. (1998).
- Thiel, Marie-Jo, (Direct. De publication), *Entre malheur et espoir : annoncer la maladie, le handicap, la mort*. Presse universitaire de Strasbourg, 2006.
- Thomé-Renault, A. (1995), *Le traumatisme de la mort annoncée : psychosomatique et sida*, Paris, Dunod.
- Thouvenin, D., (1998), *Introduction du colloque psychanalyse et fin de vie*, Etudes freudiennes, 2001.
- Tolstoï, *La mort d'Ivan Illitch*. Paris, Flammarion.
- Triandafillidis, A., *Temps du savoir et temps de l'incertitude*, Psychanal. Univ., 1990, 15, 60, pp. 139-159.

V

- Veira Fraga, A.P. (2004) *Ce qui s'interprète de la mort dans la clinique psychanalytique*, Thèse de doctorat, sous la direction de Monique David-Ménard, Université Paris Diderot.
- Vion-Dury (Sous la dir.), (2000) *Entre-deux-morts*, PULIM, Limoges.
- Vovelle, M., (1983) *Le mort et l'occident de 1300 à nos jours*, Gallimard, Paris.

W

Winnicott, C.,

Donald Winnicott en personne, L'Arc, 1977, 69.

Z

- Zittoun, C., (1999) *D'une mort infinie à une mort certaine, cliniques méditerranéennes*, 59-60, p. 65-74.
- Zittoun, R., Ruszniewski, M., *Implications psychologiques des cancers. Conséquences psychologiques de la maladie*. Bull. cancer (Paris) 1988, 75 : 943-8.
- Zittoun, R. (2004) « *La mort est-elle annonçable ?* » dans *Le cancer, approche psychodynamique chez l'adulte*. Ramonville Saint-Agne : Erès, p. 307-311.
- Zittoun, R. (2007) *La mort de l'autre : une introduction à l'éthique clinique*, Paris, Dunod.
- Zorn, F. *Mars*, Paris, Gallimard (1979).

Tables des matières

REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE	7
INTRODUCTION	19
PREAMBULE	25

PREMIERE PARTIE

LE DROIT, LA MEDECINE, L'INFORMATION

_ PREMIER CHAPITRE _

LE CADRE JURIDIQUE DE L'INFORMATION EN MEDECINE

A	DU PATERNALISME A UNE RELATION CONTRACTUELLE	39
A.1	Paternalisme médical et conséquences juridiques : revendication d'un droit de savoir du malade	39
A.2	Du droit de savoir au devoir d'information : où la réappropriation du droit du malade sous la forme d'un devoir (obligation) médical.....	41
A.3	Du devoir d'information au droit d'être informé du malade : le respect de l'autonomie.....	45

B L'EXCEPTION A LA REGLE DU DROIT D'ETRE INFORME : LA VOLONTE DE RESTER DANS L'IGNORANCE 51

B.1 La volonté d'être tenu dans l'ignorance : un impossible à respecter au regard du « respect de l'autonomie »..... 53

B.2 La volonté d'être tenu dans l'ignorance : un impossible à respecter au regard de la question du consentement, de la relation contractuelle médecin-malade. 59

_ SECOND CHAPITRE -

SOINS PALLIATIFS : POSITIONNEMENT MEDICAL FACE A L'INFORMATION

A DE LA NECESSITE D'INFORMER 67

A.1 Informer pour échapper à l'illégalité et au paternalisme 68

A.2 Information et compliance au traitement..... 68

A.3 Informer pour ne pas nuire 71

A.4 Informer pour préparer à mourir..... 72

A.5 Le modèle « Kübler-Ross » 73

B ... AU REPERAGE DE DIFFICULTES DANS L'ANNONCE D'UN PRONOSTIC

LETAL	79
B.1 L'annonce d'un pronostic létal.....	80
B.2 Iatrogénie de l'annonce.....	80
B.3 Annonce et douleur morale.....	81
B.4 Annonce et mécanismes de défenses du patient.....	82
B.5 Annonce et sidération psychique.....	84
B.6 Les problèmes éthiques soulevés par l'annonce	87
B.7 Interprétation médicale des défenses psychiques	89
B.8 Les effets ontologiques du savoir.....	90

C THESEES MEDICALES : LES DIFFICULTES REPEREES DANS LE CADRE DE L'ANNONCE SONT INHERENTES A LA MANIERE DE FAIRE L'ANNONCE. 93

C.1 Progressivité de l'information.....	95
C.2 Annonce et espoir	96
C.3 Répétition de l'information	96
C.4 Techniques de communication	97
C.5 La communication triangulaire.....	98

C.6	Difficultés de l'annonce inhérentes au médecin lui-même.....	99
C.7	Annonce adaptée aux attentes du patient.....	100
C.8	Temporalité dans l'annonce	101
C.9	L'apprentissage de la mort chez les jeunes enfants.....	102
C.10	Modèle de Robert Buckman	103
D	CONCLUSION	109

DEUXIEME PARTIE

L'ANNONCE D'UN PRONOSTIC LETAL : SES INCIDENCES SUBJECTIVES

_ PREMIER CHAPITRE _

PEUT-ON PARLER D'UN TRAUMATISME DE L'ANNONCE ?

A	ANNONCE DU PRONOSTIC LETAL : ANGOISSE OU EFFROI ?	121
A.1	L'angoisse.....	123
A.1.1	1895 : la névrose d'angoisse	123
A.1.2	1916 : angoisse névrotique et angoisse réelle	126
A.2	L'effroi.....	135
A.2.1	L'effroi selon Freud	135
A.2.2	Plus que de l'angoisse : l'effroi.....	136
B	L'EFFROI ET SON RAPPORT AU TRAUMATISME	139
B.1	L'effroi articulé au traumatisme.....	139
B.1.1	Modèle économique du traumatisme	139
B.1.2	La spécificité de l'effroi	141

B.2	L'événement traumatique est un phénomène évocatoire	145
B.2.1	Le rêve-éveil de Maury	145
B.2.2	Ce qui est évoqué : le désastre inconscient	146
C	NATURE DE CE QUI EST EVOQUE.....	149
C.1	Une évocation de la mort ?	149
C.1.1	Rien de pulsionnel ne favorise la croyance en la mort.....	150
C.1.2	L'inconscient ne connaît rien de négatif	152
C.1.3	La propre mort n'est pas perceptible.....	155
C.1.4	« L'inconscient dénie la mort comme non réelle »	156
C.1.5	Appréhension de notre propre mort au travers de la mort de l'être cher	159
C.2	Une réactualisation de l'état de détresse ?	163
D	CONCLUSION	169
D.1	Au-delà de l'angoisse : l'effroi.....	169
D.2	L'annonce du pronostic léthal fait-il traumatisme ?	173

DEUXIEME CHAPITRE

« CHE VUOI ? »

A	LA MORT ANNONCEE.....	179
A.1	Vignettes cliniques.....	179
A.1.1	Mr P.....	179
A.1.2	Mr E.....	183
A.1.3	Mme H.....	184
A.2	Le destin dans les tragédies grecques	185
A.2.1	Prométhée enchaîné.....	185
A.2.2	Œdipe Roi.....	186
A.2.3	Le tragique du destin dévoilé, ou le rapport au savoir	187
A.2.4	La nature divine du destin	192
A.3	Le déterminisme : points de vue de la psychanalyse.....	195
A.3.1	Destin et déterminisme inconscient.....	195
A.3.2	Projection sur le réel d'un déterminisme inconscient	199
A.3.3	Mort et déterminisme	202
A.3.4	Figures du destin	205
A.4	Annnonce du diagnostic létal.....	209
A.4.1	Repérages théoriques.....	209
A.4.2	Retour sur la clinique	211

B	LE DESIR DE L’AUTRE	213
B.1	La mort comme fondement de l’Autre.....	213
B.2	Le désir de l’Autre.....	214
B.2.1	Le désir du désir de l’Autre.....	214
B.2.2	Che Vuoi ?.....	215
B.2.3	Angoisse face au désir de l’Autre	215
C	LE SENTIMENT DE L’HOSTILE	219
C.1	Ce qui aurait dû rester secret.....	219
C.2	Sentiment de malveillance	221
C.3	L’Unheimlich et la mort.....	223
D	CONCLUSION	225

TROISIEME CHAPITRE

ETRE SANS RECOURS

A	ETRE SANS RECOURS SYMBOLIQUE	229
A.1	Retours sur Freud.....	232
A.2	Abîmes ordinaires.....	234
A.3	Quand le manque vient à manquer.....	238
B	ETRE SANS RECOURS IMAGINAIRE.....	239
B.1	Vignettes cliniques	240
B.1.1	Mme G.....	240
B.1.2	Mme P.	241
B.2	Le moi s'abandonne	244
B.2.1	La férocité du surmoi	244
B.2.2	La fin de l'analyse	245

C	POSITIONS D'ETRE POUR LE SUJET	247
C.1	Etre vers la mort.....	248
C.1.1	Etre vers la mort quotidien ou le dévalement de l'être	248
C.1.2	L'être vers la mort existencial.....	253
C.1.3	Conclusion : Deux positions possibles du <i>Dasein</i>	256
C.2	Etre-pour-la-mort.....	257
C.2.1	Le dépouillement narcissique du moi.....	257
C.2.2	La solitude du sujet	258
C.2.3	Le rapport à l'Autre selon que le sujet ai assumé ou non l'être-pour-la-mort.	259
D	CONCLUSION	261

-QUATRIEME CHAPITRE_

LES RECOURS DU SUJET

A	EFFETS DE L'ASSOMPTION DE L'ETRE-POUR-LA-MORT.....	267
A.1	Antigone.....	267
A.2	L'état extatique ou le consentement à sa propre perte	271
B	PRENDRE APPUI SUR LE FANTASME	275
B.1	L'angoisse est le signe du réel.....	275
B.2	Le père protecteur	276
B.3	La réponse imaginaire à l'état de détresse	276
B.4	Renouer le désir de l'Autre.....	278
B.5	Le fantasme du châtiment.....	280
B.5.1	Réurrence d'un fantasme	280
B.5.2	Vignettes cliniques	280
B.5.3	Conclusion.....	284

C	REPONSES IMAGINAIRES AU DESIR DE L'AUTRE	287
C.1	L'appétence relationnelle.....	288
C.1.1	Mme R.....	288
C.1.2	Maintenir le lien à l'Autre	289
C.2	Le besoin religieux.....	291
C.3	D'une dialectique du Maître et de l'Esclave	292
C.4	Maîtrise.....	298
C.5	Dénégation ou passion de l'ignorance.....	302
D	CONCLUSION	319

TROISIEME PARTIE

RETOMBEEES CLINIQUES ET INSTITUTIONNELLES

PREMIER CHAPITRE

DU SAVOIR A L'IGNORANCE

A	RETOUR SUR LES THESES MEDICALES	327
A.1	La revendication des malades.....	327
A.2	Une bonne manière d'informer	329
B	POINT DE VUE MEDICAL-LEGAL ACTUEL.....	334
B.1	La mesure 40 du Plan Cancer 2003-2007 : le dispositif d'annonce	334
B.2	Positionnement médical actuel	336

C	DESIR DE SAVOIR.....	339
C.1	Le savoir du maître	341
C.2	Le savoir inconscient	342
C.3	Désirer savoir	343

SECOND CHAPITRE

L'ACTE CLINIQUE

A	MME J.....	349
A.1	Gémissement	349
A.2	Analyse et commentaires	353
B	MR F.....	361
B.1	« Qui est en colère et pourquoi ?».....	361
B.2	Analyse et commentaires	369

CONCLUSION..... 379

ANNEXE

TEXTES DE LOI

A ARTICLE 35 DU CODE DE DEONTOLOGIE DE 1979 395

**B ARTICLE 35 (ARTICLE R.4127-35 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE DE 1995
..... 397**

C ARTICLE 36 (ARTICLE R.4127-36 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE 399

**D EXTRAIT DE LA LOI DU 4 MARS 2002 RELATIVE AUX DROITS DES MALADES
ET A LA QUALITE DU SYSTEME DE SANTE 401**

**E LOI NO 2005-370 DU 22 AVRIL 2005 RELATIVE AUX DROITS DES MALADES
ET A LA FIN DE VIE..... 405**

F DIRECTIVES ANTICIPEES..... 411

INDEX

INDEX DE MOTS CLES ET CONCEPTS 415

INDEX DES AUTEURS CITES 431

BIBLIOGRAPHIE..... 439

TABLES DES MATIERES 489

RESUME

S'entendre annoncer, lors d'une consultation médicale, que la mort est proche, n'est pas sans effet subjectif. Effroi et traumatisme : violence faite à cette illusion d'immortalité protectrice qui soutient le sujet dans sa quotidienneté, ouverture faite sur le gouffre de la déréliction.

La clinique que l'on rencontre dans une unité de soins palliatifs met en évidence les effets subjectifs, trop souvent délétères, d'une telle annonce. C'est à partir de celle-ci que se déploie cette interrogation concernant le sujet et ce qu'il parvient à faire –ou non– de cette annonce.

Nous serons alors amenés à rendre compte de ce que la mort réelle, annoncée du lieu de l'Autre, a cet effet de produire une néantisation de la fonction symbolique qu'il supporte, en ce que son manque vient subitement à manquer.

La clinique propre aux soins palliatifs montre alors les incidences subjectives d'une telle vacillation et les possibles recours du sujet dans ses tentatives pour pallier au défaut de l'Autre.

MOTS-CLEFS : déréliction – ignorance – imaginaire – mort – réel – savoir – sujet – symbolique

SUMMARY

Agree announce during a medical consultation, that death is near, is not without subjective effect. Fear and trauma: violence against the illusion of immortality, which supports the protective subject his everyday life, opening made on the gulf of abandonment. The clinic encountered in a palliative care unit highlights the subjective effects, often deleterious, such an announcement. It is from this that unfolds this question on the subject and he manages to do-or not-of this announcement. We will then be brought to account for what the actual death, announced the place of the Other, this has to produce an annihilation of the symbolic function that it supports, in that its lack is suddenly missing. The clinic-specific palliative care then shows the implications of such a subjective vacillation and the possible use of the subject in his attempts to overcome the lack of the Other.

KEYWORDS: dereliction - ignorance - imagination - death - real - know - subject - symbolic