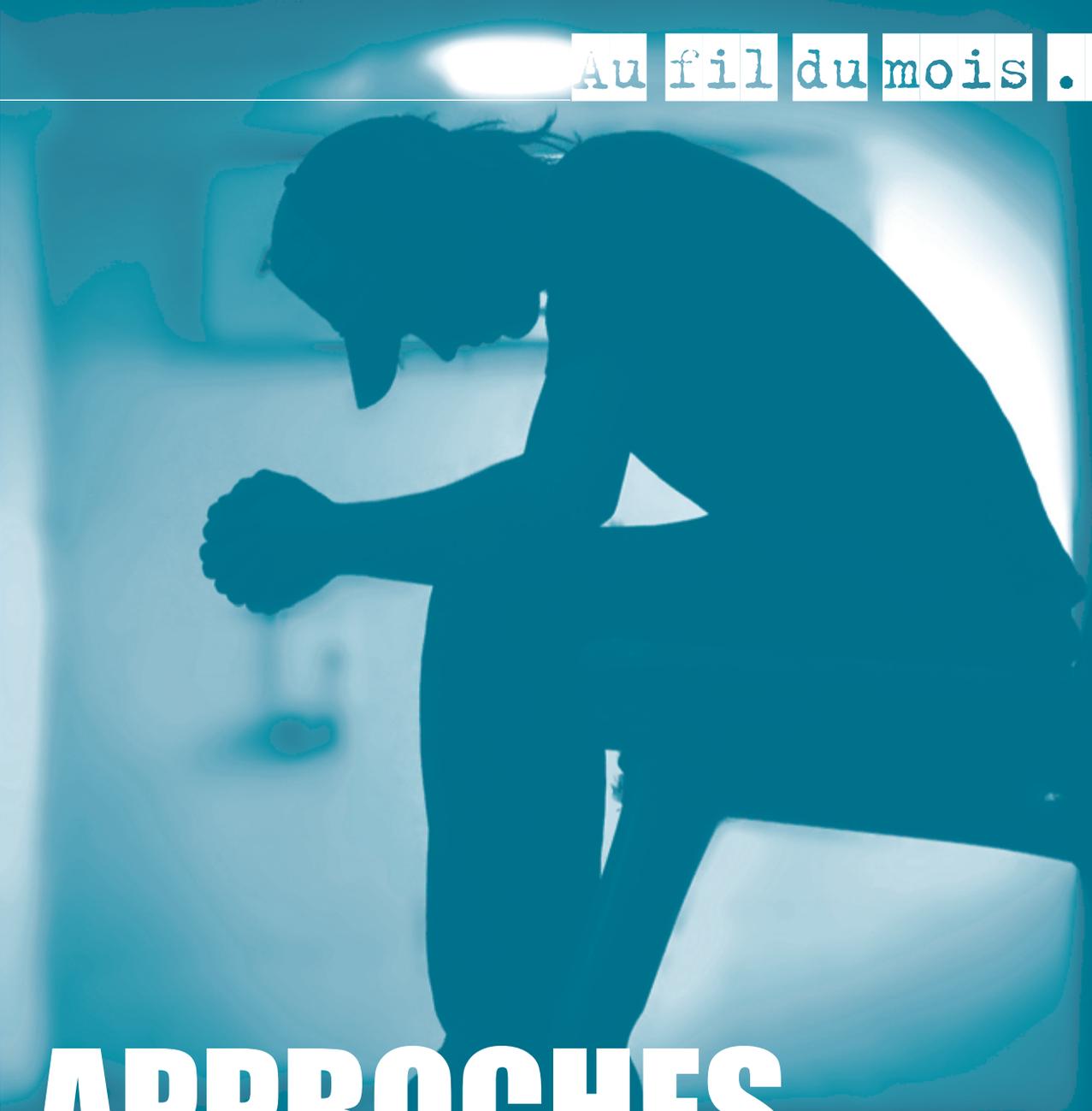


Au fil du mois ...

Prix de vente 10€ Novembre 2008



# APPROCHES *du mal-être*

numéro  
SPECIAL





GMS Santé  
Groupe Management Service

## DES EXPERTS DU SANITAIRE ET DU MEDICO SOCIAL A VOTRE SERVICE

**Conseil** : Notre expérience du terrain au sein de divers établissements vous garantit une qualité d'écoute et une approche professionnelles, innovantes et objectives de votre quotidien et de votre environnement.

- Nos objectifs :**
- Vous écouter,
  - Vous conseiller,
  - Vous proposer des solutions innovantes personnalisées,
  - Vous accompagner dans leur mise en place.

**Formations** : Des formations fédératrices autour de votre esprit d'Etablissement, adaptées à votre problématique, en adéquation avec les besoins de votre équipe.

- Nos objectifs :**
- Améliorer et actualiser les connaissances de chacun,
  - Créer des échanges,
  - Impliquer chacun des membres du personnel et de l'encadrement,
  - Dynamiser l'ensemble des équipes.

**Public :**

**Inter-Etablissements :**

Directeurs  
Médecins coordonnateurs  
Personnel d'encadrement

**Intra-Etablissement :**

Tout personnel  
Toutes catégories confondues  
Catégorie professionnelle ciblée

- Bienveillance
- Prise en charge médicale du handicap (handicap et vieillissement)
- Prise en charge psychique du handicap
- Accompagnement en fin de vie
- Gestion de la douleur en Etablissement
- Vivre avec l'épilepsie,
- Prévention du suicide en Etablissement
- ...

### Intervenants :

Médecins du handicap  
Médecins gériatres  
Médecins soins palliatifs  
Psychologues  
Juristes (Maître de Conférence, consultants)  
Formatrices en communication  
Hygiéniste expert  
...



[WWW.GMS-SANTE.COM](http://WWW.GMS-SANTE.COM)

GMS Santé – Groupe Management Service  
Tél. 06 11 04 91 28 - Fax 04 91 72 67 67  
[gms-info@gms-sante.com](mailto:gms-info@gms-sante.com)

# s o m m a i r e

Au fil du mois..

é d i t o

## Editorial

Roland CANOVAS

1

## Préface

Philippe PITAUD en collaboration avec Adrien AUGUSTO

3

## Mal-être ou privation du sens

Jacqueline BARUS-MICHEL

7

## Du mal-être à en écrire – Fragmentaire

Joël CLERGET

15

## A l'écoute du mal-être ; source de souffrances

Philippe PITAUD et Adrien AUGUSTO

21

## Les conduites suicidaires à l'adolescence

Xavier POMMERAU

33

## Aider l'enfant cancéreux, et ses parents, à se déprendre du mal-être

Daniel OPPENHEIM

37

## Malaise dans la clinique

Geneviève MOREL

43

## Mal-être... Etre Mal ? L'illusion d'exister

Sophie BOLINCHES

49

## Mal-être et démences séniles

Philippe PITAUD

55

*Dans un article paru, Dimanche 11 Août, La Provence se faisait l'écho de l'appel de quinze médecins, éminentes personnalités de la psychiatrie en France, contre l'abus des antidépresseurs.*

*Ces médecins rappellent que "21,4% des Français ont consommé des médicaments psychotropes dans l'année contre 15,5% des Espagnols, 13,7% des Italiens, 13,2% des Belges, 7,4% des Néerlandais et 5,9% des Allemands."*

*Dans cet appel, il leur est apparu nécessaire d'alerter l'opinion et les pouvoirs publics sur les dangers de cette surmédicalisation du mal-être et sur l'existence d'alternatives non médicamenteuses aussi efficaces.*

*Il nous faut savoir par ailleurs, qu'un Français sur cinq a consommé un psychotrope dans l'année et que le volume de ventes de ces médicaments a été multiplié par deux en 10 ans.*

*Avec ce Numéro Spécial 2008 consacré au Mal-être, l'équipe du CREA I Paca et Corse s'inscrit dans les interrogations de notre temps voire les a anticipées puisque ce choix est intervenu en Janvier de cette année. Cela ne surprendra personne car tels nos collègues médecins, nous, acteurs de l'action sociale et médico-sociale, nous sommes en permanence sur le front des souffrances et nous constatons depuis, un moment déjà, cet enracinement du mal-être dans toutes les strates de la société.*

*Une Revue c'est d'abord un document de référence, un support que l'on emmène avec soi et qui nous aide à interroger nos pratiques même sur le terrain où l'on ne dispose pas d'outils informatiques chers aux technocrates qui, justement, ne se rendent pas ou peu, voire jamais sur le Front ;*

*Dans ce monde écrasé d'illusions virtuelles et où l'inculture encombre les cerveaux dilatés de certains, une Revue est une référence à laquelle on se réfère quand le doute assaille ceux qui oeuvrent sans relâche pour une Humanité plus humaine et... combattent le mal-être.*

Mensuel du Centre Inter-Régional Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse d'Etude, d'Action et d'Information en faveur des personnes en situation de handicap et/ou d'inadaptation dans les champs social, médico-social et sanitaire.

6, rue d'Arcole 13006 MARSEILLE

Tél. 04 96 10 06 60 - Fax 04 96 10 06 69

Emploi info : 04 96 10 06 66

E-mail : [contact@creai-pacacorse.com](mailto:contact@creai-pacacorse.com)

Site internet : [www.creai-pacacorse.com](http://www.creai-pacacorse.com)

Directeur de la Publication : Docteur Monique PITEAU-DELORD

ISSN 1148-4047

Imprimeur CREA I - Réalisation INA

Prix du numéro spécial 10€ + 3€ (frais d'expédition)

**Roland Canovas**  
Président du CREA I PACA et Corse



6, rue d'Arcole  
13006 Marseille

Tél 04 96 10 06 60  
Fax 04 96 10 06 69

Email : [contact@creai-pacacorse.com](mailto:contact@creai-pacacorse.com)  
Site : [www.creai-pacacorse.com](http://www.creai-pacacorse.com)

Le CREAI PACA-Corse a le plaisir de vous informer de la publication d'une nouvelle édition du Répertoire inter-Régional PACA et Corse des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette édition actualisée prend en compte les nombreuses évolutions de l'équipement régional : créations de structures, évolution des agréments, restructurations intra et inter-associatives ; outil que le CREAI est heureux de mettre à disposition des professionnels, associations, usagers et leurs familles.



# Répertoire Paca & Corse

## Etablissements & Services

### Handicap - Inadaptation

- document présenté en 2 tomes :  
tome enfants/adolescents, tome adultes
- 2125 établissements et services dans les régions PACA et Corse
- l'ensemble du secteur social et médico-social :
  - établissements et services pour personnes handicapées
  - établissements et classes d'enseignement spécial
  - établissements et services de psychiatrie
  - établissements et services pour personnes en difficulté
- les caractéristiques de chaque structure : organisme gestionnaire, populations accueillies, capacité, modes d'accueil, antennes.



Bon de commande à retourner au CREAI [avec votre règlement](#)

**Répertoire 2007**

Organisme ou nom du destinataire .....

Adresse du destinataire .....

Téléphone ..... Fax .....

Je commande :

Désignation	Prix*	Nombre d'exemplaires	Total en €
Tome Enfants – adolescents	50 €		
Tome Adultes	50 €		
Frais d'envoi pour 1 tome	4 €		
Frais d'envoi pour 2 tomes	5 €		
<b>TOTAL</b>			

Date et signature

Je souhaite une facture acquittée : oui  non

Je souhaite une facture : oui  non

\* Prix préférentiel pour les établissements versant la contribution volontaire : 40 €/tome

# Préface

**Philippe PITAUD<sup>1</sup>**

en collaboration avec Adrien AUGUSTO<sup>2</sup>



**R**ien ne sert de se voiler la face, nul n'est sans savoir que certains symptômes comportementaux individuels, traduisent clairement un mal-être. Malheureusement, ce dernier prend une ampleur parfois surprenante, nous conduisant même, à nous interroger sur une éventuelle crise sociétale.

En effet, l'exemple le plus évocateur, résiderait d'abord dans le nombre de suicides<sup>3</sup> qui, depuis 1950, a été multiplié par quatre chez les moins de 15 ans et par 3,5 chez les 25-34 ans. Ainsi, selon l'Institut National des Etudes Démographiques (INED), la France arrive en 4ème position mondiale, concernant le taux de mortalité par suicide (ratio de 20 pour 100 000). C'est d'ailleurs la deuxième cause de mortalité après les accidents de la route pour les moins de 24 ans, et la première cause chez les 25-34 ans. Mis à part ces faits de société choquants, on ne parle également pas assez du suicide des personnes plus âgées, souvent des hommes, à la suite du décès de leur épouse.

Ensuite, les comportements à risques occasionnés par les adolescents et les jeunes adultes, prennent une telle proportion qu'ils ne doivent plus être assimilés à une « crise de l'adolescence » banale, mais plutôt à de véritables symptômes de mal-être. Qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool ou de la drogue, la prise de ces substances s'effectue de plus en plus tôt à des fréquences plus soutenues, dans un contexte où le comportement des filles en devient presque similaire à celui des garçons. Plus encore, il existe parallèlement à ces psychotropes dits "perturbateurs", d'autres substances qui sont quant à elles consommées par un public adulte. Chacun possède son remède lui permettant de pouvoir affronter son rythme de vie. On distingue donc deux autres catégories de

psychotropes qui sont les "calmants" (somnifères, anxiolytiques) et les "stimulants" (antidépresseurs, amphétamines). D'après le rapport Zarifian (1996), cette tendance est qualifiée "de prix du bien-être", mais si l'on considère la souffrance humaine, elle semble plutôt être le coût du mal-être.

Bien sûr, le facteur favorisant ces conduites addictives, est par définition, la prise de ces substances elle-même, qui alimente une forme de mal-être et surtout le besoin d'en avoir recours de façon chronique. Mais l'environnement y est également pour beaucoup, surtout dans les cas suivants : familles monoparentales ou recomposées, système scolaire ne favorisant pas la réussite, taux de chômage élevé, pressions psychologiques, ou violences sexuelles et physiques.

Enfin, de façon plus générale, notre système de santé a la particularité de proposer une prise en charge élaborée et accessible à la grande majorité de la population, grâce à sa quasi gratuité. Par conséquent, cette caractéristique révèle une forte tendance à la sur-consommation de médicaments (coût s'élevant à 500 € par personne, en 2005). Il n'est pas question de remettre en cause ce principe, mais plutôt d'analyser l'origine de ce comportement atypique. En effet, la France est le 3ème pays au monde (2006) pour les dépenses globales de santé. Quelles raisons peut-on alors attribuer à cela, si ce n'est, cet accès facilité à l'offre de soins, et au caractère hypocondriaque de certains ? Pourtant en France, la notion de "qualité de vie", est vraiment ancrée dans les mœurs. Ainsi, pallier à notre mal-être par des substances, ne doit pas, préférentiellement, mettre en évidence le bien-être des gens, mais plutôt ce qui les conduit à adopter ce genre de comportement, c'est à dire un mal-être individuel.

(1) Professeur à l'Université de Provence, Directeur de l'Institut de Gérontologie Sociale, coordinateur du numéro spécial de la revue du CREAL PACA et Corse

(2) Coordinateur des actions prévention santé à l'I.G.S.

(3) Source INSERM, 2001

*Le mal-être et le bien-être figurent actuellement parmi les préoccupations majeures de notre société contemporaine. Par définition, l'un est le contraire de l'autre. On souhaite atteindre un état de plénitude en accédant au bien-être, tandis que l'on tente d'éviter la situation de mal-être. Autrement dit, on recherche des émotions et des sensations positives et on évite les émotions et les sensations négatives, d'où leur caractère subjectif. En revanche, ce principe, ne constitue pas une règle absolue, car parfois, l'être humain peut rechercher un état de mal-être.*

*Toutefois, ces différentes motivations sont perçues de façon consciente et sont associées à un continuum de sensations de plaisir et de déplaisir. Ce qui nous incite à réagir en produisant un comportement (bienveillant, masochiste...). Si le bien-être ou le mal-être, sont considérés comme une fin en soi, les moyens d'y arriver seront dotés d'une intention qui donnera du sens à nos actions.*

*Mais cette quête de l'insaisissable, nous expose inévitablement à son contraire, selon à quoi nous aspirons. Puisqu'en tant que sujet vulnérable, nous nous exposons dès lors à une ambivalence : le bien et le mal. Cette contradiction à laquelle nous sommes confrontés, ne suit cependant pas une logique du "tout ou rien", puisque comme l'expliquait Freud, "faute de bonheur, les Hommes se contentent d'éviter le malheur"<sup>(3)</sup>.*

*Cette bataille éternelle a dorénavant investi les sphères les plus intimes de l'individu, c'est à dire le domaine de la santé. Rappelons que cette dernière, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), englobe dans une perspective globale, les sphères physiques, psychiques et sociales. On est donc en bonne santé lorsque l'on se trouve dans un état de bien-être, par rapport à ces trois dimensions. Corrélativement, se situer dans une position de mal-être, induit donc un mauvais état de santé. Il peut être provoqué par un état particulier relevant de la santé psychique (c'est à dire qui a rapport aux fonctions intellectuelles et affectives) et/ou par un état particulier de santé physique (d'après*

*des données anatomiques) et/ou une situation sociale particulière (dans le cadre des relations entretenues avec les autres).*

*Dans une certaine mesure, le mal-être pourrait donc provenir de certain(s) besoin(s) non comblé(s). Bien qu'il puisse également être le fruit d'un désir (tendance passagère induite par un contexte particulier) non satisfait, d'un traumatisme psychologique (émotion violente), d'une humeur...*

*Dans le cadre de cette réflexion, nous n'aborderons pas la question du mal-être dans sa dimension physique comme résultant d'une douleur en réponse à une perturbation ou un traumatisme physiologique.*

*Cependant, si l'on se réfère à la «Pyramide des besoins» selon MASLOW<sup>(4)</sup>, l'échelle à 5 niveaux illustre un ordre de priorité dans leur assouvissement. Par exemple, on ne sera pas motivé par combler le "besoin de s'accomplir" si l'on n'a pas réglé avant nos "besoins physiologiques" (liés au maintien de l'homéostasie de l'organisme).*

*Mais il ne convient pas uniquement de se nourrir, de dormir, de boire... encore faut-il bien le faire.*

*Ainsi, d'un point de vue médical, la notion de bien-être n'est elle pas devenue "le fer de lance" des professionnels de la santé qui tentent de faire respecter certaines règles essentielles d'hygiène de vie, garantes d'une bonne santé physique. La tendance actuelle vise à rationaliser les manières d'y accéder, ce qui eut pour conséquence d'accroître l'espérance de vie. A ce sujet, l'Etat français impulse des campagnes de promotion de la santé, telles que le Programme National Nutrition Santé, lancé depuis 2001 et, réactualisé tous les quatre ans. Cependant, de la même façon que les publicistes imposent des canons de beauté aux plastiques irréprochables, sous prétexte d'être en bonne santé, ces campagnes de promotion (certes de bonne volonté) dénoncent les personnes ayant une masse corporelle trop importante, les anorexiques, ceux qui ne font pas moins de trente minutes d'activité physique par jour, ceux qui ne font*

(3) Sigmund Freud, *Malaise dans la civilisation*, PUF, Paris, 1980, p.42

(4) «A Théorie of Human Motivation», 1943

pas suffisamment fonctionner leur activité cérébrale, ceux qui n'expriment pas leur joie de vivre... Cela a donc pour conséquence de dicter des normes de conduite, des normes par rapport à ce que l'on est, ce qui provoque la mise à l'écart de ceux qui ne se situent pas dans la "normalité". Bien que les comportements à risque soient réfutables, le fait de ne pas se sentir comme des "gens normaux", c'est-à-dire comme ceux qui ont un comportement "favorable" à la détention d'un comportement "convenable", pourrait entraîner une situation, dans laquelle il ne vont pas s'aimer.

Voici donc un exemple illustrant les liens qui relie les sphères physiques, psychiques et sociales. Ce débordement d'un domaine à un autre, induit par des exigences vues sous le seul paradigme sanitaire, reflète d'une certaine manière la rupture avec la croyance Kantienne<sup>5</sup>, idéologie selon laquelle "une éducation rationnelle pourrait nous installer dans un règne de paix<sup>6</sup>". Les progrès de la science ne sont pas forcément de ce point de vue synonyme de bonheur. Malgré que les remarquables progrès de la science aient provoqué l'apparition des conditions d'une meilleure hygiène de vie, nous tentons de fuir le mal-être, comme nos ancêtres ont voulu "éviter la peste".

Cependant, un mal d'une tout autre nature, peut nous ronger. Nous sommes nous même créateurs et victimes de cette souffrance, la nôtre. Elle s'amplifie lorsque le malaise s'installe, jusqu'au point parfois de ne plus pouvoir imaginer de solutions envisageables comme remèdes à nos problèmes. Au début, simple état d'humeur passager, cette souffrance psychique survient sans prévenir de façon sporadique, puis de manière récurrente, pouvant même se traduire à terme en souffrance psychologique chronique. L'intensification d'un mal-être envahissant, se nourrit du déséquilibre dont la personne fait preuve, malgré elle.

Dans ce cas nous pouvons donc émettre l'hypothèse, que le mal-être pourrait donc provenir du fait que l'on se sent mal par rapport à ce que l'on est. De plus, l'effort d'adaptation pour atteindre un nouvel état,

accentue le malaise que l'on peut ressentir par rapport à ce que l'on est actuellement. Car on est dorénavant investit de cette nouvelle mission qu'il faut accomplir jusqu'au bout.

A partir de ce postulat, cette hypothèse nous renvoie aux questions existentielles que chacun d'entre nous, être humain doté de conscience et de langage, se pose ; à savoir : Qui suis-je ? Pourquoi ? Comment ? Jusqu'où ?...

Cette somme d'interrogations reflète en réalité notre volonté, notre angoisse, de donner du sens à notre existence. Or, cette production de sens s'opère grâce à l'image que l'on a de soi, aux regards des autres sur soi et à l'idée que l'on se fait quant à l'image que peuvent avoir les autres sur soi. Ainsi, le jeu quotidien des relations à l'autre, affecte la vision que l'on se fait de nous même.

Cette notion s'avère essentielle dans la réflexion concernant le mal-être puisque les émotions négatives auxquelles nous sommes confrontés, vont inévitablement influencer sur notre comportement. De ce fait, il n'est pas rare de voir des personnes traduire par une réaction somatique un conflit psychique, interioriser leurs émotions, ou bien même les extérioriser, voire les retourner contre soi. L'angoisse, la dépression, le repli sur soi, le rejet, la violence, le suicide... tels sont des exemples de conduites qui peuvent habiter les plus jeunes, comme les adultes ou encore les vieilles personnes.

Toujours est-il que lorsqu'une personne exprime son mal-être, elle se plaint de la souffrance vécue.

Le mal-être, source de souffrance, nuit aux liens qui nous unissent les uns aux autres ? Ou inversement, le manque d'attention, d'écoute et surtout de compréhension, seraient-ils à l'origine d'un mal-être, qui se nourrit de ce déficit relationnel ?

En s'interrogeant sur les sources produisant du mal-être, on distingue selon BRAUD<sup>7</sup>, d'une part, la violence physique et d'autre part, la violence psychologique, cette dernière pouvant résulter de la première, tout en étant parfois délibérément recherchée.

(5) Emmanuel Kant (1724-1804)

(6) Miguel Benasayag et Gérard Schmit, février 2003, «Les passions tristes», p.82 à 86, p.186, La Découverte

(7) Philippe BRAUD, février 2003, «Violence symbolique et mal-être identitaire», Raisons politiques, n°9, p.33-47, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.

Autrement nommée comme "violence symbolique", il affirme qu'elle opère dans les représentations sociales une blessure identitaire qui porte atteinte à l'estime de soi. "Culturellement construites, ces représentations de soi sont intériorisées par la personne d'une manière qui les rend constitutives de sa propre identité individuelle et sociale"(ibid., p.36). Rappelons que d'un point de vue psychanalytique, l'identité se constitue d'après le domaine "narcissique" (l'estime que nous nous portons), "objectal" (l'affection qui nous lie à nos proches) et "d'attachement" (notre certitude de faire partie d'une communauté qui nous accepte). Ceci illustre donc d'une certaine manière, la mécanique psychologique à partir de laquelle nous édifions notre identité par rapport au monde qui nous entoure et auquel nous appartenons.

Par conséquent, la nature de la relation à l'autre serait détériorée à cause d'une blessure identitaire, traduisant une atteinte narcissique et par là même de sa dignité, nuisible à l'identité sociale à laquelle appartient l'individu. Le sentiment d'appartenance d'une personne à un groupe familial, amical... serait donc ébranlé à cause de l'image différente qu'elle se donne d'elle-même et de la faible estime de soi qu'elle s'attribue.

D'ailleurs, au delà d'un certain seuil, il en est de même avec les souffrances physiques qui restreignent notre champ des possibles, notre liberté d'action, marquant ainsi, une handicapante différence avec les autres.

**Dans cette mesure, ainsi, le mal-être serait-il la cause d'une remise en question des liens que nous entretenons avec les autres, mais également avec nous même. Si nous considérons ce phénomène comme nécessaire à tout un chacun, pour évoluer dans notre parcours personnel qu'est la vie, cette hypothèse ne dégagerait-elle pas de ce point de vue, une autre image du mal-être, de celle communément véhiculée par notre société ?**

En effet, à partir de notre réflexion, nous pouvons également émettre l'hypothèse selon laquelle, cette volonté farouche, pour la grande majorité des personnes, d'éviter le malheur, accentuerait l'incompréhension de la souffrance exprimée par l'autre.

A ce propos, la question que l'on pourrait se poser est de savoir pourquoi les sociétés modernes sont elles si intolérantes à tout ce qui pourrait entraver le bien-être et les émotions positives ?

Ces quelques lignes introductives au thème du numéro spécial de la revue du CREAL Paca et Corse 2008 n'ont pour objet que d'ouvrir des questionnements à la fois sur les origines du mal-être mais également sur les formes revêtues par ce dernier comme sur les réponses apportées par le secteur social et médico-social.

Une fois de plus, depuis plus d'une dizaine d'années, le CREAL PACA et Corse a su rassembler autour de ce thème qui nous concerne toutes et tous, des auteurs engagés sur le terrain et qui, forts de leurs convictions ont pris du temps sur leur temps pour avancer avec nous, tels des pèlerins en quête de Savoir.

Ami lecteur qui ouvre cette Revue, viens avec nous sur ce chemin.

---

# Mal-être ou privation du sens

Jacqueline Barus-Michel<sup>1</sup>

*La plupart de civilisations - l'humanité entière peut-être -  
ne sont-elles pas devenues "névrosées" sous les efforts de la civilisation même ?*

*Freud, Malaise dans la civilisation*

Le mal-être s'oppose au bien-être, état qui couvre les dimensions de l'être, psychiques et physiologiques et englobe la situation matérielle et sociale. C'est être bien dans sa peau, et dans son environnement, en accord avec soi-même, sans contradiction ni doute, en un mot, sans manque. Le moi coïncide avec son être. Le bien-être peut exclure les autres et relever d'une certaine complaisance à soi.

Si le bien-être est un état, le bonheur est un idéal. La condition humaine est précaire et plutôt malheureuse, le bonheur n'a pas d'existence assurée, d'autres l'attestent : "Le bonheur n'est pas chose aisée. Il est très difficile de le trouver en nous, et impossible de le trouver ailleurs" (Chamfort), "Vous cherchez le bonheur pauvres fous ? Passez votre chemin : le bonheur n'est nulle part" (Louise Michel). A part le bien-être, le bonheur n'a pas beaucoup de synonymes qui expriment un état stable, la joie, le plaisir, la satisfaction et même l'aise ne durent pas. A moins qu'au Paradis...

Du chagrin au désespoir, le malheur, par contre, a des mots pour le dire, c'est une expérience connue. L'accident, la misère, la maladie, la perte, le deuil, atteignent aussi bien le moral que le physique ou la situation sociale. Le malheur frappe au cœur au point que l'on préfère parfois ne pas y survivre. Le mal-être n'est pas forcément un malheur, il n'en a pas la violence, il ne relève pas d'une cause toujours identifiable ni par le sujet ni par les témoins.

## MALAISE

Il faut distinguer le mal-être du malaise qui est un sentiment de gêne diffuse, en général reflet d'un conflit interne ou externe, le sujet se

trouvant en porte-à-faux entre deux attitudes sans pouvoir trancher pour des raisons de solidarités mal élucidées avec les deux. Ou bien le malaise naît d'une incompréhension de la situation qui, là encore, inhibe le comportement. Un malaise peut être par exemple causé par une incongruité dont on a été auteur ou témoin, par une situation inopinée où l'on ne sait trouver de la pertinence. Dans tous les cas, prévalent la gêne et l'inhibition. Le malaise peut être partagé par un ensemble de personnes mises en face d'une même situation où l'expression semble muselée. Le moi partagé entre des injonctions paradoxales plus ou moins formulées, est déstabilisé et rendu momentanément impuissant. Le malaise est donc circonstanciel, lié à une situation et susceptible de disparaître avec elle, les causes externes peuvent en être identifiées. Le malaise peut être persistant, il se résout soit par la fuite de la situation, soit dans une crise qui met brusquement au jour la contradiction. L'explosion de 68 témoignait d'un malaise générationnel ou même sociétal : l'ennui bourgeois, le conformisme et le vieillissement engendrèrent un désinvestissement et un sursaut, le désir perça à nouveau ("sous le pavé la plage"), et l'imaginaire le relayant dans une agitation brouillonne libératrice donna une nouvelle impulsion à la société.

**Pour Freud** (Malaise dans la civilisation, 1929), le but de la vie orienté par le principe de plaisir est "absolument irréalisable" et ce qu'on appelle le bonheur ne peut être qu'un "phénomène épisodique" alors que la souffrance nous menace de toutes parts. Les formes d'évitement du déplaisir, dont la sublimation, échouent bien souvent et les

(1) Professeuse émérite Université Paris 7-Denis Diderot

individus sont conduits à la fuite dans la névrose, celle-ci peut donner des satisfactions substitutives, mais en aucun cas le bonheur. La vie humaine reste entachée, aux dires de Freud, d'une insatisfaction chronique. Une des sources de ce malaise est "la souffrance d'origine sociale" : "l'homme devient névrosé parce qu'il ne peut supporter le degré de renoncement exigé par la société au nom de son idéal culturel". Les progrès ne compensent pas à nos yeux les frustrations imposées au nom même de ce progrès et de l'harmonie sociale. La civilisation exige la non-satisfaction des pulsions les plus puissantes et, partant, elle entretient hostilité et souffrance paradoxalement conjointes avec l'attente de protection, de reconnaissance et de satisfaction des besoins. ( Le mal-être ne serait-il pas cet état constant, lié à la nature de l'homme à la fois égoïste et social : le vécu d'un paradoxe indépassable ?)

La nécessité de solidarité autant que les exigences de la sexualité (Ananké et Eros), ont contraint les hommes à retenir l'expression brute de leurs pulsions inhibées au profit de la civilisation qui exige sacrifices et détournements. Les compensations sociales, culturelles et morales, souvent, ne sont pas à la hauteur des souffrances infligées qui excèdent alors le malaise et ne trouvent d'exutoire que dans la maladie ou le crime. Plus ordinairement, l'homme civilisé, adapté à la société dans laquelle il vit, a intériorisé les exigences sociales, retourné contre lui-même son agressivité en termes de conscience morale (Surmoi) dont la sévérité génère le sentiment de culpabilité, une "mauvaise conscience" qui peut s'entendre comme "angoisse sociale" et devenir "un malheur intérieur continu". Ainsi le malaise prend-t-il plusieurs formes qui peuvent se combiner, celle du symptôme, celle d'une angoisse diffuse, celle d'une frustration subie. Chronologiquement, la frustration (contrainte, exigence, interdit, répression, non satisfaction) est première, qu'elle vienne de la réalité ou de l'environnement social (famille, société) ; quand la sublimation n'est pas possible ou suffisante, la névrose induite retourne la souffrance sur l'individu ou vers l'extérieur.

Le malaise est en fait universel, lié à la nature de l'homme, pulsionnelle et sociale à la fois. Freud souligne que "le sentiment de culpabilité engendré par la civilisation...reste

en grande partie inconscient ou se manifeste comme un malaise, un mécontentement auquel on cherche à attribuer d'autres motifs."

## **MAL-ÊTRE**

Le malaise peut accompagner le mal-être, mais celui-ci est plus profond, chronicisé et non circonstanciel, il affecte la structure psychique du sujet tout en étant généralement lié à la société ou à la culture à laquelle il appartient. Dans la mesure où la structure psychique est touchée, on pourrait y voir un processus pathologique dormant affectant les capacités d'adaptation du sujet à son environnement, une faiblesse du moi entraînant du désinvestissement, un état dépressif latent, ou des réactions pulsionnelles mal maîtrisées et, pourquoi pas, un état border-line. Mais s'il est vrai que ces caractéristiques sont accompagnées de mal-être, celui-ci, pour autant, ne peut y être réduit ni à la psycho-pathologie !

Des époques (le romantisme), des catégories de populations (immigrés, jeunes), des régimes politiques peuvent générer un mal-être qui va bien au-delà du simple malaise. Des postures philosophiques comme le nihilisme se sont appuyées sur le mal-être. Les expressions en sont différentes, pessimistes, nostalgiques, créatives, violentes, non seulement en fonction des individus mais des conditions sociales et des légitimations qu'elles y trouvent. Bien qu'affectant la personne dans son être au monde, son sentiment de soi, le mal-être ne peut se considérer hors du champ social large ou étroit (du milieu) dans lequel il se manifeste.

Le mal-être peut être entendu comme une perte de la cohérence interne induite par une inadéquation avec le milieu constitué par les autres et les références sociales. Cette perte engendrerait le sentiment durable de n'avoir pas de place ni de possibilité de contact d'expression et de reconnaissance. Mais ce sentiment s'inscrit dans une souffrance diffuse sans mots pour la dire. Le désir est flottant, sans objet, les investissements affaiblis comme automatiques. Ses conduites semblent n'avoir pas de sens pour le sujet ni ne pouvoir être comprises par l'entourage, mis à part ceux qui partagent la même expérience.

Le mal-être est un mal de l'être, un doute identitaire ("je ne sais pas ce que je suis ni ce que je veux, je me sens étranger à ce qui se passe autour de moi"), un mal de l'être en soi et en situation. Si ce doute n'est pas lié aux origines de la construction de la personnalité, il est dû au décalage qui a pu s'installer entre les appartenances, les références, les offres du milieu et les idéaux du moi. D'une part, le moi idéal ou le narcissisme n'a pu être soutenu par l'accueil fait aux réalisations du sujet, d'autre part, les idéaux se sont heurtés tout de suite à la médiocrité, à la répression ou à l'incompréhension voire à la dérision ambiante.

Il s'en suit une perte de désir et de sens contaminant tous les rapports du sujet à soi-même et aux autres. Selon le stock pulsionnel et l'intériorisation des interdits, le contrôle surmoïque, le sujet réagira par l'inertie ou la violence, le refuge dans une solidarité mimétique (la bande).

## SOUFFRANCE

L'être humain (sapiens sapiens) se distingue des autres espèces vivantes par la pensée réflexive, qui retourne sur elle-même pour s'examiner, chercher ses critères, mais aussi, dans une dimension imaginaire, lui permet de prendre de la hauteur par rapport à la réalité, de la penser autrement et de s'en proposer les transformations. Le langage (le symbolique) lui permet de fixer les figures de sa pensée et de l'échanger avec ses semblables. Ainsi le sujet humain, avec les autres, pense, parle et agit dans l'univers qu'il se représente et qu'il tâche de transformer à la mesure de ses besoins mais aussi de ses désirs. Confronté à une réalité qui ne veut rien dire par elle-même et qui se manifeste comme un obstacle le mettant face à ses manques et à sa finitude, il ne cesse de s'en donner des représentations pour avoir prise sur elle. Le sujet est tendu par la nécessité de donner du sens à son expérience, au monde autour de lui, à ses relations aux autres dans la solidarité ou dans le rejet du sens, à lui-même, à son histoire, à ses actes, à son devenir. Ce sens est une construction destinée à répondre à ses angoisses, à satisfaire ses aspirations (expression, réalisation) et à obtenir la reconnaissance des autres auxquels il est lié par les affects, les appartenances sociales et les dépendances matérielles, à s'assurer une place au sein de la collectivité.

Sociétés et cultures, résultantes de ces tensions, s'emploient à construire des ensembles répondant au besoin de sens : les mythes, les religions, les idéologies, proposent des représentations et des récits dont sont tirées valeurs, normes et prescriptions destinées à orienter les conduites individuelles et sociales. Mais, chacun, dans une perspective d'autonomie et de maîtrise de soi, fait le choix de ses références et cherche à construire le sens de sa vie, à produire sa propre histoire au sein même des déterminants de multiples registres dont il est aussi l'objet. Ainsi le sujet s'est-il dégagé dans les sociétés démocratiques notamment comme libre de s'exprimer, se penser et se réaliser, liberté qui est un travail et un dégagement auquel, par exemple, la psychanalyse est venue prêter main forte. Le travail de construction du sens n'est pas la clef du bonheur, mais, par contre, la souffrance peut être assimilée à la perte du sens. On voit dans la souffrance la conjonction du somatique et du psychique, encore que douleur organique et souffrance psychique puissent être indépendantes, mais l'une peut entraîner l'autre. Que ce soit un désordre physiologique ou un désarroi psychologique, la souffrance intervient comme une rupture dans un cours ordinaire de la vie où le sujet savait ce qu'il était, ce qui lui arrivait et ce qu'il pouvait faire. La souffrance lui ôte cette connaissance sur lui-même et entrave son projet, avec le sens, il perd la cohérence subjective et jusqu'à la cohésion identitaire ("je ne suis plus le même, je ne me reconnais pas."). Le recours à la médecine, ou à tout autre secours, est une tentative de remise en sens : recherche d'explication, recherche de solution.

Le mal-être est une souffrance à bas bruit, où la dimension subjective est prépondérante encore que le sentiment de n'être pas bien dans sa peau, puis des dysfonctions organiques progressives, puisse l'accompagner. Les comportements (travail, relations, attachements) de la vie courante subsistent, mais avec le sentiment d'un décalage, comme s'ils se vidaient de leur sens. Le sujet perd la cohérence avec lui-même et donc sa cohésion identitaire. On pourrait dire qu'il se fige dans l'espace et se détemporalise : il agit dans son espace ordinaire, mais ne se projette plus dans un avenir qu'il pourrait faire sien, de même qu'il ne se relie plus à son passé qui lui paraît

inutile pour nourrir un présent vide de sens. Le mal-être n'a pas de mots pour se dire signant ainsi comme la souffrance cette perte de sens. La souffrance a la plainte et le gémissement, le mal-être est plus muet encore, à moins qu'il bascule dans une agressivité réactionnelle.

Le mal-être n'est pas sans rapport avec l'angoisse existentielle de l'homme qui se découvre "être-pour-la-mort" selon Heidegger, en proie à la nausée de son être là comme le héros de Sartre.

L'être humain fait la rencontre de la réalité comme d'un obstacle qu'il lui faut contourner, transformer, travailler pour la rendre maniable et la plier à ses besoins ou même à ses désirs, or un autre regard peut la faire apparaître irréductible dans sa massive opacité, opposant à l'humain une non-signifiante entêtée qui le nie dans tous ses efforts de création non seulement du monde mais de lui-même. Or cette réalité brute, c'est aussi celle du corps, celle des autres qui opposent leur opacité égoïste à l'espoir de partage et de reconnaissance.

Sans s'élever jusqu'aux hauteurs de la métaphysique, on reconnaît là le vide et le manque de sens qui confine à une sorte d'hémorragie narcissique, une désintrinsication des instances qui prive le sujet de ses énergies.

Le mal-être demeure une des dimensions de l'être humain qui, comme Eros et Thanatos, quand elles ne se combinent pas dans des ambivalences supportables ou perverses, le partagent conflictuellement. Le mal-être n'est sans doute qu'une des versions de Thanatos, la pulsion de mort, portant à l'ennui et à l'inertie. Version qui se retrouve à l'échelle des sociétés quand un certain désordre ou au contraire un certain immobilisme conduit les individus à désinvestir ce en quoi ils ne trouvent plus sens ni reconnaissance, ni voies pour s'accomplir.

Le mal-être surgit à la naissance (s'il n'était pas présent à l'état fœtal!) de la dépendance dans laquelle on se trouve par rapport aux besoins, du manque continu, génétique et affectif qui ne seront plus ou moins compensés que par l'attention qui nous sera portée (soins, amour, louanges), nos capacités de réalisation et de sublimation, et compte tenu des aléas de la vie.

Le bien-être ou la sérénité correspondent à des moments de plénitude, où les besoins, les désirs ou les aspirations paraissent

suffisamment satisfaits. Cette conjonction est d'autant plus rare que notre destin est lié à l'intrication complexe de notre personne avec les circonstances et événements qui nous sont extérieurs et sur lesquels nous avons peu de prise (effets naturels et globaux).

L'environnement social nous importe à double titre : il nous sert de cadre, de support, d'étayage, de champ d'expression et de réalisation, et, d'autre part nous participons à son organisation et ses transformations (travail, politique...). La société hypermoderne, qualifiée de "modernité liquide" par Z. Bauman, dilue le cadre et provoque, au-delà du malaise, un certain mal-être.

## **MAL-ÊTRE DANS LA SOCIÉTÉ HYPERMODERNE**

Freud pensait que le développement de la civilisation comportait de nécessaires contraintes, on peut se demander aujourd'hui si la société n'attaque pas le sujet lui-même non seulement dans son aspiration égoïste autant qu'irréaliste au bonheur mais encore dans celle plus légitime de pouvoir construire le sens de son histoire, transformant le malaise en mal-être. Certes, aucune société n'a jamais assuré le bonheur de ses membres, mais à des degrés divers et selon des formes plus ou moins tolérables subjectivement voire physiquement. L'hypermodernité, caractérisée par une emprise technologique et économique sur les vies individuelles, les relations et le rapport au monde donne au mal-être de nouvelles figures.

Si la société et la culture à laquelle le sujet appartient lui offrent les cadres et les structures qui l'aident à donner du sens au monde, à lui-même et aux choses, la cohérence et la solidité de celle-ci, la richesse des systèmes de représentations vont peser sur sa sécurité intérieure et ses capacités d'adaptation et d'investissement. Or, les sociétés modernes, les démocraties sont labiles, "liquides" selon Z. Bauman. Les sociétés qui revendiquent la modernité sont relativement poreuses : les communications, l'inégalité des ressources, l'attrait du modernisme, le mondialisme abaissent les frontières et suscitent les migrations. Des cultures différentes se côtoient et cohabitent suscitant des incompréhensions et des raidissements qui vont jusqu'à l'exclusion marquée dans les différenciations de l'habitat

(banlieues, cités) et de l'accès aux ressources. Des catégories de population "issues de l'immigration" se trouvent disqualifiées, suspectées de délinquance, elles transforment leur humiliation en attitude de refus et en surenchère de la marginalisation ou en un durcissement de références culturelles ou religieuses. Autant d'expressions et de réactions au mal-être, à la fragilisation identitaire, à la perte de sens.

La modernité liquide ce sont les flots de gens, de voitures, de produits, d'informations, de sensations, d'immigrés, de chômeurs, d'appareils, d'argent. On est seul, personne ne nous donne d'identité, pas de contenant, d'appartenance, d'identification stable (sauf des apparences brillantes lointaines, à la télé), pas de reconnaissance, si on n'est pas visible et on se rend visible à coups de marques, de tags, de logos, d'acronymes ou en accédant aux shows télévisés, à la télé-réalité, on se sent exister en prenant des risques ou en perpétrant des violences.

"Un monde sans limites" de J.P. Lebrun dénonce le manque de repères des sociétés modernes où l'ordre de la Loi a perdu de sa vigueur et l'apologie du désir et de ses satisfactions a noyé le sentiment de soi avec celui des valeurs et des limites nécessaires à la constitution de la personnalité. Un moi affaibli réduit au narcissisme, un surmoi inexistant, des pulsions excitées engendrent une insécurité intérieure et le sujet devient la proie des addictions qui remplacent le moi par un objet qui offre le rêve avec la mort.

La société hypermoderne, société de l'image qui obstrue la réalité tout en prétendant offrir la toute-puissance, société de consommation où tout est marchandisé, brouille les repères, donne l'illusion de la communication tous azimuts, du dépassement du temps dans l'instantanéité, de la multiplication des sensations et des émotions mais inhibe la pensée et substitue l'avoir à l'être. Pourvu ou dépourvu le sujet est voué au mal-être à moins de s'étourdir sans cesse, de s'adonner aux ivresses du risque, de l'exhibition, de l'apparence. Le mal-être prend toutes les formes, celle de la déchéance chez les SDF, celle de la consommation de soi et des objets chez les plus aisés, celle de la violence chez les jeunes les plus frustrés.

Alors, ce mal aux multiples figures précède-t-il la crise ? Crise de société toujours annoncée comme une catastrophe imminente, écologique,

climatique, économique, politique, qui hante les esprits ? Mais ce millénarisme lui-même est le symptôme du mal-être qui a saisi l'humanité presque toute entière, à l'exception de quelques uns à qui le pouvoir donne une assurance inébranlable. L'inflation imaginaire catastrophique est un ingrédient de la crise dans sa dimension psycho-sociale, ainsi que l'effacement du symbolique. Quand la monnaie a remplacé la parole et sert seule à l'échange, quand les principes sont contredits par les faits (insécurité / confort, inégalité / égalité, précarité / croissance...). La crise, c'est quand la réalité refoulée revient massivement dans le présent, mais dans une société qui ne la regarde qu'à travers les écrans, qui vit résolument dans l'imaginaire leurrant, qui se repose sur la technologie, peut-être le mal-être c'est se contenter de la voir venir.

Le sujet hypermoderne est un individu solitaire, mais connecté à des simulacres, il ne voit pas toujours son mal-être, de celui-ci il n'y a que les symptômes, les écrans, les drogues, les régimes et de temps en temps les délits, les dépresses et les suicides.

Les lieux de travail sont ceux où le mal-être s'exaspère dans le silence du non-dit, dans la souffrance solitaire et, parfois, jusqu'au suicide justement. Les mouvements de révolte suivent l'incident qui révèle la souffrance au lieu de relayer l'indignation, comme autrefois, quand on croyait encore à la révolution et que l'on comptait sur les syndicats pour diriger les luttes. Le malaise s'amplifie dans le monde du travail ou liquidité et liquidation sont devenues synonymes. Au temps des trente glorieuses, les salariés ont cru accéder à la parole, prendre part au travail, s'y retrouver et en être reconnu, la voracité économique mondialisée a écrasé ces espérances et le salarié, écrasé plus que jamais par les impératifs du profit aggravés par la concurrence, écartelé dans le temps et l'espace (urgence, délocalisation), perd son identité, le sentiment d'unité et de cohérence individuelle et, qui plus est, collective. L'individu qui se sait jetable, perd toute chance d'être sujet, il a perdu la capacité de donner du sens à sa vie, aucune instance ne lui en donne ; se donner la mort est alors l'ultime chance de poser lui-même le mot fin.

Les institutions étaient ce à travers quoi une société structurait les échanges et les pratiques fondamentales : la santé, l'école, l'ordre, la défense, le jugement, la sanction ... ,

autrement dit, comme l'analyse institutionnelle l'avait fait valoir, elles donnaient à voir et instruisaient les représentations qu'une société se donnait d'elle-même, ses valeurs et ses fins (quel sujet, quelles relations, quelle vie doit-on garantir, au nom de quoi, question de la Loi) et elles tâchait de se donner les moyens d'y répondre en adéquation avec les principes posés. Les moyens, c'était l'organisation (des fonctions nécessaires, de la division du travail, des techniques, les tâches concrètes).

Aujourd'hui les institutions sont réduites à l'organisation et à la gestion sur le modèle des entreprises. Elles doivent obéir aux lois de la concurrence et de la rentabilité, se plier aux impératifs d'un management qui ne se pose pas la question du sens ni pour l'institution ni pour les professionnels. Le malaise de ceux-ci est grand : ils ont perdu la fierté de l'appartenance à une institution qui donnait des réponses cohérentes aux questions individuelles et sociales sans être étouffées par l'économique, quand la qualité prenait le pas sur la quantité, l'éthique sur la technique, quand le professionnel travaillait en solidarité avec une équipe. Les institutions prises dans le tourbillon des réformes qui privilégient la gestion sont des espaces ouverts au malaise, celui des usagers, souvent devenus "clients", et celui des professionnels qui ne sont plus censés s'interroger sur le sens de leur pratique, à qui on demande de faire seulement du chiffre et qui ne sentent aucune reconnaissance de leur acte individuel ou collectif. La difficulté de recrutement, l'épuisement, la solitude, la défaillance narcissique sont les symptômes du malaise engendré, au niveau des établissements, mal-être qui confine à la dépression chez des individus abandonnés à une subjectivité sans emploi, un engagement professionnel frustré du sens attendu.

La grande peur des individus hypermodernes c'est de n'être rien dans un monde dont ils essaient de compenser le vide en se branchant tous azimuts grâce aux prouesses de la technologie, artificiellement excités par les multiples sollicitations dont ils sont les cibles complaisantes. Les objets du désir, puis les désirs eux-mêmes sont fabriqués transformant le sujet en son propre avatar lancé dans les aventures du monde virtuel.

## LES SYMPTÔMES RÉACTIONNELS

L'état flottant manifestant l'inadéquation avec la vie sociale, s'affiche par une gestuelle de détachement, un mélange d'oisiveté et de provocation, il est plus marqué à l'adolescence quand l'incertitude est accentuée par les transformations corporelles, l'indécision sexuelle et sentimentale, la difficulté des choix de vie. L'adolescent répudie les normes, cherche refuge dans une socialité défensive dans les bandes de pareils, nourries par les rivalités de territoire, la délinquance ludique puis agressive qui agit la rébellion contre toute représentation de l'autorité et de l'ordre social.

Le désespoir de ne pas se sentir exister ni de trouver de sens jette dans les conduites à risque. L'exploit sportif improbable, le geste criminel ou suicidaire permettent de devenir visible au prix de la mort, in extremis, là où le mal-être a poussé, comme si on ne pouvait être qu'en risquant tout de soi ou des autres.

Les agressions vengent de la frustration, désespérance et angoisse du vide. Par la casse, le vol furtif on obtient les fétiches de la société, par le trafic le symbole argent (le sang des veines), par le viol, les femelles pour la jouissance qui ne peut être que prédatrice.

Le happy-slapping est un symptôme de société : un acte violent et soudain perpétré sur une victime qui ne s'y attend pas, filmé sur portable, téléchargé sur le web pour être vu et admiré comme un exploit. L'exhibition du forfait procure de la jouissance et de l'existence dans la négativité, la seule à portée. Le jeu du foulard est une pratique solitaire mêlant jouissance et expérience limite, parfois mortelle.

Les conduites addictives qui enfoncent dans l'oubli, l'euphorie, l'excitation, la fausse socialisation ou le repli total sur le monde du rêve ou virtuel, sont aussi des conduites à risque : elles confinent à la destruction de soi par la dilatation de l'imaginaire et la sortie de la réalité environnante.

En bout de course, on trouve les pathologies border-line, confusions, angoisses attachées au corps (anorexie), à ses transformations voulues ou subies, dépressions, suicides. Comme on parle de coma dépassé, on pourrait parler de mal-être dépassé.

Parfois ce sont les croyances fanatiques qui procurent le quadruple gain du sens, de la vengeance, de l'action et de l'élévation au-dessus de tous, qui paraissent rétablir dans un ordre dont la rectitude conjure les risques d'errance.

## PRATIQUES

Freud nous a laissé entendre que le malaise était inhérent à l'humain pris entre ses pulsions égoïstes et les nécessités de tenir parmi les autres, obéissant aux règles qui fondent la solidarité et la coopération. L'antagonisme entre les pulsions Eros et Thanatos se double de l'antagonisme entre l'individu et la société et pourtant ce sont ces antagonismes qui nourrissent le subjectivité, la relation aux autres et la civilisation, qui mobilisent les espoirs et les constructions... mais aussi qui fomentent les dérives et les malheurs. La conscience malheureuse de l'individu s'engendre dans les exigences et les pressions de la société qui n'est que la concrétisation du processus de civilisation. Ce n'est qu'une facilité de faire la distinction entre ce qui relèverait du sujet et ce qui relèverait de la société. Cependant, même si ce sont aussi des symptômes de société dans lesquels celle-ci s'est comme condensée, même si le désarroi sous-jacent des individus tient aux situations sociales qui font leur expérience (situations directement liées à une société, à sa culture, à sa politique, à son économie et son régime), il y a bien des pathologies individuelles, des névroses dont souffre le sujet. Le moi, le surmoi, les défenses se construisent dans un environnement familial et social laissant plus ou moins d'espace. Et, d'un autre côté, il y a des comportements collectifs, qui ne relèvent pas de la pathologie (il est difficile, comme le disait Freud, de parler de névrose collective).

Les voies d'accès au mal-être, quand il devient une souffrance avec des effets nuisibles pour soi ou pour les autres, relèvent tantôt d'aides individuelles, tantôt de pratiques psycho-sociales.

Les démarches socio-politiques restent du domaine de l'engagement et du militantisme. Les pratiques médicales, éducatives et thérapeutiques couvrent le champ individuel encore faut-il qu'il y ait une offre suffisamment ouverte pour que le recours et la demande soient facilités. En général une aide est

apportée au sujet pour qu'il se ressaisisse de son histoire, de sa trajectoire, retrouve les possibilités d'expression, affectives, intellectuelles et agies de son rapport à soi et aux autres, et dans un devenir.

Les pratiques psycho-sociales recouvrent différentes démarches assurées par différents praticiens ou services et, dans leur grande généralité (sauf dans les prisons), adressées aux populations jeunes. Elles demandent une attitude de compréhension, d'écoute, suffisamment d'autorité et de solidarité dans la relation avec des groupes ou des individus défensifs. Ces pratiques ont des visées de réconciliation ou conciliation avec l'autorité, la responsabilité, la réciprocité, la différenciation dans des situations de coopération ; elles reposent sur des activités organisées et partagées (sportives, éducatives, culturelles, ludiques, sociales...) ; elles sont conduites par des travailleurs sociaux, des éducateurs, des entraîneurs sportifs, des psychosociologues, des enseignants, des policiers... Les objectifs sont de jalonner l'existence dans le temps et l'espace, de tisser des relations, de donner du sens aux actes proposés et pour cela de les doubler constamment des paroles échangées sur le pourquoi, le comment, le ressenti, l'attendu, enfin les objectifs sont de consolider les représentations de soi, les constructions identitaires singulières (histoire, intérêts, espoirs). Les travailleurs sociaux essaient de réaccorder les individus à leur environnement. Les pratiques psycho-sociales demandent une disposition et une formation. On retrouve là les choix et les orientations de politique sociale auxquels sont confrontées les démocraties modernes.

## Références bibliographiques

**Aubert N. dr.** (2004) *L'individu hypermoderne*. Toulouse, Erès

**Barus-Michel J.** (2004) *Souffrance, sens et croyance*. Toulouse, Erès

**Barus-Michel J.** (2007) *Le politique entre les pulsions et la loi*. Toulouse, Erès

**Bauman Z.** (2000) *Liquid modernity*. Cambridge, Polity Press

**Freud S.** (1929) *Malaise dans la civilisation*. Paris, PUF, 1971

**Lebrun J.-P.** (1997) *Un monde sans limites*. Toulouse, Erès



**Centre interRégional d'Etude d'Action et d'Information**  
en faveur des personnes en situation de handicap  
et/ou d'inadaptation dans les champs social,  
médico-social et sanitaire

Structure permanente de concertation et d'information dont le rôle  
est d'analyser l'ensemble des besoins des personnes en difficulté,  
d'élaborer des projets en partenariat avec les associations, les  
professionnels et les collectivités locales, d'être en liaison avec les  
administrations de l'Etat

**Le CREAI est un partenaire indépendant, interface entre les pouvoirs publics, le secteur associatif et les usagers**

Ses missions :

## Observation Veille

Le CREAI est un pôle de convergence, lieu de partage  
d'expériences :

- données démographiques relatives à la population des personnes handicapées.
- données relatives à l'environnement socio-économique pour aider à la détermination d'actions globales et de prévention
- données concernant les clientèles, les moyens d'accueil et d'aide et les modes de prise en charge
- études réalisées à la demande de ses partenaires sur les problématiques actuelles

## Information

Le CREAI propose à l'attention des intervenants sociaux,  
des services publics, des associations, des étudiants et des  
familles :

- **BULLETIN MENSUEL "AU FIL DU MOIS..."** actualité médico-sociale régionale, nationale, le point sur les évolutions législatives et réglementaires, la vie associative régionale, des articles de fond.  
Cette publication est complétée par un "Numéro Spécial" annuel fondé sur un thème d'actualité.
- **BASE DE DONNÉES INTERRÉGIONALE** adresses, caractéristiques et prestations des établissements sociaux et médico-sociaux, des structures de psychiatrie et de l'Education Nationale, ainsi que les adresses des associations gestionnaires des régions PACA et Corse. Cette base fait l'objet de la publication régulière d'un Répertoire interrégional.
- **DOCUMENTATION** technique et juridique (plus de 4 000 titres), à disposition des adhérents du CREAI (Associations et établissements).
- **SERVICE EMPLOI** offres /demandes d'emploi diffusées sur le site internet du CREAI depuis septembre 2008. Réception du public mardi et mercredi de 9 h à 12 h 30. Diffusion de listes d'établissements et services issues de la base de données

## Animation

Le CREAI est un lieu de rencontre et d'échanges :

- publications d'études
- groupes de réflexion thématiques
- journées d'étude, colloque
- rencontres interprofessionnelles
- organisation de conférence départementale et régionale

## Expertise Conseil

Le CREAI apporte des conseils et aides techniques à ses  
partenaires :

- aide à l'élaboration des projets d'établissements
- aide à l'organisation des services
- accompagnement des équipes éducatives à l'évolution des pratiques d'intervention en regard des nouvelles réglementations
- avis techniques sur les projets (en vue des passages en CROSMS), réalisés par l'Equipe Technique Expertale du CREAI (ETEC)

## Formation

Le CREAI est compétent dans :

- la démarche d'évaluation interne avec l'outil PERICLES développé par l'ANCREAI
- la mise en place de formation ou groupes de travail sur des thématiques d'actualité comme : Le projet personnalisé, les écrits professionnels, les maltraitances...
- l'analyse des pratiques professionnelles,
- l'organisation de formations intra établissements à la demande des structures sur des thématiques préoccupant les professionnels, comme : le secret professionnel, les violences institutionnelles comment les prévenir, la mort en établissement et le deuil...

### LE CREAI S'INSCRIT DANS UN RÉSEAU PARTENARIAL CONSTITUÉ :

- des grandes associations et fédérations du secteur,
- des Centres de Formation de la région et des autres Observatoires locaux,
- des CREAI dans le cadre du CTNERHI et de l'Association Nationale des CREAI (ANCREAD).

## CREAI PACA-Corse

6, rue d'Arcole - 13006 Marseille

Téléphones :

Standard : 04 96 10 06 60

Emploi-info : 04 96 10 06 66

Fax : 04 96 10 06 69

E-mail :

Secretariat général :

contact@creai-pacacorse.com

Documentation :

doc@creai-pacacorse.com

Emploi-info :

emploi@creai-pacacorse.com

Site : [www.creai-pacacorse.com](http://www.creai-pacacorse.com)

# Du mal-être à en écrire Fragmentaire

J o ë l C L E R G E T <sup>1</sup>

*« J'ai toujours appartenu à ce qui n'est pas là où  
je me trouve, et à ce que je n'ai jamais pu être. »  
Fernando Pessoa, Le livre de l'intranquillité,*

*« Je me dis qu'une page est tracée diaphane  
chaque jour au soupir de notre disparition.  
Je voudrais lui rendre son invention de chair,  
de verbe et d'insurrection sacrée. »  
Patrick Laupin, L'homme imprononçable*

C'est quoi au juste le mal-être ? Ce n'est sans doute pas exactement le contraire du bien-être. Le terme désigne un état, l'état d'une personne affligée de mal-être. Il s'agit d'un état vécu, ressenti comme tel : "Je suis ou j'étais dans le mal-être", à la suite d'une épreuve, dans un deuil, quand les sombres et la tristesse prennent, en notre vie, un autre tour que celui de la seule dépression. En tout cas, une autre inflexion. Si vous demandez à une personne de quoi est fait le mal-être dont elle vous entretient, elle vous répond qu'elle ne sait pas. Elle ne sait pas le dire. Elle répète : "Je suis ou j'étais dans le mal-être." C'est tout ce qu'elle peut en dire. La définition de ce mot lui échappe. De fait, dans le discours, mal-être s'utilise comme un terme comprenant en lui toute la portée de ce qu'il dit ou veut dire. Comme s'il se suffisait à lui-même. Ce vocable, non défini, bénéficie d'un entendu, d'un bien entendu supposé dire ce que je veux dire quand j'en use. Il réunit la totalité vécue d'un état d'expérience. Il serait immédiatement partageable. Chacun est supposé savoir de quoi il s'agit et de quoi il parle quand il emploie l'expression de mal-être. Partageable dans un imaginaire lexical, mais néanmoins radicalement non partagé. Mon mal-être n'est pas le tien.

Quand je dis : être dans le mal-être, je recours au mot être à deux postes différents. D'une

part, le verbe être, que je peux conjuguer ; de l'autre, le mot être substantivé dans sa juxtaposition avec mal par l'emploi de l'article défini qui le précède. L'on parle également de mal vie, de mal bouffe... Comment le terme de mal va-t-il, ou s'en va-t-il, avec le verbe et le substantif être ? Car nous posons la question de l'être, tautologiquement, avec le verbe être. Je ne puis poser et dire la question de l'être qu'en usant du verbe être : qu'est-ce que l'être ? Et, sur ce fond : qu'est-ce que le mal-être ? Mal-être, est-ce mal ? De mal-être en pis aller, où cela nous mène-t-il ? Du mal-être à en écrire. Mais alors, quelle est la portée de ce dans ? Si je me dis être dans le mal-être, comme parfois je me dis être dans le malheur, que veux-je dire ? C'est dans le malheur que l'on connaît ses vrais amis, dit la maxime. C'est dans le mal-être que l'on connaît ses vrais soucis, pourrait-on poursuivre. Être dans veut dire tout à la fois qu'un sujet est concerné – je suis dans... -, et que celui-ci est immergé dans un espace dont le mal-être serait l'atmosphère, la réalité, l'ambiance, au point d'affecter un sujet de l'état d'être mal. Un être porté à l'existence se trouve être, à certains moments de sa vie, dans le mal-être. Peut-on vivre sempiternellement dans le mal-être ? Peut-on ne vivre que de mal-être ? Sans répit. Sans autre horizon. Mais, comme être de désir, je ne puis que mal-être, c'est-à-dire ne

(1) Professeuse émérite Université Paris 7-Denis Diderot

jamais être totalement. Je ne puis être à la réalisation totale de l'être, de mon être. J'ai mal à mon être de n'être que partiellement, partialement à l'être, toujours manquant, manquant par structure à la totalité, la ratant. D'un mal-être inhérent au désir lui-même. D'une dimension de mal-être incontournable. J'ai du mal à être, mais je ne me nourris pas pour autant de mon malaise. Au contraire, il m'étouffe et m'étreint, comme une angoisse m'étreint d'une boule dans la gorge ou me serre l'estomac. Ce mal me ronge. Le temps me mange. Mon rythme s'étiole dans une anorexie de guerre lasse. Une lassitude privée de son ennui me tient terré dans une acédie qu'un vide d'être entretient douloureusement. Car ce mal-être, je le ressens. Je le dis.

La dimension du mal-être éprouvé pose la question de l'assise de l'homme en un site et en son lieu : où suis-je ? Où suis-je donc quand je perds la dimension qui me porte en l'Autre et en cet Ailleurs qui est, au cœur de mon être, l'inconscient, cette autre scène où résonnent des paroles. Cette autre scène est le lieu de l'inconscient comme discours de l'Autre. En quel mal-être ne suis-je pas quand les portes de cette scène se ferment en moi ? Je n'entends plus rien. Je ne m'entends plus. Je ne m'entends même pas pleurer. De ces pleurs muets qui ne parviennent pas à ma conscience. J'ai perdu les ressources de mon être-là. Qu'en est-il alors, non seulement de mon être, bien-être ou mal-être, mais de mon existence. Il y va de la mise en question de mon existence en tant que sujet. Quand bien-être ne rime plus avec bien naître, je ne suis plus porté à être-là. Que suis-je là ? Qui suis-je là ? En ce là qui est le sol de mon existence comme celui d'une île en Ré. Ma contingence dans l'être, je suis homme ou femme, tient aussi à ce que je pourrais n'être pas. Cette formule conjoint, en une même sentence, ma venue au monde : ma conception, ma naissance et ma mort, du premier au dernier souffle. Mè phunai dit le chœur antique. N'être pas né. Cela certes évite bien des malheurs, mais ne me permettrait point de connaître la joie de vivre et de rencontrer d'autres dont l'être-là éclate dans le visage et la voix, le face à face et l'adresse, la parole partagée. Mon mal-être a toujours à voir avec la perte du contact et de la voix. Mon mal-être est sans regard.

Comment concilier mon assignation de sujet à la résidence symbolique du nom et mon évanouissement de sujet sous les signifiants qui me représentent ? Dans l'extrême mal-être, je perds mon nom et mon lieu. Je ne sais plus où j'habite. "Ce qu'il y avait là de prêt à parler", comme le dit Lacan, tout à coup, n'y est plus. Juste dans l'instant d'avant, il y était, là, mais, porté dans l'instant d'après : "ce qu'il y avait là, disparaît de n'être plus qu'un signifiant."<sup>2</sup> Mon mal-être tient à la façon dont s'agencent les signifiants qui me représentent comme sujet de la parole.

Le sujet n'est donc pas cause de soi. Il est causé. Il est causé dans l'Autre moyennant la perte d'un objet. Cet objet est un objet cause du désir, pas seulement un objet du désir, ni seulement un objet de désir. Dans l'énigme du désir, que dire de nous sujet en quête de subtile union avec un autre sujet, comme le disait Françoise Dolto<sup>3</sup>? Elle ajoutait : "L'énigme "Je-Nous" demeure, de génération en génération, tandis que moi, toi, les autres, meurent, et le langage est l'énigme qui, séparés que nous sommes les uns des autres, nous unit par-delà... en-deça... par quoi ? En qui ? Serait-ce, cet inconnaissable, le Sujet du verbe Être ?" Telle est la toute dernière phrase de *L'image inconsciente du corps*. Nous avons à veiller, et c'est fraternité, à ce que nos autres ne s'épuisent pas à vouloir connaître l'inconnaissable, dire l'indicible, voir l'invisible..., mais vivent leur être là, dans l'énigme reconnue et vécue de ce que la vie confinant à l'existence garde d'énigme. Cette énigme qui lie notre connaissance à l'inconnaissable, notre dire à l'indicible, notre voir à l'invisible. Que la vie garde sa part d'énigme, celle du désir et de l'imprévu : la parole à naître, la parole à n'être, notre condition d'être mortel. Ce qui n'est pas un mal, mais notre disposition d'être parlant, divisé par l'œuvre du signifiant.

J'ai du mal à être là, et cela fait une part de mon mal-être. Ce mal-être n'a pas la même version selon que l'on met l'accent sur le mal ou sur l'être, sur le mal... être ou sur l'être mal. Il y va de l'écart entre le sujet et son image. Quand je dis mon mal-être, soit je me plains, je parle alors à un autre, soit je dis le mal que j'ai à être dans l'existence pour l'existant que je tente d'être. Comment suis-je atteint, et par quoi, dans l'éprouvé de mon mal-être ? Dans ma fondation d'Autre, quel est mon rapport à

(2) Lacan, *Écrits*, Seuil, 1966, p. 840.

(3) *L'image inconsciente du corps*, Seuil, 1984, p. 373.

l'image et aux autres ? Plus que symptôme comme formation de l'inconscient, le mal-être me fait exister. Mal où ? Jusqu'où va le mal-être ? D'où vient-il ? J'ai du mal à être, certes, mais à être qui, à être où, avec qui. À être tout bonnement. J'ai du mal à l'être, sujet ; à n'être pas, comme sujet, mon image. Comme Narcisse, sans voix reçue, ni contact où s'adonner, me voilà bien mal au bord de la source de l'étant où se mire mon image. Cette image n'est pas celle de mon être invisible, mais une image de moi.

De malaise en mal-être, je vais.

J'ai mal à l'être qui m'étreint quand je ne peux exister.

L'être humain a le mal d'être bien chevillé au corps puisqu'il a toujours du mal à être, tout simplement. Il a toujours, en un sens, du mal à être un humain, accompli dans la parole. Ainsi, le mal-être ou le mal d'être sont inhérents à notre existence de mortel, sexué et parlant. L'homme met à mal son être en cherchant à être soi – d'où la difficulté d'être soi – en quérant le soi et en trouvant l'Autre. Cet Autre nous enfante dans le mal-être de l'existence, c'est-à-dire dans ce qui nous tient hors de soi et nous y fait tenir, ex-sistant. Ce n'est pas la peine de se donner un mal de chien pour être, il s'agit seulement d'exister et de vivre. De mal-être assurément, en ce que être, j'ai du mal à l'être absolument, en ce point d'être où mon être s'ouvre à l'existence. Cette expression nous conduit à une forme du mal-être qui est celle de "l'apparition de l'être sous la forme de ne l'être pas."<sup>4</sup> Une relation à la négation et à la négativité se pose à nous dans la mesure où notre rapport à la réalité procède aussi d'une "néantisation symbolique" (Lacan).

Comme l'évoquait Jacques Lacan, mon mal-être tient à ce que le désir est un rapport d'être à manque<sup>5</sup>. Ce qui fait mal-être a maille à partir avec le manque, un manque d'être, non pas d'un objet, mais un manque d'être par quoi l'être existe, animant le désir, comme désir de rien de nommable. "L'être vient à exister en fonction même de ce manque. C'est en fonction de ce manque, dans l'expérience de désir, que l'être arrive à un sentiment de soi par rapport à l'être" (op. cit., p. 262). L'homme peut savoir qu'il est sans rien savoir

de ce qu'il est. "Voilà ce qui manque à tout être" (Ibid.), ce qui lui fait mal et le met à mal, à mal-être, nécessairement. Qui il est est toujours pour un sujet une énigme. J'ai du mal à être l'autre d'un autre qui n'est pas moi, que je ne suis pas, mais qui est si radicalement autre à moi. "Pour Heidegger, l'être-avec n'est abordé qu'en rapport avec l'Être et parce que portant, à sa façon, la question de l'Être" écrit Maurice Blanchot dans *L'entretien infini*<sup>6</sup>. Une autre position que d'être, sublimant la nécessité d'être, est la relation à l'Autre et à l'autre. Elle n'est pas d'être. Elle est de naître. De naître comme sujet du désir et de la parole. "Le rapport que j'ai avec autrui ne passe pas par l'être" poursuit Blanchot (p. 84) dans son commentaire d'Emmanuel Levinas qui écrit justement Autrement qu'être.

Dans la relation à l'autre, j'ai du mal à être là, cependant que je suis ouvert à de l'Autre que d'être seulement. Je suis là avec. J'ai du mal à y être, non point que je ne sois pas ici ou d'ici, d'ici-là. Quand je suis avec l'Autre, je ne me sens pas seulement d'ici, je suis foncièrement Ailleurs que là où je suis alors, en l'Autre, en sa demeure où je demeure, mis à mal dans la vacillation de l'ici et du là, révélé par la présence de l'Autre me révélant aux autres.

Si je ne suis pas là, je ne puis accueillir l'autre dans la rencontre. Mal-être est absence à la présence. De cet être mis à mal par les siens ou par l'expérience, un homme peut en faire l'épreuve dans le mal-être de devenir père, dans le mal de père. Il peut être saisi de malaise et de mal-être par le fait même de devenir papa. Car, le devenant, de par la déclaration d'une femme, il est affecté. L'annonce faite à un homme d'une paternité à venir ne le laisse jamais indifférent. Elle l'affecte, dans le double sens du terme : elle le touche et le met à une place. Elle l'émeut, voire lui fait violence, et le destine à son poste de papa. S'émouvoir de l'annonce, s'émouvoir de l'événement, c'est être touché, c'est être mis en mouvement. La place d'un père, au sens d'un homme devenant papa, est celle d'un être affecté. Affecté à l'usage des termes de père et de papa. Il est donc mis à la place de père et de papa, affecté à cet office et à cette tâche<sup>7</sup>.

(4) Jean Hyppolite in *Écrits*, op.cit., p. 887.

(5) *Séminaire II, Seuil*, 1978, p. 261.

(6) Gallimard, 1969, p. 74.

(7) Cf. Joël Clerget, *Comment un petit garçon devient-il un papa ?* Erès, 2008.

De cette assignation, son être s'en ressent parfois dans un déploiement de mal-être. Pourquoi ? Parce que tout homme qui devient papa sait d'expérience qu'il ne sera jamais à la hauteur de la situation d'être père. Son mal d'être papa à hauteur de père - aucun papa réel n'est le père symbolique, sauf à délirer -, ne relève pas d'une carence personnelle. C'est un fait de structure. Il en est ainsi pour tous les pères : aucun père n'est le Père. Je suis mâle, papa, en ce que je suis nécessairement mal papa.

Papa, je le suis, mal, comme maman certainement quoique différemment. Je suis mal à être père, j'ai du mal à être père, tout en étant dans la joie sans réserve d'être le papa que je suis. L'expression : le papa que je suis conjugue la voie du verbe être à celle du verbe suivre. Papa je suis : je le suis, du verbe être, et je le suis, du verbe suivre. Je fais suite au papa dont je suis le fils. Merveille de la langue quand le je suis du verbe être s'ouvre au chemin du verbe suivre. Je suis. Je suis. Être se donne alors du mal à suivre, car il se profile dans la suite des générations. Ce qui est si profondément humain, tout empreint de mal-être qu'en puisse être l'expérience.

Le mal-être nous vient de ce que le manque à être peut, parfois, sembler nous faire plus mal à assumer qu'à forclure ou à rejeter. Je pense là à l'usage de produits comme les drogues. Une chose pourrait nous apporter ce qui nous manque sous la forme d'un comblement imaginaire réalisé, effectué par un objet réel : un produit, un trip. Croyance. Attente. Déception. Le bout de réel auquel nous suspendons tous une part de notre jouissance n'est pas l'équivalent d'une parole adressée et reçue. Telle est notre vocation de témoin, à nous écoutant le discours d'un autre sujet. Le rapport du sujet-au-manque, avec l'objet cause du désir, est constitué d'un rapport à un objet manquant et manqué de toujours. Ce rapport s'ordonne à une question : qu'est-ce qu'être en manque (réel) pour l'être de manque (imaginaire) qu'est le sujet au manque (symbolique) ? Le sujet du désir et de la parole est aux prises avec un objet toujours déjà perdu ? Soit. Or dans l'usage d'un toxique, il est en prise, plus ou moins directe, avec un produit qui n'acquiert pas le statut

d'objet. En effet, comme produit dont la consommation s'impose réellement, il ne peut pas être perdu. Sa perte ne peut pas être cernée des traces d'une inscription ou des bords de la pulsion. Il ne peut pas être perdu dans la brûlure du manque pour le dire avec Charles Juliet.

La prise directe d'un toxique inscrit à même la chair, par l'usage d'un produit, la réalité d'une jouissance immédiate, celle d'un trip par exemple. Se court-circuite alors le rapport à l'objet, dont l'essence est toujours un ratage. "La toxicomanie réalise une théorie du désir."<sup>87</sup> Elle fait du manque une soif insatiable. Dans ce trou noir, la jouissance fonctionne comme un despote totalitaire et sans rien d'autre qu'elle-même, acharnée jusqu'au décharnement. Il suffit de recevoir une personne en plein manque pour mesurer l'étendue du désastre, l'état de délabrement qu'elle subit, la force dissolvante qui la tient, le mal-être qui l'empoigne. Elle peut dire vouloir s'en sortir, mais son aliénation est telle que le faire s'avère impossible, impossible en dehors d'une relation à un autre.

Le mal-être peut donc tenir au mal de perdre. Nous avons du mal à perdre, d'où l'emprise et la force du pouvoir de posséder, la célébration de l'argent comme permettant de tout avoir. Tout avoir n'est pas être. Notre mal-être tient à une impossible castration : celle de ne pouvoir recevoir le don de la parole qui nous fait être. Notre être est en mal d'origine. Mal-être tient à ne pas pouvoir naître. Non par volonté de ne pas naître, mais par désir entravé d'aller vers le natal. La vie qui se donne fait mal à l'être, car elle le divise à l'aune de l'appel du nom. Le désir d'être, inconscient, se donne à entendre dans le manque à être. Mal-être en une vie qui ne peut se donner. Ce que désire l'homme n'est pas un objet, mais l'Autre, et la reconnaissance d'un autre. Le désir ne se comble pas d'avoir. Il relève de l'être et du manque à être qui, atteignant l'être, lui donne mal-être, non pas forcément malaise, mais seulement douleur d'être, vivant et parlant. Cela fait mal d'être, mais ce n'est nullement mal. Être parlant se donne dans l'éclaircie d'une parole engendrée du désir qui l'illumine. Aucun objet – pas même le mal-être transformé en objet de crainte ou de plainte –

(8) G. Sissa, *Le plaisir et le mal*, Odile Jacob, 1997, p. 9.

ne comblera l'altération que l'altérité creuse en notre être. Mal-être n'est pas le nom de l'humain, seulement sa peine et sa douleur, celles d'être tout simplement. C'est dans l'appel de mon nom, quand je peux le recevoir, que se révèle le bien-être du bien naître au désir de l'Autre. Mon nom d'homme me porte à vivre dans l'acte où je réponds à qui m'appelle. Ce n'est pas une affliction. C'est un agrément, un consentement à la vie et au bonheur. À la bonne heure. La naissance à mon être de désir se donne dans le commerce symbolique avec d'autres.

Parodiant Edith Piaf, je pourrais dire : "Mon malaise à moi, c'est toi." Mais alors, je franchis le pas qui me fait glisser du mal-être au malaise. Puis-je encore dire : "Mon mal-être à moi, c'est toi". Car, si pour Jean-Paul Sartre, "L'enfer, c'est les autres", ne serait-il pas plus proche de l'expérience d'énoncer : "Les autres, c'est l'enfer." Un peu sur le mode où Serge Gainsbourg, parlant de Vanessa Paradis, déclarait : "Paradis, c'est l'enfer." En effet, le mal qui me traque peut se dissoudre "au non-être où il a sa place" ou "en un petit tas de néant", pour reprendre des expressions écrites par Paul Celan à Nelly Sachs le 28 juillet 1960.

Pour ce qui me concerne, je situe mon mal-être dans une occurrence précise. Il s'impose à moi quand je suis envahi par l'insistante perversion ou la paranoïa délirante de quelqu'un pour qui j'ai de l'estime. Que ce soit dans mon travail ou dans mes relations amicales. Ce brise bonheur, plus qu'obsédant, est ravageant. Il m'immerge dans un mal-être inextirpable. Il me plonge dans un redoutable état de mal-être qui me semble sans fin. Il n'y aura que la parole pour en sortir. Je ne puis en effet camper dans une haine mortifère, un ressentiment perpétuel, une méchanceté invétérée. J'éprouve, dans les passes de cette mosaïque de douleurs (Marie Didier), les affres de la définition que Larousse donne du mal-être : un sentiment de profond malaise, et qui dure en prenant une valeur d'absolu.

Une béance en nous est à la source de toutes nos failles. Elle n'est pas constituée d'un rassemblement des failles (Henri Maldiney). Elle est la voix de leur éclat. Notre mal-être tient à ce que, lorsqu'il nous étreint, il nous porte ou nous reporte en un temps où

"quelque chose a eu lieu qui n'a pas de lieu", comme l'écrit Jean-Bertrand Pontalis dans sa préface à Jeu et réalité de D.W. Winnicott. Cet effondrement originel n'a pas trouvé son inscription psychique et ce non-lieu va organiser l'histoire de vie d'un sujet. Winnicott dit combien l'être est antérieur au soi, ce en quoi le mal-être participe d'un mal de soi. "Le soi ne peut s'édifier que sur un sentiment de l'être" écrit-il. Cette considération nous achemine vers la distinction de la mère et du bébé, au sens où l'objet primordial d'un enfant n'est pas, au plan du désir d'être, sa mère, mais un espace de relations symboliques animé des paroles qui les portent à vivre et soutiennent la "continuité réelle des générations" (Winnicott). Dans le rapport d'une mère et d'un bébé référé à père, "le soi est passible de l'être" (Maldiney), dans la prime et vitale dépendance du bébé à l'Autre. Le mal-être inhérent à notre humanité se tient à l'orée de l'informe d'une béance en nous qui implore de prendre forme, qui invoque une forme à venir, à se former en œuvre ou en geste, en acte ou en parole. L'acte d'un être jeté-là dans l'existence. Le sujet ne cesse de rêver, non pas aux seules fantaisies de son imaginaire, mais avec l'espace intime où, en lui, s'engendre et se donne à entendre une belle et profonde parole.



**Aujourd'hui, près de 180 000 personnes font confiance à la Mutuelle Intégrance.**

La Mutuelle Intégrance, créée il y a 25 ans par et pour les personnes handicapées, propose des réponses spécifiques en matière de santé, de prévoyance, d'assistance et d'épargne adaptées à la situation des personnes handicapées et de leur famille.



### Une Complémentaire Santé adaptée à tous

- ⇒ Adhésion sans questionnaire de santé,
- ⇒ Aucune exclusion liée au handicap ou à l'âge,
- ⇒ Tiers Payant pour éviter l'avance des frais de soins de santé,
- ⇒ Service Audiotel et Site Internet pour consulter ses remboursements,
- ⇒ Produits et services complémentaires : assistance à domicile en cas d'urgence, service incontinence...

### Bénéficiez du « chèque santé »

- ⇒ Cette aide vous est accordée si vos revenus, des 12 mois précédents la demande, sont inférieurs à 745 € par mois,
- ⇒ Les personnes qui entrent dans ce dispositif, sont ceux qui perçoivent, par exemple, l'A.A.H. seule, et les personnes qui perçoivent l'A.A.H. et l'A.P.L.



**N'hésitez pas à contacter notre conseiller Intégrance au :**

**N° Indigo 0 820 008 008**

0,12 € TTC / MN

**ou de consulter notre site Internet :**

**[www.integrance.fr](http://www.integrance.fr)**

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n°340 359 900. Toutes marques déposées.



# A l'écoute du mal-être ; source de souffrances

Ph PITAUD<sup>1</sup> et A. AUGUSTO<sup>2</sup>



*“Tant que l’homme souffre, il peut faire son chemin dans le monde”*  
Freud

*“Le néant n’a point de centre et ses limites sont le néant”*  
Léonard de Vinci

Le mal-être est un terme qui recouvre plusieurs cas de figure. Que l’on parle de deuil, de suicide, de dépression, de maladie, de douleur, d’évènements marquants, ou tout simplement d’humeur, ..., il reste tissé en toile de fond. Puisque, bien qu’une situation puisse nous procurer du bien-être, on garde toujours en tête, l’idée d’avoir vaincu un éventuel mal-être qui nous guetterait. C’est également la raison pour laquelle, cela en fait une notion très subjective. Chacun d’entre nous, peut donc apporter sa contribution sur ce sujet, puisque, l’ambivalence bien-être, mal-être, crée chez nous une tendance à vaciller vers l’un ou l’autre suivant la manière dont on réagit aux évènements.

Par contre, depuis que la science distingue le corps physique du corps psychique, le traitement de ce dernier est actuellement réservé au domaine de la psychologie et de la psychiatrie. Et si l’on considère la question d’un point de vue biologique, en prenant pour exemple la dépression, considérée comme une maladie, l’utilisation des antidépresseurs reste, la seule solution efficace pour pallier au déficit en neurotransmetteurs. De ce fait, comme le montre PIGNARRE (2001), “la psychiatrie biologique éloigne tendanciellement toute responsabilité d’un tiers dans la survenue d’un trouble mental”, et ajoute également qu’elle “a libéré les patients du lourd enchaînement culpabilisant que proposait la psychanalyse en maintenant le privilège de l’intériorité.” (1 – p.139)

Par conséquent, cette approche attribuée à la personne, la responsabilité de son mal-être, devenu une maladie. Or la survenue d’une telle situation, ne serait-elle pas causée par l’échec d’une lutte solitaire, où la personne ne pouvait que seule s’en sortir ?

Actuellement aucune étude ne permet d’affirmer avec certitude quels sont les facteurs de risque et les facteurs précipitant, provoquant l’apparition d’une maladie mentale. Qu’elles soient héréditaire (l’héritage social en est également inclus), biologique, psychologique ou environnemental, les raisons d’apparition d’un mal-être maladif, résulte d’une mise en relation d’un ou plusieurs de ces facteurs. Cependant, les mécanismes qui sous-tendent une telle réaction sont à chaque fois réinventés, suivant le cas.

Il y aurait donc une étape préalable dans laquelle certains facteurs provoquant une situation de mal-être peuvent conduire au développement d’une maladie. Cet enchaînement d’évènements est essentiel à signaler, dans une perspective préventive, si l’on souhaite agir en amont.

Cependant, il existe un certain nombre d’idées reçues recouvrant un vocable et une interprétation souvent inadaptés pour le tout venant, ce qui rend d’autant plus opaque l’interprétation juste d’une situation de mal-être, vécue par la personne concernée ou par son entourage proche.

Par exemple, dans le cas de la maladie d’Alzheimer, depuis l’annonce du Plan

(1) Professeur associé Université de Provence, Directeur de l’Institut de Gérontologie Sociale, conseiller scientifique au CREAI PACA Corse

(2) Coordinateur des Bilans de santé préventifs à l’Institut de Gérontologie Sociale, écoutant à “Allo Service Personnes Agées”

quinquennal, du même nom, tant plébiscité dans les médias, nous pouvons constater dans notre pratique quotidienne de Gérontologues, que ce mal-être maladif angoisse profondément les retraités et les personnes âgées. Le moindre signe évocateur d'une lacune de mémorisation inquiète tellement les personnes âgées, que le stress engrangé, provoque des ravages considérables. Comment dès lors aborder sereinement les problèmes qui nous concernent, si l'effet des représentations agit négativement sur notre comportement ?

Plus encore, l'exemple le plus flagrant concerne l'amalgame, fait entre la réelle "dépression" au sens freudien du terme, considérée comme une maladie, et les autres formes de mal de vivre, d'états d'âme, appelés "déprime", et considérés comme naturels et inhérentes à la condition humaine. En effet, la dépression, sous sa forme romantique, associée au Spleen de Baudelaire, aux crises existentielles des artistes..., est très séduisante, au point d'en populariser, d'en vulgariser le terme. Pour illustrer ce propos, Aristote posa même la question de savoir "pourquoi tout être d'exception est-il mélancolique." Ainsi, la liaison faite entre la créativité et la mélancolie, traduira le comportement de plusieurs artistes européens au cours des âges. Aujourd'hui, la Presse relate les faits de nombreuses personnalités au comportement débordant d'excès. Et ce n'est pas sans désintérêt que nous, spectateurs, suivons les frasques de leur mal de vivre. Voici donc à titre d'exemple, quelques raisons qui ont pu amener une telle popularisation de certaines formes de mal-être.

Dans ces conditions, quelles en sont les répercussions sur la manière d'appréhender nos coups de déprime, ou ceux des autres ?

Pour faire face à ces contraintes, les campagnes de santé publique, notamment celle s'intitulant "la dépression, en savoir plus pour s'en sortir<sup>3</sup>", tentent de sensibiliser la population à ces signes précurseurs. Leurs objectifs sont divers : d'abord mettre en exergue un problème qui touche suffisamment de monde pour qu'il soit signalé au niveau national ; ensuite, de permettre aux personnes affectées par ce mal de se reconnaître en tant qu'individu à part entière ; puis, d'apprendre à

l'entourage du concerné, à distinguer les signes avérés ou annonciateurs de ce problème, de ceux relevant d'un simple coup de déprime ; et enfin, de proposer un soutien à ceux qui en ont besoin. Il est vrai que la dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues. Selon une enquête réalisée en 2005<sup>4</sup> par l'INPES, 8% des Français de 15 à 75 ans (soit près de 3 millions de personnes) ont vécu une dépression au cours des douze mois précédant l'enquête ; et 19% des Français de 15 à 75 ans (soit près de 8 millions de personnes) ont vécu ou vivront une dépression au cours de leur vie. C'est dire l'importance du phénomène.

Combien seront ou sont "déprimés" sans que leur condition ne soit encore assimilée à une dépression ? Pourtant, ne sont-ils pas dans l'attente d'un soutien ? D'autant plus que cette situation peut aller de mal en pis. En ce sens, un état maladif prendrait le pas sur un état naturel, au moment où les symptômes paraîtraient trop prégnants.

En effet, la question du mal-être se fonde essentiellement sur l'étude de l'humeur. Il s'agit "d'une disposition particulière, momentanée qui ne constitue pas un trait de caractère.<sup>5</sup>". Ainsi, on peut être disposé à l'engouement, à l'entrain, à la gaieté si l'on est de bonne humeur. Et à l'inverse, être à cran, boudier, râler, mécontent ou ne plus porter d'intérêt au monde qui nous entoure, sont des exemples de mauvaise humeur. Ces variations, traduisent donc des comportements adéquats, comme cités ci-dessus.

En revanche, si la durée des signes et le degré de perturbations observables chez la personne ne correspondent pas avec son tempérament habituel, on pourra alors parler de troubles de l'humeur.

Par conséquent, dans une certaine mesure, les symptômes évoquant une situation de déprime, sont similaires à ceux d'une dépression, à la différence que l'on y rajoute la notion de pluralité et de sévérité. Le nombre et l'intensité des symptômes deviendront problématique pour un professionnel (psychologue ou psychiatre) s'ils dépassent un certain seuil, dans une échelle de temps donnée.

(3) [www.info-depression.fr](http://www.info-depression.fr)

(4) Enquête Baromètre santé 2005

(5) Définition extraite du Petit Robert, 1992

Il y a là l'idée que tout un chacun, a la possibilité, suivant la manière dont évolue sa situation, de vivre une souffrance tellement aiguë qu'on la considérera comme une maladie. De la même façon, la médecine assimile certaines douleurs du corps humain comme naturelles et d'autres comme pathologiques. Sauf que l'origine du mal-être psychique, mise à part celle créée par une vive douleur physique, ne peut pas être virale.

Dans le cadre de nos propos, nous admettrons ainsi l'hypothèse que, le fait d'agir dès les premiers symptômes du mal-être, permettrait de ne pas laisser cette situation s'amplifier et devenir pathologique ou entraîner d'autres comportements davantage à risques pour la personne concernée et pour son entourage, à cause notamment, de l'onde de choc qu'un événement traumatisant provoque d'un point de vue social. C'est pourquoi, l'analyse suivante a pour but de mettre en avant l'intérêt avéré, d'observer et d'interpréter à juste titre les signes (verbaux et/ou physiques) révélateurs d'un mal-être. En revanche, l'analyse des causes et l'explication de certains syndromes spécifiques, seront donc volontairement mis de côté, car il appartient aux professionnels experts dans ces domaines là, d'en expliquer les contours.

Le signe le plus communément répandu et admis comme étant révélateur d'un mal-être est la dépendance à certaines substances (médicaments psychotropes, drogues illicites, alcool, tabac...). Il est bien entendu important, d'en faire la différence avec une "consommation récréative"<sup>(6)</sup>. Elle ne s'apparente en aucun cas avec une conduite addictive fréquente et excessive. Les adolescents détiennent ce type de comportement. Malheureusement, la détection de ces jeunes à risque est souvent inefficace à cause des comportements similaires de beaucoup d'entre eux, car ils détiennent les mêmes codes festifs (boire de l'alcool le samedi soir par exemple) et les mêmes représentations de la jeunesse. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette relation de dépendance avec ces substances ; l'anxiété en période d'examen, la crise existentielle propre à l'adolescent... Cependant, la consommation excessive de produits nocifs pour la santé, est considérée comme un facteur prédisposant ou

précipitant, la survenue d'autres conduites, révélatrices d'un mal-être d'une plus grande résonance. Il s'agit par exemple, de tentatives de suicide (3,7% des 15-19 ans ont fait une tentative de suicide (3 – p.71)) ou de comportements s'apparentant au tableau clinique de la dépression...

D'autres facteurs favorisent également l'apparition d'un mal-être pouvant conduire au suicide, tels que les familles monoparentales ou recomposées, les difficultés scolaires, les violences subies, le chômage,...

Grâce à "l'étude quinquennale sur les conditions de travail dans l'Union Européenne, on apprend que le stress est le deuxième problème de santé d'origine professionnelle après le mal de dos."<sup>(7)</sup> Mais le plus grave est que l'on y retrouve cette même montée en puissance dans l'expression de son mal-être, puisque près de 33 % des tentatives de suicides auraient un lien direct avec une souffrance provoquée par les conditions de travail.

Et ce n'est seulement une fois le suicide effectué que des regroupements de personnes ont lieu "pour dénoncer la souffrance au travail." (4 – p.29)

De manière générale, dans le cas d'une personne dépressive, "au delà des facteurs favorisants tels que l'hérédité, des expériences malheureuses ou certains facteurs sociaux, la dépression constitue potentiellement une situation suicidogène." (5 – p.35)

Des études épidémiologiques montrent que "lorsque l'on cherche les traumatismes dans la vie récente d'un déprimé, on trouve au premier rang, dans 24 % des cas, le décès du père ou de la mère, suivi, dans 19% des cas, par le décès d'un autre membre de la famille."<sup>(8)</sup> En effet, à la suite d'un décès, le travail de deuil naturel, peut dans certains cas devenir pathologique, car "il comporte un panneau dépressif analogue à celui de la maladie mélancolique, mais qui se résorbe et disparaît théoriquement à la résolution de la crise." (6 – p.69) Plus encore, l'approche psychanalytique de la dépression s'est construite sur l'expérience du deuil et de la mélancolie. Cependant, "pour Freud (1917), la mélancolie est différente du deuil. Elle se distingue par le fait que dans la mélancolie,

(6) Extrait du site Internet : <http://www.animafac.net>

(7) Estimation d'après la seule enquête quantitative menée par l'Inspection médicale de Basse-Normandie, en 2003.

(8) Sondage IFOP 1986

l'objet perdu est le "moi" du sujet, et non l'objet et le lien à l'objet." (7 – p.163)

Ce qui nous intéresse ici, concerne les circonstances par lesquelles, un mal-être naturel, induit par la perte d'un objet ou d'une personne aimée, peut déboucher sur un deuil pathologique et donc, un mal-être maladif. Néanmoins la sémantique des mots est à relativiser puisque le sens étymologique du terme "pathos" signifie souffrance. Toujours est-il que "contrairement au deuil normal, le deuil pathologique constitue une situation particulière qui comporte une évolution plus lente (plus de 6 mois à un an) dans laquelle la dépression atteint le niveau de diagnostic clinique." (ibid. p.35)

Il est intéressant de remarquer que cette situation peut être provoquée, de façon générale, par une attitude inadéquate de la part des proches de la personne endeuillée. Le travail de deuil se décompose en plusieurs phases qui peuvent prendre un temps plus ou moins long, se chevaucher ou bien ne jamais aboutir suivant le cas.

Une première phase de sidération est marquée par l'inhibition de l'intellect et de l'affect. AUGAGNER (1991) cite que "la vie végétative nous maintient en vie." Ainsi, si personne n'y prend garde, en laissant le silence s'installer, cet état risque de devenir problématique voire chronique. Deuxièmement, durant la phase de chagrin aigu, emplies de douleur et de désarroi, le rôle de l'entourage est très important puisque la personne a tendance à se replier sur elle-même pour se protéger de cette vague émotionnelle. Toutefois, une analyse plus fine nous permettra d'admettre une certaine délicatesse à adopter, vis à vis de la personne endeuillée, pouvant faire preuve d'une éventuelle pudeur de ses émotions. Il s'en suit une troisième phase dite de flottement dans laquelle l'endeuillé va laisser exprimer sa contrariété, voire sa colère, quelquefois violente ou son apaisement. Enfin, la phase d'adaptation et d'apaisement vient finaliser le travail de deuil. Le détachement par la personne en deuil, au défunt et au passé, s'effectuera grâce à une intense activité psychique. A ce moment là, le refus ou non de la réalité, entraînera la personne, suivant le cas, dans une attente toujours douloureuse. Le deuil deviendra alors chronique. Dès lors, l'entourage de l'endeuillé aura un rôle à jouer, car le soutien apporté, facilitera le déroulement de ce mécanisme.

Cependant, dans notre pratique professionnelle, nous constatons très peu de cas, où une personne âgée développe un deuil pathologique. En revanche, nous observons une différence entre les femmes et les hommes devenus veufs. Ces derniers, auraient davantage de difficultés à s'adapter aux nouvelles contraintes de la vie quotidienne qui s'imposent à eux et donc, supportent moins bien leur nouveau statut.

Nous avons pu constater précédemment que certains facteurs de risques peuvent provoquer une dépression pour la personne concernée. Bien sûr, les explications et les détails fournis dans ces propos, n'ont pas la prétention d'être exhaustifs. L'intérêt pour nous, est de mettre en lumière, des mécanismes qui se sur-ajoutent pour éventuellement aboutir à une véritable pathologie ou dans le pire des cas, à un comportement à haut risque et beaucoup plus grave qu'un mal-être naturel. Il s'agit d'une réaction naturelle, développée pour faire face aux contraintes de la vie.

Parmi les réactions les plus extrêmes, le suicide est l'acte ultime par lequel tout le monde se sent concerné. D'une certaine manière, notre évolution personnelle nous conduit inexorablement un jour, à prendre conscience que l'on a la capacité d'ôter la vie des autres mais également la sienne et de façon délibérée. Cette puissance suprême, canalise nos pulsions car elle génère de la peur. La mort nous fait peur, au point même d'en être écartée de toutes nos références sociétales. Bien que depuis 1790, en France, le suicide n'est plus considéré comme un crime, il reste toutefois associé à un problème psychiatrique et donc à un désordre mental.

En revanche, il n'a pas la même signification selon les représentations culturelles admises par des personnes d'origines différentes (kamikaze, hara-kiri...). Mais plus encore, on ne peut pas parler du suicide de la même manière, qu'il s'agisse d'un jeune, d'une personne âgée, d'un individu en bonne santé vivant dans un pays démocratique, d'une personne privée de liberté, ou bien encore d'un fanatique religieux...

Toutefois, notre société occidentale moderne, considère le suicide comme "dangereux pour la personne concernée, et également pour les

autres, parce qu'il va mettre en échec leur système de croyances édifié pour lutter contre la peur de la mort." (8 – p.25)

C'est en ce sens qu'il nous faut également souligner que l'influence du "jeunisme" sur nos comportements individuels et collectifs, a pris une telle importance à cause de notre déni de la mort.

Cette peur de la mort, qui affecte toute notre culture sociétale actuelle, figure donc ici, comme un point essentiel permettant d'expliquer en partie les raisons qui poussent un individu à adopter un comportement suicidaire. En ce sens, "toute conduite suicidaire vise à donner un sens à la vie en utilisant comme enjeu de la communication avec les autres, l'angoisse de mort qui est l'argument ultime par lequel chacun se sent concerné." (8 - p. 32)

C'est souvent le cas, des personnes âgées suicidaires. Elles utilisent des procédés beaucoup plus agressifs que les jeunes, pour se donner la mort (pendaison, arme à feu, noyade...). Corrélativement, un fort taux de dépression, touche cette même catégorie de personnes. Plusieurs facteurs sont à l'origine de ce constat. Qu'ils s'agissent de facteurs psychologiques (dévalorisation narcissique, sentiment d'inutilité...), des facteurs sociaux (deuil, réduction de son réseau relationnel, déracinement...), ou une polymédication..., tout ceci, contribue fortement à ce que nos aînés développent des angoisses, un sentiment d'échec et de désespoir, une sensations de fatigue et des difficultés intellectuelles... Or ce repli sur soi, passe souvent inaperçu, à cause de la récurrente assimilation avec un soit-disant, comportement normal sinon socialement attendu d'une personne âgée, et notamment aussi, à cause également de la faible place qu'il leur est accordée de nos jours dans la cellule familiale, voire même dans la société.

Par conséquent, on admettra que, plus la perte d'espoir est importante, plus le moyen de communiquer sera violent. L'attente d'exister pour autrui, témoigne du sens que l'on donne à son existence. Ainsi, vivre une expérience de mal-être (deuil, dépression, souffrance quelconque...) dans l'incompréhension ou de manière anodine et transparente vis à vis de ses proches, provoque un sentiment

d'isolement social et affectif qui ne fera qu'accroître sa souffrance.<sup>9</sup>

Pour illustrer ces propos et bien qu'il ne s'agisse pas de personnes âgées, nous nous appuyons sur une enquête publiée par CHOQUET<sup>10</sup> intitulée : "les jeunes suicidants." Elle montre que dans 61% des cas, les jeunes suicidaires, jugent avoir une vie familiale "tendue" malgré un tissu social (amis, relations amoureuses, activités de loisirs) suffisamment étoffé. CHOQUET (2004) précise que "ce n'est pas l'organisation de la famille qui est en cause, mais la qualité relationnelle, la chaleur humaine qui y règne." La psychanalyste, CHARAZAC-BRUNEL, ajoute que c'est l'absence de dialogue qui est le point commun des familles dont un enfant se suicide.

Que dire alors de la communication des personnes âgées dont l'entourage social, s'amenuise, vivant, souvent seules, leurs dernières années, sans leur conjoint ; ceci d'autant plus que la maladie est un facteur très important d'isolement. La dépendance aux autres, devient alors redoutable pour l'estime de soi. Face à ces difficultés qui paraissent insurmontables, un élan de désespoir peut conduire une personne âgée à se suicider de façon très radicale. Qui a-t-il de pire dans la vie d'une femme ou d'un homme que de perdre espoir ? Cet espoir de donner du sens à sa vie, être reconnu en tant qu'individu singulier, dans son identité et ses liens, participe de cette conquête, qui se nourrit des relations aux autres, sans cesse en construction. En ce sens, "l'entourage humain va jouer le rôle de caisse de résonance,..., pour faire échouer ou amplifier les comportements suicidaires." (8 - p.30) Selon des témoignages extraits d'une campagne d'information contre le suicide réalisée en Ile de France, nous pouvons lire certains propos dévalorisants tenus par des suicidaires, tels que "je déçois tout le monde, je ne compte plus pour personne, ou bien encore, je n'ai pas ma place ici, je ne sers à rien..." Ceci révèle parfaitement, l'importance du regard et l'attitude de l'entourage, sur une personne vivant une crise existentielle.

Nous entendons par entourage, toutes les personnes qui comptent dans le jugement d'un individu. Cette notion n'est pas forcément généralisable, seulement au cercle familial.

(9) *Isolement et solitude des personnes âgées : l'environnement solidaire* – ed Eres - 2004

(10) Citée par P. ROQUES in *Quand le spleen guette* – octobre 2004  
[www.animafac.net](http://www.animafac.net)

Quelques fois, un ami, à qui on accorde notre confiance, pourrait avoir davantage d'influence sur nous, par le regard qu'il nous porte ou de l'idée que l'on s'en fait.

Nos propos sont majoritairement étayés par des explications sur l'acte suicidaire, car ce point culminant dans l'expression d'un mal-être, est très révélateur, de ce qu'un déficit relationnel, peut causer comme dégâts.

Toutefois, avant d'agir de manière si violente contre soi-même, des étapes préalables ont certainement conduit la personne à se sentir exclue, isolée de toutes relations satisfaisantes. La situation de mal-être s'amplifiant, la communication, le dialogue avec les autres, s'estompe peu à peu. L'expression de son ressenti devient d'autant plus difficile que "la plainte ou le symptôme serait les traces d'une demande inarticulable, quelque chose qui a du mal à s'exprimer, mais qui s'adresse à l'autre." (9 - p.30) L'incompréhension s'installe à cause d'une communication qui s'enrouille. Ainsi, la souffrance augmente sans que l'on ne puisse donner du sens à son expérience. Dans ce cadre là, on s'aperçoit que la souffrance vécue, a besoin d'être exprimée, de trouver un dépositaire, ce qui permet au souffrant d'avoir le sentiment d'être compris par les autres ; et donc de trouver sa place dans un environnement, un système de valeurs, important à ses yeux. Cependant, lorsqu'une personne nous expose face à son mal-être, nous dépeint sa souffrance, assombrissant notre regard par le reflet que celle-ci porte au monde, il semblerait que peu de gens sachent quoi dire, quoi faire, en cette circonstance là. Apprendre à recevoir la plainte de l'autre, sa souffrance, constitue donc le premier pas vers l'instauration d'une relation de confiance.

Mais pour cela, quelques conditions sont nécessaires pour que se réalise, ce que les autres attendent le plus de nous ? C'est à dire, une écoute attentive de leur souffrance, même minime. On n'attend peut-être pas de nous, des conseils de chevronné, mais une simple compréhension que l'on sollicite grâce à notre empathie. Il ne s'agit pas de remettre à la personne les clefs d'un mieux-être, mais lui montrer qu'on est là pour elle. Prendre le temps de la laisser parler, s'exprimer, permettra d'éclairer ses pensées tout en les

formalisant, de mettre des mots sur des ressentis qui jusqu'ici paraissaient confus. Souvent une simple rencontre suffit. Cette relation à l'autre dépasse tous les clivages socio-économiques et culturels, puisque d'où que l'on vienne (classe sociale, pays d'origine), ce "don de soi" est universellement reconnu et apprécié, d'autant que l'écoute conditionne la reconnaissance sociale et participe de la construction identitaire de chacun.

C'est la raison pour laquelle il est important de laisser s'exprimer ses émotions. Toujours est-il qu'il faut être en mesure de pouvoir le faire, car cela implique de s'engager dans sa relation avec l'autre. Communiquer, implique de partager son monde intérieur, le « qui je suis ». En effet, s'ouvrir aux autres, à ceux en qui on a confiance, pose le problème de laisser entrevoir qui on est réellement. C'est sans doute pour cela, que l'on emploie le mot confiance. Dans ce cas, on devrait donc dire, que l'on a confiance en quelqu'un qui va garder pour secret cette partie de notre intimité.

Or, dans notre société contemporaine, engagée dans une quête de bien-être absolu, la recherche de sensations positives est exclusive. De ce fait, seule l'expression des sentiments de bonheur, de gaîté, de joie de vivre et d'épanouissement personnel est tolérée. Ainsi, la démonstration de nos souffrances est dans cette mesure, contenue. Sans doute que cette attitude est provoquée par la honte d'avoir échoué devant l'attente, d'une trop grande envergure, de montrer à tout instant notre enthousiasme d'être là, vivant. Pour alimenter ce débat, ARIES (1975), affirme que : "ce qui était commandé par la conscience individuelle ou par la volonté générale est désormais défendu... il ne convient plus d'afficher sa peine ni même d'avoir l'air d'en éprouver." (10 - p.71) Corrélativement, cela n'est pas sans conséquence, puisque par exemple, selon VINCENT-THOMAS (1975) : "là où le deuil reste une pratique générale, institutionnalisée et codifiée, on ne rencontre pratiquement pas de deuils pathologiques à l'encontre de ce qui se passe en Occident où tout est mis en œuvre pour l'interdire." (11 - p.290) Ce silence marque en quelque sorte, une volonté de nier la mort.

Néanmoins, le silence et la non expression de ses émotions, revêt plusieurs significations selon le cas qu'il convient de déceler afin de mieux appréhender l'observation du mal-être. On distingue le silence-pudeur de ses émotions, le silence-respect de l'importance de l'événement, le silence-peur de l'inadéquation des propos usités, le silence pour arrêter l'expression d'autrui, le silence-illusion qui pense créer l'oubli...

Par conséquent, comprendre ce que la plainte, les symptômes ou les non-dits signifient, constitue un obstacle supplémentaire à l'interprétation subjective des comportements. Le non-sens des propos du souffrant est alors une des causes d'une forme d'exclusion. Etant donné que la personnalité de chacun se construit grâce à ses interactions sociales, à la relation à l'autre, il n'est pas difficile de s'imaginer les répercussions sur le sentiment identitaire et d'appartenance social d'une personne en mal de vivre.

Enfin, l'expression de ses émotions dépendra de son aptitude à communiquer, souvent en étroite liaison avec sa confiance en soi, sa spontanéité, son intentionnalité.

Mais avant, encore faut-il les identifier. Elles peuvent paraître tellement confuse parmi notre désordre émotionnel.

Nous avons donc tenté de démontrer à travers ces propos, l'importance de rentrer en contact avec autrui lorsque l'on vit une situation de mal-être. Cela aura pour effet d'une part, de prévenir une éventuelle aggravation de la situation, et d'autre part, d'attribuer un rôle d'écoute et d'observation, à l'entourage, dépositaire de la plainte. Bien entendu, l'écoute de la souffrance, grâce au lien social qu'elle crée, ne constitue pas la solution ultime permettant de guérir à elle seule, tous les maux constitutifs d'une crise existentielle. Néanmoins, elle figure parmi l'étape incontournable, dans le repérage d'une personne qui a besoin de parler, car sa souffrance est trop lourde à supporter.

Dans le cadre de notre pratique professionnelle à l'Institut de Gérontologie Sociale, dont la raison sociale est d'œuvrer dans le champ de la prévention pour le bien-vieillir, nous accordons une place essentielle à ce travail d'écoute.

En premier lieu, lorsqu'une personne âgée est reçue à l'association pour bénéficier d'un de nos services, ou pour demander des renseignements, l'accueil est primordial. Il constitue une sorte de "sas de décompression". La gestion de l'espace est organisée de sorte que la salle d'attente, dans laquelle les personnes sont reçues, et le bureau sur lequel l'accueillant travaille, ne leur donnent pas l'impression de guichet. Ensuite, une fois le café servi (ou autre chose suivant les goûts), les gens sont souvent rassurés de notre intention à vouloir les aider dans leur démarche de prévention. Ainsi, une relation de confiance et un sentiment de sympathie s'installent. Ce n'est qu'à la suite de cela, qu'ils vont commencer à nous parler, à vouloir entrer en contact avec nous. Leur intention est donc identifiée. Notre équipe a été formée pour recevoir leur discours. Sans écoute attentive relatant leur situation de vie, leur ressenti par rapport à la vieillesse et à toutes les problématiques que cela comporte, nous ne pouvons pas les orienter vers les services qui répondront au mieux à leurs besoins, leurs demandes et leurs attentes.

Cependant, nos préoccupations se sont tournées vers les personnes âgées, qui à la différence de celles que nous voyons à l'Institut, ne peuvent plus se déplacer. L'isolement social résulte donc de leur réduction de leur autonomie. Et si à cela, se rajoute l'absence d'un entourage familial, amical ou professionnel, une forme d'isolement affectif apparaît, causant une profonde solitude dévastatrice. Ainsi, comment renouer du lien social, en étant à l'écoute du mal-être de ces personnes isolées, tout en restant dans un même lieu physique ? De cette interrogation, est née en décembre 2000, un service d'écoute téléphonique, intitulé "Allô Service Personnes Agées"<sup>11</sup>. L'objectif est de proposer aux personnes âgées en souffrance, un espace de parole afin de soulager pour un temps leurs souffrances et leur laisser la possibilité de s'exprimer librement. Ce service repose sur la base du volontariat ainsi que sur la participation de toute l'équipe de l'Institut. Nous appelons hebdomadairement toutes les personnes que nous suivons, et nous recevons librement les appels de ceux qui souhaitent parler.

Etant donné que la souffrance ne s'arrête pas les jours de fête ou pendant les vacances scolaires. Ce service reste ouvert continuellement, mis à part le week-end. A l'instar d'initiatives similaires telles que "SOS Amitiés" en France, cela a permis de révéler une profonde souffrance, provenant de l'épuisement du sens que ces personnes attribuent à leur vie. Cela est dû en majorité au manque de liens et d'échanges de qualité avec les autres.

En ce mois d'Août qui est toujours depuis la création du service écoute, le mois le plus difficile pour les appelants comme pour les écoutants tant se fait sentir la solitude, nous devons faire face à un certain nombre d'appels de personnes en situation de crise ; des crises au demeurant antérieures à la période estivale mais qui prennent tout leur sens et leur charge anxiogène lorsque seuls les murs renvoient en écho le mal-être et les souffrances qui en découlent.

Appelons la Marie car on ne sait pas vraiment qui elle est dans la mesure où elle a toujours souhaité conserver son anonymat. Elle appelle régulièrement depuis ce début du mois d'Août pour nous parler de son amie qui est en procès avec ses voisins. Elle nous dit qu'elle est courageuse mais que depuis que ses problèmes de voisinage durent, tout va de plus en plus mal. Elle nous dit que cette amie est âgée et est au bout de ses forces, qu'elle lutte mais qu'elle sait, qu'elle sent que son combat est perdu, qu'elle a envie de mourir. Nous l'écoutons à tour de rôle, lui proposons de venir voir son amie mais à chaque fois, Marie évite la proposition, nous dit qu'elle est la seule intermédiaire possible car son amie n'a confiance qu'en elle puis raccroche. Une à deux heures plus tard, elle rappelle, nous parle de nouveau de la souffrance de cette amie, de son enfance marquée par la déportation de ses parents, de sa force psychologique pour avoir surmonté, seule, toutes ces difficultés de la vie. Marie connaît si bien son amie que peu à peu, il semble bien que Marie et son amie ne font qu'un, que le mal-être dont nous sommes les témoins jour après jour participe d'une forme de dédoublement de la personnalité. Nous écoutons et soutenons Marie qui d'une voix douce raconte la souffrance par correspondance, sa souffrance, sa solitude. Elle pleure mais elle rit aussi quand nous lui

disons que son amie est une lutteuse et qu'elle a de la chance de l'avoir dans sa vie.

Mais Marie n'est pas seule à exprimer son mal-être. D'autres personnes relèvent du service écoute et l'utilisent pour nous parler de leurs difficultés à vivre :

#### **Mme Y, 73 ans**

*Elle nous appelle en pleurs. Elle a beaucoup hésité avant d'appeler le Service Ecoute. Elle en a gros sur le cœur. Entre deux sanglots elle nous explique que son compagnon, avec qui elle vivait depuis 40 ans, est décédé il y a 6 mois. Son fils l'a mise sous tutelle depuis qu'il sait qu'elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Cette maladie lui fait peur et elle n'ose pas en parler à son entourage.*

#### **Mme C., 79 ans**

*Elle est dépressive depuis que son fils unique est subitement décédé des suites d'une maladie nosocomiale. Elle ne veut plus voir personne, et n'a plus la force de sortir. N'ayant plus aucune famille, elle ne sait pas vers qui se tourner afin de confier sa douleur. Elle souhaite juste parler de sa solitude et de sa peine.*

#### **Mme I., 82 ans**

*Mme I. est veuve. Elle se déplace difficilement et utilise un déambulateur. Elle ne voit personne mis à part les infirmiers et l'aide à domicile. L'après-midi elle est seule. Elle ne veut pas sortir car elle trouve la rue dangereuse. Sa fille habite loin et elle ne la voit pas souvent. Elle se demande si le "bon Dieu va venir la prendre bientôt". Elle considère qu'elle n'a plus sa place "ni au ciel ni sur terre".*

#### **Mme M., 90 ans**

*Cette dame est malvoyante, malentendante, isolée et fragilisée. Elle va être expulsée de son logement par les forces de police, ses meubles vont être saisis et elle sera envoyée d'office dans un centre d'hébergement pour personnes âgées. Mme M. se trouve très affectée par ces événements et refuse catégoriquement d'aller en maison de retraite. Le Service Ecoute lui apporte un soutien moral dans cette épreuve et va au-delà de son rôle en l'accompagnant dans ses démarches administratives.*

### Mme B., 91 ans

*Elle vit seule à son domicile et s'entretient régulièrement par téléphone avec notre équipe d'écouter. Elle vient aussi à l'Institut pour passer des bilans de santé ou tout simplement nous rendre visite. Un jour elle demande à passer nous voir car elle veut nous parler d'une chose importante. Elle nous raconte qu'une de ses filles l'aurait placée sous curatelle renforcée, et cela sans vraiment l'y préparer. Elle paraît très affectée par cette affaire, et nous confie que depuis les relations entretenues avec sa fille se dégradent de jour en jour. Elle se sent dépossédée de ses droits, et semble beaucoup en souffrir. Elle se sent tout de même un peu soulagée de pouvoir en parler à quelqu'un qui l'écoute et ne la croit pas folle.*

### Mme N., 83 ans

*Elle vit seule à son domicile depuis les décès de son mari et plus tard de son fils unique. La dépendance qu'elle vit depuis l'accumulation de problèmes de santé la confine à son domicile la plupart du temps, même si elle trouve encore la force d'aller effectuer ses courses dans son quartier. Suite à une chute dans son appartement où elle se casse le col du fémur elle est emmenée à l'hôpital par les pompiers. Dans l'urgence elle n'a pas pu emporter avec elle quelques affaires de toilette et des vêtements. Elle se retrouve donc à l'hôpital seulement vêtue d'une très légère tunique sans sous-vêtements, et dans un certain état émotionnel. Notre équipe, salariée et bénévole, s'est donc mobilisée en achetant pour elle les affaires nécessaires et en lui rendant visite plusieurs fois, en complément du suivi téléphonique habituel.*

Toutes ces situations sont évocatrices d'un mal-être que nos interlocuteurs traduisent sous forme de souffrance qui sous-tend de la douleur. Sur ce thème et comme l'indique KIPMAN dans un article consacré au fantôme de la douleur<sup>12</sup> "c'est un curieux paradoxe que de considérer qu'un important problème de santé publique repose sur une pathologie qui n'existe pas : la souffrance psychique, fantôme de la douleur.

La douleur, on la connaît bien. Elle est consubstantielle de la vie, que l'on pense à la

rage de dent ou à la crampe musculaire, à la blessure traumatique ou à la maladie chronique... Son estimation est parfois malaisée, parce que trop subjective ; de plus, celui qui a mal peut être douillet, voire même fabulateur. La douleur physique est elle-même enveloppée d'un halo de vague, de flou, dû tant au patient qu'au soignant. Mais la souffrance psychique est bien pire. Il n'y a plus de support objectivable à trouver. Ne reste que la brume.

Pour les uns, il s'agit de "malades imaginaires" qui n'ont qu'à faire appel à leur "volonté". Quand on les voit, on constate qu' "ils ont tout pour être heureux". Et, en cette période de crise, certains, et non des moindres, n'hésitent pas à affirmer qu'on a à faire à des "maladies de riche "ou" d'oisifs" (les chômeurs en sont-ils ?), quand ce n'est pas des "maladies de femme" (l'hystérie et son étymologie machiste n'est pas loin).

On perçoit bien la gêne que déclenche l'évocation de ce type de souffrance. On en repousse la plainte, l'idée.

Le refus indique que la plainte n'est pas recevable. Il vaudrait mieux qu'elle fût tenue secrète, mais ce n'est pas possible. Comme elle ne peut rester muette, elle va se manifester de manière déplacée, autrement, être émise à côté, par toutes les voies somatiques, comportementales ou autres que l'on connaît.

Les raisons qui rendent la souffrance psychique si difficile à entendre sont profondes. Dans le même temps qu'on répugne à faire cas de cette souffrance, on ne peut ignorer que nous la connaissons tous, que nous l'avons tous rencontrée un jour ou l'autre. Du "spleen" au deuil, de l'amertume de l'échec aux regrets, de la tristesse à la dépression, nul n'y a échappé.

Devant la souffrance d'autrui, même si les blindages professionnels nous en protègent un peu, c'est le souvenir, aussi automatique qu'inconscient, de nos propres souffrances qui se réveille. Et c'est ce réveil qu'aussi automatiquement qu'inconsciemment, nous repoussons. Nous sommes tous d'anciens combattants de la souffrance, et, en tant que tels, nous préférons astiquer nos médailles en évoquant le bon vieux temps (de l'enfance, de la vache enragée, des débuts professionnels, des débats amoureux...) en effaçant l'horreur,

(12) Le fantôme de la douleur - Santé mentale- Mars 1994

les drames et les souffrances de ces moments là, auxquels nous tentions d'échapper.

La souffrance psychique, qui naît isolement ou peut accompagner des douleurs physiques, est donc universellement répandue. Elle prend, cependant, parfois, trop souvent, une dimension telle, qu'elle altère durablement la vie psychique d'un individu. Si la souffrance est suffisamment forte et qu'elle survient au cours d'une période sensible du développement, notamment chez l'enfant, c'est la structuration définitive du psychisme qui peut s'en trouver marquée, la personne aliénée. C'est dire qu'elle prend vite une valeur pathologique et qu'elle représente un problème majeur de santé publique. Celui-ci est évidemment difficile à aborder puisque les manifestations de la souffrance psychique sont d'autant plus polymorphes que celle-ci est difficile à exprimer."

Dans le long processus d'inscription dans la souffrance et dans le mal-être qui en résulte, il y a parfois également une construction de la haine de l'Autre mais également d'une haine de soi qui peut mener, nous l'avons vu, à des formes d'autodestruction lentes ou plus brutales.

C'est en ce sens que pour ENRIQUEZ<sup>13</sup> "l'observation clinique montre qu'aux carrefours de la haine on croise inéluctablement une souffrance corporelle et mentale excessive. La souffrance et la haine se rejoignent en un déterminisme circulaire où la souffrance devient cause de haine et la haine cause de souffrance. Ce même type de causalité se retrouve dans le jeu qu'entretiennent entre elles les angoisses de mort et les pulsions de mort. Nous savons que toute angoisse de mort portée à son acmé, met en mouvement de par la détresse corporelle et psychique qu'elle éveille une force destructrice visant à anéantir tout (y compris soi-même) ce qui suscite déplaisir, souffrance, dérégulation. Cette force brise les liens et les identifications, morcelle l'image du corps propre, tue la vie psychique. Toute analyse ne laisse-t-elle pas entrevoir, ne serait-ce que dans un moment fugace, la dimension tragique de ce cercle vicieux où les angoisses de mort se révèlent à la fois les effets des

pulsions de mort, modalités de réponse à leur action et par voie de rebondissement, moteur de leur mise en mouvement, contribuant ainsi de façon lancinante à la désintrinsication pulsionnelle ?"

Sur ce plan, la souffrance psychique interférait dans bien des stades de l'interrogation éthique sur le concept essentiel de la personne et ceci nous intéresse d'autant plus que "La détresse mentale affaiblit le sujet souffrant jusqu'à l'anéantissement et la négation de la personne. Elle conduit à sa désociabilisation. La démarche éthique doit permettre de reconnaître malgré tout dans le sujet en souffrance psychique une personne humaine au sens plein du terme en la replaçant dans son histoire, sa biographie. Cette réflexion lui redonne son existence, elle impose aussi la nécessité de le soulager. La démarche éthique questionne également sur la notion de normalité d'anormalité vraie ou ressentie et sur la manière dont la société gère l'exclusion. Si on juge une société à ses actions d'intégration ou de réponse aux soins et souffrances exprimées envers ses plus faibles sujets, la nôtre ne paraît pas avoir encore atteint son plein développement. La démarche éthique nous impose d'explorer les diverses voies pour un meilleur soulagement, des multiples formes de la souffrance psychique dans le respect de la personne à travers sa propre histoire et non selon des règles absolues" MALAUZAT

De là où nous nous situons comme thérapeutes, comme "intervenants", nous cheminons dans les sentiers intérieurs et sinueux des âmes en peine, tels des pèlerins. Ceci nous interpelle en permanence sur notre propre parcours car comme nous le rappelle si justement BAUMAN (2003) : "Pour les pèlerins du temps, la vérité est ailleurs ; le véritable endroit est toujours un peu plus loin, un peu plus tard. Où qu'il puisse se trouver à présent, le pèlerin n'est ni où il devrait être, ni où il rêve d'être. La distance entre le vrai monde et celui-ci est faite d'une dissonance entre ce qu'il reste à accomplir et ce qu'il a été."

Dans cette perspective, ce qu'il nous revient d'accomplir réside dans une ouverture vers la Lumière et le Bien-être en cherchant à nourrir l'être de valeurs positives, d'outils lui

(13) M. Enriquez - *La souffrance et la haine*, ed Dunod - Liège - 2001, 273 pages. *Les personnes en situation de mal-être sont avant tout en danger d'elles-mêmes, des personnes fragilisées et par-là, vulnérables dont la prise en charge pose la question du rapport à Autrui et plus spécifiquement de la relation soignant/soigné, aidant/aidé.*

(14) *Souffrance et éthique - Santé mentale Mars 1994*

permettant de s'inscrire dans une forme de résilience vis à vis des tourments de la vie et des fêlures de l'âme, tout cela pour l'aider à devenir un être réactif, de combattre cet enfermement graduel et lent dans le mal-être tout en lui permettant de demeurer inscrit dans la Cité des hommes en attendant peut être selon sa foi, d'accéder à la Cité de Dieu chère à Saint AUGUSTIN. pour lequel nous ne sommes que des pèlerins du temps ;

“Nous sommes des pèlerins du temps” : sous la plume de Saint AUGUSTIN, il ne s'agissait pas d'une exhortation mais de l'exposé d'un fait. Quoi que nous fassions, nous sommes des pèlerins et nous n'y pouvons pas grand-chose, même si nous le souhaitons. La vie terrestre n'est qu'une brève ouverture vers l'éternité de l'âme. En fin de compte, ce n'est pas là que nous sommes destinés à nous trouver – et seule cette partie de nous, destinée à être ailleurs, est digne d'intérêt et de soins.”

### Références bibliographiques

**Ph. PIGNARRE.** 2001. *“Comment la dépression est-elle devenue une épidémie”*, p.148, Paris, édition La Découverte.

**ARISTOTE,** *“l'Homme de génie et la mélancolie”*, trad., prés. Et notes de J.PIGEAUD, Paris, Rivages Poches/Petite Bibliothèque, 1988, p.83.

**P. CHERCHEVE,** mars 2008, *Marianne* Octobre 2007, *“Mourir de travailler”*, VIVA n°226

**J. MENDLEWICZ,** 2007, *“La dépression, un mal de vivre des solutions”*, 265 p., Normandie, Edition Seuil

**M.-FAUGAGNER,** 1991, *“Vivre le deuil, de la réorganisation à la réorganisation”*, 153p. Lyon, édition Chronique Sociale

**C. CHABERT, René KAËS, Jacqueline LANOUZIERE, Alexandrine SCHNIEWIND,** 2005, *“Les figures de la dépressions”*, p.239, Paris, DUNOD

**J. VEDRINNE, O. QUENARD, D. WEBER,** 1981, *“Suicide et conduites suicidaires”*, 209 p., Paris, Edition Masson

**J. BARUS-MICHEL.** 2004. *“Souffrance, sens et croyance”*, p.182, Paris, Eres.

**Ph. ARIES.** : *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen-Age à nos jours* (Seuil – 1975)

**Th LOUIS-VINCENT :** *Anthropologie de la mort* (Payot – 1975)

**Ph. PITAUD et coll.** *Isolement et solitude des personnes âgées : l'environnement solidaire – ed Eres - 2004*

**Z. BAUMAN -** *La vie en miettes* ed Le Rouergue-Chambon – 2003 – 413 pages

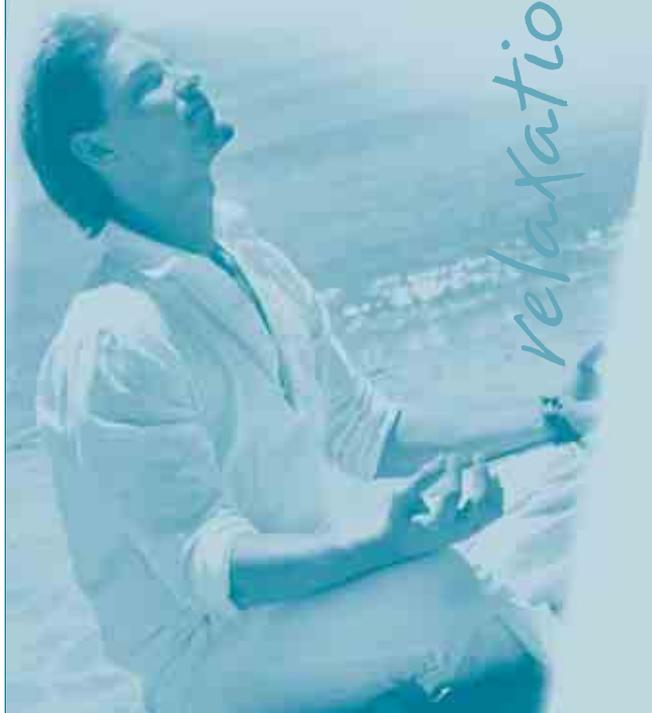
**MALAUZAT -** *Souffrance et éthique - Santé mentale Mars 1994*

## La relaxation contribue à un mieux être

Elle peut être simple outil de détente physique, ou “méthode psycho-thérapeutique” facilitant une meilleure élaboration verbale des sensations et des émotions.

Elle peut être pratiquée à domicile ou en Centres Spécialisés, en individuel ou en groupe.

Pour plus de renseignements  
Contactez :  
**06 83 88 01 26**



**UNIVERSITE DE PROVENCE  
INSTITUT DE GERONTOLOGIE SOCIALE**

## MASTER AGIS



### Spécialité professionnelle **MASTER ACTION GERONTOLOGIQUE ET INGENIERIE SOCIALE A.G.I.S. (ex. DESS AGIS)**

RESPONSABLE :  
**Philippe PITAUD**

Directeur de l'Institut de Gérontologie  
Sociale, Professeur (PAST)  
En collaboration avec les Universités de MILAN,  
LISBONNE, Fondation MATIA-INGEMA  
(San Sébastien)

#### RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

DEPARTEMENT ENVIRONNEMENT,  
TECHNOLOGIES ET SOCIÉTÉ

3, Place Victor Hugo, Case 75  
13331 MARSEILLE cedex 3

Secrétariat : Tél. 04 91 10 67 90

Fax. 04 91 10 62 85

Ph. PITAUD, Directeur : Tél. 04 91 10 67 56

Mail : [dessagis@univ-provence.fr](mailto:dessagis@univ-provence.fr)

Les dossiers d'inscription sont disponibles  
à partir du mois d'Avril

Recrutement en formation initiale (M1) - 10 places

Recrutement en formation continue - 10 places

(Coût : 4 500 euros)

Pour plus d'information, site Internet :

<http://www.up.univ-mrs.fr/iupenv/agis>



#### **“Vieillir dans les villes de l'Europe du Sud”**

Toulouse : Editions Erès, 1994, 208 pages, sous la direction de PITAUD (Ph.) et coll.

#### **“La dépendance des personnes âgées : des services aux personnes aux gisements d'emploi”**

Toulouse : Ed. Erès 1996 - 174 pages, DHERBEY B., PITAUD Ph et coll.



#### **“Gérontologie sociale : pour une éthique de la formation”**

Toulouse Ed. Eres - 1998 - 254 p., PITAUD Ph. (sous la direction de)

#### **“Solitude et isolement des personnes âgées ; l'environnement solidaire”**

Ed ERES - pratiques du champ social - Toulouse - 2004 - 268 p., PITAUD (Ph) (sous la direction de)



#### **“Vieillir en Exil”**

Presses universitaires Blaise Pascal - 2006 - 210 pages - MONTANDON (A), PITAUD (Ph) (sous la direction de)

#### **“Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : le vécu des aidants”**

ed ERES - 2006 - 309 p. - PITAUD (Ph) (sous la direction de) Avec la collaboration de FACCHINI (C), QUARESMA (M,L), GAUCHER (J), RIBES (G), VALARCHER (C), RICETTO (M), CROC (A), GUISSSET (M.J.), MIGLIORE (L), et coll.



#### **“Bien vieillir : 100 ans et plus ?”**

ed ERES-2007-203 p. - PITAUD (Ph) (sous la direction de) Avec la collaboration de Daniel HANNIVEL, Sophie BOLINCHES, Céline VALARCHER, Eric SANCHEZ

# Les conduites suicidaires à l'adolescence

Xavier Pommereau<sup>1</sup>



**N**otre société de consommation alimente continuellement en biens matériels et nourritures diverses et variées les adolescents. La plupart d'entre eux sont d'ailleurs des consommateurs patentés ayant l'habitude d'obtenir, sinon ce qu'ils demandent du moins une satisfaction, un plaisir immédiatement profitable. Ont-ils donc, comme on l'entend souvent dire, "tout pour être heureux ? La réponse est formellement non. Cette même société de la "non frustration" voit augmenter le mal-être des jeunes. Généralement diffus et tenace, cet éprouvé concerne environ 15 % des adolescents. Ceux-ci se disent mal dans leur peau, mal dans leur tête, dans l'incapacité de donner du sens à leur vie. Certains d'entre eux présentent de graves troubles de l'humeur ou de la personnalité. Mais la plupart ne sont pas malades. Ils sont en souffrance parce qu'ils ont l'impression douloureuse de ne pas parvenir à "se trouver" et à se vivre comme sujets à part entière, distincts et respectés comme tels par les autres. Ils éprouvent un sentiment de "non-existence" à un moment critique où la puberté oblige chacun à une double reconnaissance : se reconnaître (soi-même) et être reconnu (par les autres) à la fois comme le même – toujours aussi unique et singulier, en continuité avec soi – et un individu dorénavant différent du fait de l'avènement du corps génital et de la sexualisation des liens.

## RUPTURES EN QUÊTE D'IDENTITÉ

Avoir le sentiment de "non-exister" mène à une logique de rupture. Il s'agit en effet de faire cesser une souffrance intolérable, ce que ces adolescents s'emploient à faire. Ils cherchent à rompre d'une manière active pour mieux se défaire d'une situation ou d'une

position subie, jugée intenable. En tranchant ainsi, ils espèrent secrètement se démarquer, se distinguer, et donc se faire reconnaître ; à leur insu, l'intensité de la rupture qu'ils expriment témoigne d'une volonté plus ou moins affirmée de "marquer l'autre" pour davantage exister à ses yeux. Toutes ces intentions (dont certaines ne sont pas conscientes) se trouvent convoquées avec une acuité extrême dans l'acte suicidaire. Notre postulat est d'ailleurs qu'il ne peut pas y avoir de tentation du suicide sans, d'une part, une souffrance identitaire majeure et, d'autre part, une revendication d'existence et de reconnaissance, fut-ce à titre posthume. Contrairement à ce que d'aucuns croient, le projet des adolescents suicidaires ne consiste pas à viser la mort pour « cesser d'être », mais à obtenir un changement d'état pour en finir avec cette vie-là. Il s'agit d'abord de reprendre la main sur ce qui est vécu comme subi, et de faire cesser l'agitation de l'esprit, c'est-à-dire de ne plus penser afin de ne plus souffrir. Il s'agit encore d'effacer les problèmes en les escamotant dans la fuite ou l'oubli, avec le secret espoir et l'illusion d'un règlement magique des conflits : s'ils réchappent de leur tentative de suicide, alors peut-être bénéficieront-ils de remaniements affectifs plus favorables, d'une plus grande reconnaissance de la part des leurs. Il s'agit enfin, dans les cas les plus dramatiques, de "disparaître" au sens propre du terme<sup>2</sup>, c'est-à-dire de se débarrasser de la corporéité pour devenir de purs esprits capables d'occuper la tête de ceux qui restent. En somme, prétendre exister davantage morts que vivants en imprimant à jamais leur trace dans la mémoire des survivants (Pommereau, 1996).

Avant d'en arriver à ces extrémités, la plupart des adolescents qui vont mal développent d'autres conduites de rupture qu'il faut reconnaître à temps comme telles, puisqu'elles

(1) Psychiatre des hôpitaux, chef de service, Responsable du Pôle aquitain de l'adolescent - Centre Abadie, CHU de Bordeaux Mèl : xavier.pommereau@chu-bordeaux.fr

(2) Dis-paraitre, étymologiquement "cesser de paraître."

signalent un besoin d'exister autrement augmentant le risque suicidaire. En sachant que garçons et filles en mal-être présentent des formes de rupture nettement différenciées, dans la proportion de deux tiers/un tiers dans chaque sexe.

Les garçons concernés privilégient typiquement le recours à la violence projetée, celle qui explose à la face de l'autre et s'impose de façon spectaculaire. Ils mettent bruyamment en actes la "casse", la "déchirure" aux sens propre et figuré. Certains se montrent particulièrement impulsifs et instables, pratiquant le clash relationnel et la rixe en toutes occasions. D'autres s'isolent et broient du noir, s'adonnant en secret à diverses formes de violence agie ou virtuelle (films, jeux vidéos...). Tous ont l'habitude de couper court aux sentiments et aux échanges affectifs, préférant s'enivrer de sensations fortes et les partager entre pairs au travers de toutes sortes de conduites à risque, qu'elles soient motorisées, para-sportives ou pseudo-initiatiques. Ils "se cassent", encore, en absorbant massivement alcool, cannabis et éventuellement d'autres drogues. Le binge drinking en est aujourd'hui une triste illustration. Ces adolescents qui cherchent davantage la défonce que le plaisir n'ont pas seulement pour objectif de "se couper" de la réalité et de "liquider" leurs angoisses ; ils s'emploient aussi, à leur corps défendant, à se rendre malades (vomissements, états comateux) pour aller plus loin que les autres... et témoigner ainsi de leur souffrance et de leur incapacité à se contenir. Rompre au masculin, c'est aussi "casser son image" en termes de conformité aux us et coutumes des pairs. Il s'agit généralement de trancher dans l'excès ou l'outrance avec le plus grand nombre et d'adhérer à un sous-groupe d'appartenance censé réunir les plus radicaux. Et ceux qui doutent davantage que les autres d'être reconnus et respectés, multiplient les "signes distinctifs" avec une nette prédilection pour les empreintes indélébiles. Le piercing ou le tatouage, notamment, représente alors moins un élément esthétique et conformiste destiné à suivre la mode qu'une marque répulsive en forme d'avertissement pour tenir l'autre en respect : "attention, qui s'y frotte s'y pique !". À l'extrême, le marquage cutané peut aller jusqu'aux coups que les garçons s'infligent à eux-mêmes en heurtant des surfaces dures avec la tête ou les poings, comme s'ils ne

pouvaient percevoir leurs propres contours que dans la rencontre violente avec un obstacle jouant le rôle de butée extérieure.

Casser, pour ces garçons en mal-être, c'est encore commettre certains actes anti-sociaux (vandalisme, tag) dont l'apparence "gratuite" est souvent frappante. Du corps propre au corps social, les adolescents qui s'acharnent à y apposer leur marque tentent de laisser des traces de leur passage pour se sentir exister. Les comportements de rupture scolaire ou professionnelle accompagnent de telles mises en acte. Les conduites d'auto-sabotage, responsables de nombreuses situations de mise en échec "active", relèvent d'une même revendication : faute de reconnaître ses contours, le sujet en détresse tente désespérément de les tracer en tranchant dans le vif de sa chair, de sa scolarité et de ses relations à autrui.

Toutes ces conduites représentent, sinon des équivalents suicidaires, du moins des signaux d'alarme méritant d'être reconnus avant qu'il ne soit trop tard. Car les garçons qui cherchent un moyen radical de se soustraire à un intolérable vécu de "non existence", finissent un jour ou l'autre par projeter d'effectuer un ultime acte de rature du corps. La violence du moyen employé est alors en soi fortement mobilisatrice, parce que synonyme d'affirmation de la masculinité, ce qui explique – chez les garçons – le recours prévalent à la pendaison, l'arme à feu ou la collision automobile. Cette violence explique la surmortalité masculine caractérisant les accidents de la route et les suicides, dans la proportion de trois garçons pour une fille. S'exhiber "raide" à jamais au bout d'une corde ou "faire gicler" sa souffrance constituent des représentations masculines répandues du triomphe suicidaire, responsables de sept décès par suicide sur dix. Il s'agit de se défaire du corps propre et d'impressionner les proches, c'est-à-dire de les marquer pour exister à leurs dépens – terrible revendication identitaire faisant de chaque adolescent suicidaire un terroriste qui s'ignore.

Les filles qui vont mal sont de plus en plus nombreuses à manifester des signes de mal-être identiques à ceux des garçons, notamment chez les plus jeunes, entre 11 et 15 ans. Mais la majorité expriment encore leur désir de rupture par des comportements mettant alternativement en jeu l'exposition et

l'effacement du corps, voire sa biffure – au sens propre ou au sens figuré. “Se casser”, pour elles, c'est d'abord faire une fugue. En s'évanouissant dans la nature, les adolescentes espèrent semer leurs problèmes ; une fois dehors, et constatant qu'elles ont emporté avec elles leurs difficultés, elles espèrent “briller par leur absence” pour être reconnues. C'est pourquoi il faut toujours partir à la recherche d'une adolescente en fugue, car ne pas le faire équivaldrait à ignorer son existence.

Les filles en mal-être font plus de malaises que les autres, évanouissements ou crises de spasmophilie qui les conduisent souvent auprès de l'infirmière scolaire (Choquet, Pommereau & Lagadic, 2001). Elles peuvent aussi sciemment viser la réduction du champ de conscience à travers la prise de médicaments tranquillisants. Et lorsque la situation leur paraît insupportable, elles peuvent être tentées par la rupture en les absorbant en excès. Si le suicide abouti est surtout masculin, trois tentatives de suicide sur quatre sont féminines, 90 % d'entre elles étant réalisées par intoxication médicamenteuse (Choquet & Granboulan, 2004). La “prise de tête” est visée à travers ce moyen de réduire la psyché. D'ailleurs, hormis les psychotropes, les médicaments avalés sont des produits réputés agir contre les céphalées et les états fébriles. L'objectif est de ne plus souffrir, de voir s'évanouir en même temps que soi ses difficultés et, comme dans la fugue, de sommer autrui de reconnaître cette “absence.” C'est aussi viser l'immobilité, figure du calme, de la détente ou du “dernier sommeil”, une autre manière de se défaire de son corps en l'abandonnant au regard et à la “reconnaissance” des autres – intact, en posture de gisant, parfois suggestif jusqu'à l'abandon érotisé. Ces jeunes filles, qui ont le souci de préserver, même dans la mort, leur intégrité physique, ne savent pas – pour la plupart d'entre elles – si elles veulent dormir ou mourir. Elles aspirent à une mise entre parenthèses laissant le destin décider si “l'arrêt sur image” sera momentané ou définitif.

Pour rompre avec le mal-être, certaines adolescentes se saoulent et s'abandonnent sexuellement dans la perspective d'un changement d'état susceptible de résoudre leurs difficultés existentielles. L'ivresse aidant, elles ont délibérément des relations sexuelles

non protégées, s'exposant au risque d'une grossesse. À travers cet abandon consenti, il en est même qui réalisent de véritables passages à l'acte suicidaire en imaginant contracter une maladie sexuellement transmissible.

De la fugue au coma et à l'abandon de soi, les jeunes filles en détresse se jettent ainsi à corps perdu hors des réalités qui les font souffrir. Au sens propre, c'est aussi ce que les plus désespérées peuvent faire à travers la précipitation d'une hauteur – mode de suicide typiquement féminin responsable d'un décès sur sept chez les adolescentes et jeunes adultes. Aussi étrange que cela puisse paraître compte tenu des conséquences physiques d'un tel acte, ce n'est pas la destruction du corps propre qui est d'abord recherchée mais plutôt – comme dans la fugue – la matérialisation d'un franchissement libérateur s'exerçant du dedans vers le dehors, du trop plein vers le vide ou, à l'inverse, du vide intérieur à l'espace de tous les possibles.

Chez les filles, la figuration d'une désintégration corporelle reste le plus souvent associée à une intolérable image de souffrance et de morcellement. Elles sont cependant de plus en plus nombreuses à se livrer à des conduites de rupture à travers lesquelles elles s'infligent des violences corporelles : scarifications cutanées et crises de boulimie avec vomissements provoqués. Rarement destinées à en finir avec la vie, les scarifications matérialisent des coupures superficielles que leurs auteurs attribuent à l'impérieux besoin de “se faire mal pour se soulager.” Consciemment, les jeunes filles parlent de saignée ayant pour objet de purger le corps d'un excès de tensions ou de passer d'une souffrance intérieure (indicible et diffuse) à une douleur extériorisée et circonscrite pour en réduire l'intensité. Il s'agit aussi de blessures qui, alternativement, s'exposent et se dissimulent, en quête de reconnaissance et dans l'attente secrète d'un parage des plaies. L'attaque auto-infligée porte sur l'enveloppe – la peau – dont l'effraction vise à “se couper” de représentations psychiques intolérables. L'épanchement a également pour fonction de révéler – comme le ferait une pièce à conviction – combien l'adolescente saigne secrètement dans la

profondeur de son intimité identitaire (Pommereau, 2006).

Les crises de boulimie avec vomissements provoqués réalisent d'autres coupures charnelles frappant le registre alimentaire. Dans une société de l'apparence et de l'abondance, les jeunes filles concernées pratiquent la rupture alimentaire par excès (boulimie) ou par défaut (anorexie), interrogeant les limites, la nature des besoins et des manques affectifs que la matérialité ne parvient pas à combler. L'identité en crise se traduit chez elles sur le terrain du "digestif", illustrant le trop peu ou le trop plein de reconnaissance qui caractérise le vécu abandonnique ou fusionnel d'une relation affective majeure.

À l'adolescence, les conduites de rupture s'expriment ainsi à travers une différenciation par sexe qui reste marquée malgré une tendance préoccupante à voir de très jeunes filles adopter des conduites masculines. Retenons que lorsqu'un adolescent présente des comportements de rupture typiquement observés dans l'autre sexe (ex. : un garçon qui se scarifie ou qui développe des troubles alimentaires ; une fille qui est violente contre autrui ou qui "se déchire" de façon répétée), cette "inversion" représente en elle-même un facteur à prendre en compte, interrogeant soit l'orientation sexuelle, soit l'organisation de la personnalité. D'autre part, les conduites de rupture doivent être évaluées en fonction de quatre paramètres essentiels constituant des indicateurs de gravité :

- la précocité d'apparition des premiers signes (notamment avant l'âge de 15 ans) ;
- le cumul des conduites de rupture déclinées au propre et au figuré ;
- l'intensité des manifestations produites ;
- la récurrence et la durabilité des troubles.

Au total, il convient de ne pas confondre "crise d'adolescence" et adolescence en crise. En l'occurrence, face à des troubles des conduites, il est impératif de distinguer d'une part, l'écart qui appartient au profil normal de l'adolescence et qui se caractérise par sa modération, sa limite et sa réversibilité, et d'autre part, la rupture qui appartient au registre du mal-être.

## Références bibliographiques

**Choquet M, Granboulan V** (2004). *Les jeunes suicidants à l'hôpital*, Paris : éditions EDK.

**Choquet M, Pommereau X, Lagadic C** (2001). *Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire*, Paris : Editions Inserm.

**Jeammet Ph** (1985). *Actualité de l'agir. À propos de l'adolescence*, in *Les actes*, Nouvelle

**Revue de Psychanalyse**, Paris, Gallimard, n° 31, 201-222.

**Pommereau X** (1996). *L'adolescent suicidaire*, 3ème édition (2005), Paris : Dunod.

**Pommereau X** (2002). *L'impact psychologique des violences sexuelles*. In "Prévention et traitement des violences sexuelles." *Collection Repères*. Paris : Ministère de l'Education Nationale, Centre National de Documentation Pédagogique : 10-14.

**Pommereau X** (2006). *Ado à fleur de peau. Ce que révèle son apparence*, Paris : Albin Michel.

**Racamier P-C** (1995). *L'inceste et l'incestuel*, Paris, Les Editions du Collège.

# Aider l'enfant cancéreux, et ses parents, à se déprendre du mal-être

Daniel OPPENHEIM<sup>1</sup>



Il existe, pour l'enfant, de nombreuses situations de mal-être. La maladie, grave, en est une des principales : elle peut le faire mourir, nécessite des traitements parfois longs et éprouvants, aux exigences parfois fortes et contraignantes. Mais ces situations, proches dans la réalité, sont perçues par chaque enfant de façon très diverse, et leurs conséquences peuvent être fort différentes. Ainsi, certains ont le sentiment que la maladie les a rendus faibles et fragiles alors que d'autres retirent de la traversée de cette épreuve un sentiment de force et de confiance en eux. C'est pourquoi il importe d'éviter les généralisations abusives, les liens de causalités trop rigides ('une maladie grave laisse inévitablement des séquelles négatives), car beaucoup dépend de la façon dont l'enfant a vécu cette expérience et a été aidé pour la traverser et la dépasser positivement. Pour illustrer ces propos, je m'appuierai sur l'expérience du cancer par l'enfant, et donc aussi par sa famille. Je montrerai aussi quel est l'aide que le psychanalyste peut lui apporter, et donc les repères sur lesquels il s'appuie. Il ne s'agit pas de nier la réalité de l'épreuve de la maladie et du traitement pour l'enfant, au contraire, ni la souffrance qu'ils entraînent, mais de ne pas considérer qu'elle explique tous ses comportements et toutes ses émotions, ni qu'elle seule concentre son expérience de cette période de sa vie, en fait bien plus riche et complexe. Telles sont les conditions préalables à toute possibilité d'aider l'enfant à faire de cette épreuve un élément de maturation, et à ne pas rester enfermé dans le sentiment du mal-être. Actuellement, 75% des enfants traités pour un cancer guérissent. Néanmoins, la maladie - et le traitement - reste pour eux et leur famille une épreuve difficile. Elle les confronte aux transformations du corps de l'enfant, à des comportements inhabituels, à un changement de leurs habitudes de vie, aux questions et au regard des autres, à la crainte de la mort, à

des séquelles possibles. Elle les pousse à réfléchir sur le sens et la valeur de leur vie, sur l'histoire de la famille et sur leurs histoires individuelles, sur ce qui a changé pour l'enfant, dans sa personnalité, sa valeur, son identité et son avenir, sa place dans la famille et dans la société.

**LE CANCER** peut tuer, mais la plupart des enfants guérissent ; le traitement est long mais néanmoins limité dans le temps, mais la surveillance dure des années et des récives ou des séquelles peuvent survenir bien plus tard. Il attire la sympathie, la curiosité, parfois excessive et voyeuriste, la pitié, l'incrédulité, la colère scandalisée devant l'injustice qu'il incarne, la révolte contre cette atteinte au bon ordre social, la peur de la contamination, l'émotion par procuration, le réveil de craintes ou de souvenirs réprimés. Il suscite chez certains le désir de faire le bien en l'aidant, même quand il n'a rien demandé, la culpabilité, etc. Le cancer est autant un mot, une abstraction, une question inépuisable, un vide de la pensée (que la pensée doit investir) qu'une réalité physique, médicale, sociale, relationnelle, psychique, un événement et les effets qu'il provoque.

**L'enjeu du traitement** est de guérir l'enfant, avec le minimum de séquelles, et dans les meilleures conditions possibles. Mais le traitement ne doit pas l'empêcher de traverser authentiquement son enfance ou son adolescence, sans déstabilisation, de préserver sa dynamique existentielle, sa confiance en lui-même et en ses parents, en restant lui-même, sans retarder sa scolarité ni perdre ses amis.

Ceci nécessite que l'équipe soignante soit compétente, qu'elle aide l'enfant et sa famille à éviter ou limiter les déstabilisations psychiques, relationnelles, financières ou sociales ; qu'elle constitue un environnement thérapeutique favorable. Le "psy" aide aussi les soignants à

(1) Psychiatre et psychanalyste. Docteur en psychopathologie fondamentale et psychanalyse. Travaille depuis 1987 à l'Institut Gustave Roussy (Villejuif), dans le Département de pédiatrie et dans l'Unité de psycho-oncologie. Membre de la SFCE (Société des Cancres de l'Enfant) et de la SFP (Société de Psychanalyse Freudienne). Mel : [oppenheim@igr.fr](mailto:oppenheim@igr.fr)

préserver une relation positive à leur travail, aux enfants et aux parents, et à ne pas s'user.

**L'équipe soignante** s'occupe ainsi du présent de l'enfant et de sa famille (prévenir et traiter les désarrois, les difficultés d'adaptation, l'angoisse, la dépression, l'opposition au traitement) mais aussi de leur devenir. Elle donne une information juste, cherche à préserver la continuité scolaire, l'imaginaire et le ludique, la créativité, la confiance dans son corps, la relation parents/enfant, la compétence parentale.

**Le rôle du psychanalyste** est particulièrement d'accompagner la réflexion de l'enfant sur sa maladie et la place qu'elle occupe dans sa vie et dans celle de ses parents "Pourquoi, pourquoi moi, pourquoi maintenant, etc. ?" J'aide l'enfant et ses parents à faire la part entre une croyance excessive et rigide à de telles explications (aux conséquences parfois dangereuses) et l'effort de donner du sens à la maladie pour pouvoir s'y adapter. Il aide l'enfant à garder le sentiment de sa continuité et de son identité, tout en y intégrant les changements physiques, psychiques, relationnels que la maladie a induits. Ceci nécessite aussi que les parents fassent de même.

L'enfant qui a suffisamment compris les enjeux et les logiques du traitement, qui a gardé confiance en lui-même, en ses parents et dans l'équipe soignante, qui a préservé ses qualités et évité la passivité, ne gardera pas forcément de séquelles psychiques, mais aura découvert en lui et en ses parents de grandes qualités et aura mûri. Néanmoins, à l'adolescence ou à l'entrée dans l'âge adulte, l'ancien malade peut éprouver le besoin de faire le point sur ce qui lui est arrivé ainsi que sur les éventuelles séquelles physiques ou cognitives.

Les parents d'un bébé sont aidés à préserver un environnement stable et rassurant pour lui ; ceux d'un adolescent le sont à prendre en compte les caractéristiques du processus adolescence. Il faut tenir compte des caractéristiques de la maladie et du traitement autant que de celles de l'enfant et des familles. Il est important d'être attentif aux moindres détails, car le trouble et les difficultés peuvent s'y rapporter, et ne pas se contenter de généralités.

La mort d'un enfant est une expérience terrible pour des parents. Des entretiens psychothérapeutiques, individuels ou en groupe, les aident à traverser le processus du deuil, et à être attentifs à celui de la fratrie, trop souvent négligé.

### **Le travail du psychanalyste.**

L'expérience du cancer touche les principaux repères de l'enfant : la relation à son corps, à sa famille, aux autres, à la temporalité, le sentiment de sa valeur et de son identité, ainsi que sa capacité d'imaginer et de penser, et d'abord le plus difficile : la mort, sa propre mort, celle de ses parents. Le mal-être peut découler de chacun de ces éléments. C'est pourquoi le psychanalyste est attentif à les repérer derrière le trouble que montre l'enfant (inquiétude, angoisse, tristesse, dépression, désarroi, doute, découragement, révolte, etc.), et il l'aide à préserver ou retrouver ses repères, son narcissisme et son sentiment d'identité. Son trouble a souvent des causes multiples, en rapport à la réalité mais aussi à des malentendus, à des fantasmes, à son imaginaire ; au présent, au passé ou à la préoccupation de l'avenir ; à des pensées conscientes ou inconscientes. Ce qui préoccupe l'enfant est parfois très loin de ce que les adultes pensent. Quand ces symptômes gênent l'enfant, ou le bon déroulement du traitement, il est souhaitable de les traiter, mais avant tout ils sont des points de départ d'un dialogue avec l'enfant. Son trouble peut aussi exprimer celui de ses parents. C'est pourquoi il faut être attentif aux parents et à la fratrie.

**Ici, la psychanalyse se pratique hors cabinet,** et ce décentrement l'incite à mettre à l'épreuve la valeur de ses références et de ses modes de penser. Il est dommage que trop peu de psychanalystes soient présents dans ces lieux, où se confrontent et collaborent la psychanalyse et médecine. Le psychanalyste ne se justifie véritablement que dans son effort à limiter l'empiétement de l'inhumain (ici le cancer) dans l'homme. Plus qu'ailleurs, il importe d'être suffisamment conscient des raisons de sa vocation et de ses choix de travail, et de bien définir ses objectifs : d'abord d'aider l'enfant à rester lui-même, à préserver sa capacité de penser et sa liberté de regard sur sa vie, et non pas apporter la bonne parole psychanalytique ni défendre le "sujet humain" contre "le pouvoir médical".

Je suis attentif à la réalité de la situation de l'enfant, de sa maladie, de son traitement (sans craindre d'en être influencé dans mon travail psychique et dans ma relation à l'enfant). Je travaille à partir de la relation qui s'établit entre l'enfant et moi, dans ses aspects de réalité et d'imaginaire, de dialogue conscient et inconscient, en rapport au présent autant qu'au passé ou à l'avenir, à la réalité (qu'elle concerne la maladie ou tous les autres aspects de la vie de l'enfant) autant qu'aux fantasmes, ceux de l'enfant et de ses interlocuteurs, mais aussi des miens.

J'ai à prévenir, apaiser, dépasser les déstabilisations psychiques et relationnelles, l'angoisse, la détresse, les moments dépressifs, la révolte stérile ou dangereuse, le pessimisme ou l'optimisme excessifs et inappropriés qui font écran entre la réalité et les individus, les crises et les difficultés relationnelles qui gênent la bonne marche du traitement. J'aide mes interlocuteurs à comprendre leurs pensées, leurs émotions, leurs comportements, et ceci contribue à limiter ou prévenir les désarrois, les malentendus, les conflits. J'aide l'enfant et ses parents à se confronter au cancer et à ses conséquences, à assumer leurs choix, dans le temps présent et dans l'avenir, même si cet avenir peut être celui de la mort proche et du deuil, à préserver leur difficile et exigeante liberté de penser. Ma responsabilité est aussi d'anticiper, pas d'attendre passivement, la demande ou le besoin d'aide. Me rencontrer ne fait pas partie des obligations du traitement, mais j'essaie néanmoins de dialoguer avec toutes les familles. Trop insistante, l'offre de dialogue provoque le blocage relationnel durable, absente elle néglige ceux qui n'en connaissent pas la possibilité, ou qui n'osent demander.

Pour les aider je suis souvent conduit à m'intéresser à leur histoire familiale, parfois sur plusieurs générations. Bien souvent il est nécessaire de remonter aux relations des parents à leurs propres parents ainsi qu'aux événements de leur enfance ou de leur adolescence et en particulier aux deuils auxquels ils ont été confrontés ou aux épreuves de la vie qu'ils ont traversées (le traumatisme peut se transmettre à travers les générations et produire de nouveaux effets lors d'une nouvelle épreuve). Mon travail suscite parfois une certaine réticence. Il peut produire, dans un premier temps des effets de

trouble malgré ma prudence et mon attention à respecter le rythme de l'enfant (ou des parents) et ce qu'il est capable de supporter et d'assumer. Questions cliniques quotidiennes mais aussi éthiques : quelle est ma légitimité pour aller au delà de ce que mes interlocuteurs dans un premier temps demandent, jusqu'où ai-je le droit de les inciter à mettre à jour leurs pensées inconscientes, même si l'expérience m'enseigne que tel est le passage nécessaire pour atteindre le but qu'ils se fixent : que leur enfant, sa fratrie et eux-mêmes ne soient pas excessivement déstabilisés par l'épreuve qu'ils traversent ?

**Le psychanalyste doit bien définir sa place parmi les autres soignants**, tant dans le fonctionnement du service que dans l'attente des parents et des enfants, qui m'associe aux autres soignants (demande de soulager au moindre coût la souffrance) mais qui est portée aussi par le transfert et les attentes imaginaires. Je ne me contente pas de les écouter raconter leurs confidences, leurs peurs, leurs critiques, leurs émotions. J'accompagne leur réflexion, facilite la prise de conscience de pensées et d'émotions confuses, honteuses, complexes et douloureuses ainsi que leur formulation et leur mise en jeu dans le dialogue avec ceux qui importent pour eux. Je suis tout aussi attentif aux pensées, aux questions, aux émotions que leurs paroles éveillent en moi et qui m'éclairent sur les raisons de mon intérêt pour l'enfant cancéreux et sur le regard que je porte sur lui, ses parents, ses soignants. Le cancer est un mot, effrayant, suscite des fantasmes et des attentes, est une réalité biologique et anatomique, et surtout une expérience bouleversante que traversent le patient et ses proches, un événement qui ouvre pour eux la quête de sens.

Je ne soigne pas les enfants du cancer, je les accompagne dans leur parcours. Ce cancer n'a pas d'origine psychique, totale ou partielle, et l'amélioration du fonctionnement psychique peut apporter beaucoup de bénéfices mais pas la guérison ni en augmenter les chances (sauf bien sûr quand le désarroi de l'enfant ou ses conflits relationnels provoquent une opposition au traitement). Je ne lutte pas contre la mort, j'aide les enfants à se la réapproprier, comme réalité autant que comme question, qu'elle advienne ou pas.

Ici, l'enfant et les parents doivent trouver le juste équilibre entre agir, et penser (qui peut être troublant ou effrayant).

**J'essaie de comprendre comment l'enfant peut résister** à l'épreuve excessive. Quels effets produit-il sur lui, que fait-il d'une telle expérience - limite, en quoi change son regard sur lui-même et sur sa vie, sur les autres, sur le monde dans lequel il vit ? Quelle rupture, globale ou partielle, en découle, comment réussit-il à la dépasser, à retrouver une continuité suffisante de sa vie, à trouver, construire ou reconstruire les passerelles qui lui permettent de garder le contact nécessaire avec le passé sans pour autant y être aliéné ? Et dans le cas contraire comment peut-il refonder le socle d'une nouvelle histoire ? Toutes les familles ne sont pas également armées pour se confronter au cancer de l'enfant, et pas seulement parce que certaines disposent de plus de moyens sociaux, intellectuels, économiques, familiaux, culturels, linguistiques, religieux, etc., que d'autres. C'est pourquoi il est important de comprendre leurs lignes de fragilité et leurs points de force, à partir des événements que la famille a vécus mais aussi de ce qui en a été transmis à l'enfant (traumatisme ou valeurs et repères identitaires), et du regard qu'il porte sur l'histoire dont il est issu. Ainsi j'essaie de désamorcer, pendant le temps du traitement ou après, ce qui pourrait plus tard faciliter la position d'être la victime du destin, de rester enfermé dans l'échec, la fragilité, la colère contre l'injustice.

**Je reste étonné par la diversité des façons et des capacités de résister aux épreuves.** Certaines façons d'être, de faire, de penser, les aident alors que d'autres les fragilisent. L'un dit : "Je ne veux pas penser à ce qui m'arrive, je préfère ne rien savoir, vivre au jour le jour, et une fois tout ça terminé essayer de tout oublier." L'autre reste enfermé dans l'épreuve longtemps après qu'elle se soit terminée, et ne cesse d'idéaliser ce seul moment de sa vie où il a véritablement vécu. J'essaie de les aider à mieux percevoir la rupture et les éléments qui la constituent mais aussi la permanence préservée de leur identité, de leur histoire, de leurs références, de leurs façons de penser. Le traumatisme n'est pas toujours perçu au moment où il est reçu. L'événement traumatique est une réalité très concrète, et je n'hésite pas à poser des questions très précises sur lui.

**Le traumatisme psychique** s'est en fait souvent constitué avant l'événement qui l'a porté sur la scène visible. C'est pourquoi il faut chercher la cause de l'intensité du traumatisme que le cancer de l'enfant produit dans l'histoire des parents (et dans la place que l'enfant et le cancer y occupent) voire des grands-parents, autant que dans la réalité de la maladie et du traitement.

**La cause de la souffrance excessive d'un enfant** est souvent bien différente de ce à quoi ses parents ou ses soignants pensent, ou de ce dont il a parlé dans un premier temps. C'est pourquoi il ne faut pas se précipiter sur la première explication 'évidente' de son mal-être psychique. Ce que le cancer introduit dans leur vie ne découle pas forcément, ni seulement, d'éléments économiques, politiques, sociaux, des risques vitaux ou des atteintes physiques qu'il comporte. Elle touche aussi tout ce qui constitue leurs repères identitaires, leurs points d'appui familiaux, sociaux, matériels, symboliques et narcissiques : le sentiment de leur valeur et de leur place dans leur famille, dans la société, dans la communauté humaine, la confiance dans la valeur de leurs repères culturels et dans la permanence de leur fonctionnement.

**Le cancer n'est ni l'aboutissement ni la vérité d'une histoire**, mais il l'éclaire violemment et il en est un moment majeur. Il incite fermement l'enfant et ses parents à la regarder, la remettre en perspective, la repenser. Je suis attentif aux récits familiaux, mais je ne leur accorde pas le statut de vérité historique ni d'explication de la souffrance du présent : ils constituent autant des points d'appui nécessaires pour donner cohérence et sens à l'événement actuel que des lignes de fragilité. Ce qui importe est leur logique et leur sens, et l'usage que les uns et les autres en font.

**Je ne cherche aucune cause au cancer** de l'enfant (dépression de l'enfant ou de ses parents, stress, vœux ou désir de mort, répétition et transmission transgénérationnelle d'un destin mortifère, etc.). Une telle croyance présente plus d'inconvénients que d'avantages, et culpabilise inutilement les parents et l'enfant. Quand la logique médicale et celle des parents se révèlent trop contradictoires, il en résulte malentendus ou conflit, et souffrance de l'enfant qui est écartelé entre eux. J'aide les uns et les autres à comprendre ces deux logiques, et leurs nécessités, chacune dans leur champ et avec leurs objectifs propres.

**La mort ici est présente**, et elle est toujours possible ; il faut en tenir compte, mais dans la diversité des éléments qui la constituent (réalité biologique, familiale et sociale, fantasme et imaginaire, expériences de pertes majeures des repères, questionnement, limites de la pensée, etc.). Mais l'expérience que l'enfant traverse est bien plus riche et complexe.

**Ces enfants sont des enfants comme les autres**, à qui il est arrivé quelque chose d'extraordinaire : des enfants porteurs d'un intime étranger en eux qui peut les faire mourir ; des enfants confrontés, dans ce hors lieu relatif de la société qu'est le service hospitalier à la médecine la plus moderne; des enfants qui du fait de cet événement incarnent et concentrent les questions de leur famille. Face à lui, nous devons nous demander : "Qui est-il, qui est-il pour moi, qui suis-je pour lui, quelle relation nous lie, qu'attend-il de moi, et moi de lui, comment être à la hauteur de son attente, quelle est ma légitimité pour être son interlocuteur, quel est mon projet, et le sien, etc. ?" Ces questions vont bien au delà de : "Comment reconnaître ses besoins et les satisfaire ? Comment l'aider pour qu'il supporte l'épreuve de la maladie ?" Mais elles ne les négligent pas, elles permettent de mieux y répondre.

**La palette de mes interventions** est vaste. Je peux discuter "banalement", donner des conseils, repérer et éventuellement commenter les signes montrés par l'enfant ou ses parents. Ici, tout a du sens et de l'importance, aussi bien les soins et les moments du traitement que le moindre détail quotidien, l'événement dramatique comme le dérisoire, car pour l'inconscient tout est bon pour chercher à faire reconnaître sa question et sa parole. Ici, tout a rapport au cancer, dans les préoccupations, conscientes ou inconscientes. Mais bien d'autres questions s'y mêlent, anciennes ou récentes. C'est mon rôle aussi de les repérer, ainsi que les discours inconscients derrière les paroles et les comportements. Mais si tout peut être interprétable cela n'implique pas de devoir interpréter chaque mot ni chaque geste. Par contre, je garde en mémoire ce que j'en ai perçu pour pouvoir, au bon moment, les rendre en paroles à ceux auxquelles ils appartiennent.

**Pour préserver ma disponibilité au dialogue avec tous** il me faut pouvoir m'identifier à chacun, à l'enfant, aux parents, aux soignants, sans pour autant me figer dans l'une d'elles.

**Mon travail consiste à aider l'enfant** et ceux qui l'entourent non seulement à supporter l'épreuve qu'ils traversent (objectif à court terme) mais à préserver le sentiment de leur identité et de leur valeur ainsi que leur capacité à penser, décider, agir. Pour cela, il importe qu'ils puissent intégrer dans leur psychique le cancer (y compris dans ses éléments extrêmes tels la douleur intolérable, le bouleversement de l'image du corps, la possibilité ou la proximité de leur mort) et ses effets sur leur corps, sur leur insertion familiale et sociale, sur le regard qu'ils portent sur leur vie et sur le monde. C'est ainsi qu'ils pourront (objectif à long terme) dire : "Oui, c'est cela que j'ai vécu, je peux le penser, me le formuler, en parler aux autres, en faire un élément de ma vie, non plus sous la forme intolérable d'une image qui torture ou d'un bloc obscur enkysté en moi, mais sous celle d'une histoire et d'une expérience dont je peux être fier, malgré toutes les peurs et les souffrances que cette épreuve m'a coûté." Mes objectifs sont ainsi de les aider, enfants et adultes, à être aussi libres que possible, à prendre et assumer les décisions qui leur semblent justes et dignes, à garder leur droit de regard sur leur vie malgré tout ce qui peut les en empêcher, qu'il s'agisse du cancer, des contraintes du traitement, du statut de malade et de la position qui en découle dans la famille et la société, du fol espoir et du noir pessimisme, de l'aliénation à la parole et aux pouvoirs de la médecine, etc. Je les accompagne pour qu'ils ne deviennent pas étrangers à eux mêmes, à leur famille, à leur monde, à la société commune, pour que l'épreuve traversée puisse être aussi féconde.

**Je peux travailler partout**, dans la chambre de l'enfant, dans les couloirs du service, en y différenciant les lieux exposés au regard de tous et les recoins plus discrets, ou dans mon bureau. Chaque lieu a ses avantages et ses inconvénients. Je m'appuie sur l'écoute et le regard, sur ce que je suis, avec mes façons de penser, mes connaissances et mes aveuglements, mon expérience et mes fantasmes, mon histoire et mon désir, ainsi que ma présence face à l'enfant. Ici, écouter les paroles ne suffit pas, il faut aussi voir les visages, les corps, les gestes et les attitudes,

savoir aller au delà de l'apparence, de l'évidence, de l'image superficielle. Le jeu qui s'invente avec les enfants ouvre à un dialogue privilégié (ils le savent et l'utilisent bien), de même que leurs dessins et leurs commentaires. Souvent les parents sont présents, avec l'accord de l'enfant. Ils constatent, bouleversés, qu'il a évoqué des éléments de leur histoire et de leurs pensées ; aussi qu'il parle de son cancer, avec lucidité et pertinence. Ils sont heureux de mieux le comprendre, et lui l'est de mieux se faire comprendre.

Les enfants, entre réalité et fiction, évoquent l'amour, la haine, la tendresse et la violence, la solidarité et la jalousie, les vœux de morts (en eux-mêmes ou en leurs parents), l'image dégradée de leur corps, la tristesse, le désarroi ou la détresse de leur impuissance, la fierté de leurs qualités préservées, etc. Pas plus que pour les dessins, il n'y a de schémas, de grilles et de dictionnaire d'interprétation figée de leurs jeux. Il faut être attentif et disponible à toute surprise, à l'écoute des commentaires qu'ils donnent et de leurs réactions à ceux que je leur propose.

**Chaque enfant fait se lever en moi** des souvenirs, des pensées, des émotions qui viennent parfois de loin. Ces pensées ne font pas écran entre lui et moi, au contraire. Faire connaissance avec l'enfant et tisser avec lui une relation de confiance réciproque suffisante se fait aussi dans l'imaginaire et les fantasmes : l'enfant, n'est pas défini par le cancer seulement, et il faut imaginer sa vie, passée et à venir, se laisser porter par les traits de son visage, par sa façon d'habiter son corps, par les émotions qui passent sur son visage, etc. Il importe de préserver le respect de cette rencontre, de n'en faire ni un étiquetage, un diagnostic, un jeu de devinette, un imprudent pronostic.

**L'enfant fait l'expérience** ici d'une violence inhumaine qui s'est introduite dans son corps et dans son monde, qui peut le séparer des autres. Il peut éprouver encore plus le sentiment de solitude quand il ne peut formuler cette expérience, quand elle reste plus ou moins incompréhensible à lui-même comme à ses parents et aux autres. Dans les situations les plus graves, il peut toucher les limites de ce que son corps et son psychique peuvent supporter, subir de telles transformations (dans l'image qu'il a de son corps et de son identité) qu'il ne se reconnaît pas, qu'il a peur de ne pas être reconnu. Mon travail ne consiste pas seulement à l'aider à

supporter ces éléments de l'expérience qu'il traverse. Il est aussi de l'accompagner dans son effort à les intégrer dans ses processus psychiques, dans son image de corps, son sentiment d'identité, sa relation aux autres, la continuité de sa vie. J'aide ses parents à préserver leur regard sur lui, à voir derrière les transformations immédiatement visibles la permanence de ses traits identitaires majeurs et la diversité de ses expressions.

## EN CONCLUSION

L'expérience du cancer ne se réduit pas à l'alternative guérir ou mourir. Elle est tissée de multiples éléments qui concernent son corps, son narcissisme, ses façons de penser et d'être, le sentiment de sa place dans sa famille (au présent mais aussi dans son histoire) et dans la société, sa relation à la vie et à la mort, et tant d'autres éléments. Le psychanalyste doit connaître suffisamment tous ces éléments (y compris ceux de sa maladie et de son traitement) et y être attentif, tenir compte de ceux qui sont importants dans la réalité - pour les médecins, pour les parents -, mais aussi de ceux qui le sont pour l'enfant. En dernière instance, c'est l'enfant qui le guide dans l'accompagnement de l'expérience que celui-ci traverse, ou dans le dépassement de celle qu'il a traversée, parfois des années auparavant.

---

### A publié 8 livres :

*Parents : comment parler de la mort avec votre enfant ?* De Boeck 2007 ; *La littérature et l'expérience – limite*. Editions Campagne Première 2007 ; *Héritiers de l'exil de la Shoah*. Eres, 2006 ; *Grandir avec un cancer. L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent*. De Boeck, 2003 (édition italienne : *Crescere con il cancro*. Erickson 2007) ; *Parents en deuil. Le temps reprend son cours*. 2002, Eres ; *Dialogues avec les enfants sur la vie et la mort*. 2000, Paris, Seuil (2<sup>e</sup> édition augmentée 2008) ; *Dialoghi con i bambini sulla morte*. Erickson 2004 ; *Ne jette pas mes dessins à la poubelle. Dialogues avec Daniel, traité pour une tumeur cérébrale, entre 6 et 9 ans*. 1999, Seuil ; *L'enfant et le cancer: la traversée d'un exil*, Bayard, 1996.

**A publié plus de 150 articles** dans des revues médicales françaises et internationales, psychanalytiques, culturelles.

**Ses travaux portent principalement sur :** l'expérience vécue par un enfant ou un adolescent (ainsi que par sa famille et ses soignants) traité pour un cancer ; les questions éthiques dans le champ médical ; la pratique psychanalytique dans le champ médical ; la transmissions au sein des familles, et sur plusieurs générations, de l'histoire familiale, des traumatismes, des valeurs, des références identitaires.

---

# Malaise dans la clinique

Geneviève Morel'

## MORT OU DÉPLACEMENT DE LA CLINIQUE ?

On entend souvent dire qu'on assiste aujourd'hui à la "mort" de la clinique<sup>2</sup>. Ne s'agirait-il pas plutôt d'un déplacement du lieu où s'élaborait traditionnellement le savoir clinique ? Comme Foucault le note dans *Naissance de la clinique*, la rencontre des médecins autour du lit du malade constituait le cœur de l'élaboration et de la transmission de la clinique. Foucault a définie celle-ci, on le sait, comme un œil qui parle pour la médecine, et comme un regard, ou plutôt une écoute qui enseigne, pour la psychiatrie<sup>3</sup>. Or, de l'hôpital ou plutôt du champ hospitalo-universitaire où elle résidait depuis la Révolution française, la clinique, soit son élaboration et sa transmission, a émigré vers le privé. Il en résulte une forme de clinique différente, qui n'est plus à proprement parler psychiatrique.

La situation actuelle révèle en effet un paradoxe : depuis quelques années, la demande de thérapie a augmenté considérablement et s'est généralisée à toutes les classes sociales, y compris les plus défavorisées (ainsi des Rmistes cherchent des psychanalystes sur les pages jaunes du bottin ou d'internet, ce qui aurait été impensable il y a dix ans). Cet élargissement ouvre aux praticiens un champ de recherches inégalé et donc la possibilité d'une clinique enrichie. Mais, cette immense demande, parce qu'elle s'adresse préférentiellement, dans le privé, à toutes sortes de thérapeutes, est désormais moins traitée par le service public (C'est d'ailleurs ce qui a motivé l'inquiétude de l'État qui, sous prétexte de protéger les personnes dites en état de

faiblesse, dont il craignait qu'elles ne soient les victimes de charlatans parfois assimilés à de mini-sectes, souhaitait contrôler ce vaste domaine de la vie privée psychique qui lui échappe dorénavant à cause du déplacement de l'offre dans le privé<sup>4</sup>.)

On trouve donc, d'un côté, un champ clinique potentiel plus large qui va donner lieu à une clinique du réel, précise et intéressante, mais qui se transmet surtout par le biais des associations de psychanalyse dont les colloques sont riches d'études de cas vivantes et liées aux problèmes sociaux les plus contemporains. De ce fait, ce nouveau savoir clinique existe certes, mais il se retrouve à l'écart des grandes voies universitaires de transmission. Et, de l'autre côté, dans le champ hospitalo-universitaire, en psychiatrie ou en psychologie, on constate une raréfaction de l'étude de cas et des réflexions sur la clinique, au profit d'un envahissement par des enseignements pratiques jugés rentables dans une optique où l'on ne parle plus qu'en termes de chiffres, d'évaluation, de gestion, d'usagers et de rentabilité des soins. Le logiciel de gestion avec ses items à cocher et ses grilles à remplir a remplacé le dossier clinique, considérablement appauvri.

Donc un plus de clinique et de transmission d'un côté, mais condamnée à l'Underground, soit une clinique excellente mais minoritaire, et de l'autre, un affaiblissement clinique incontestable qui amène à la privation de savoir un grand nombre d'étudiants en psychologie et psychiatrie qui n'auront pas facilement accès à la clinique élaborée dans le privé. Il y a donc une coupure grave qui s'établit entre ces deux champs, au détriment du public, ce qui est catastrophique pour la société.

D'où le paradoxe annoncé, d'une demande thérapeutique accrue qui se répercute en une raréfaction de la clinique, du moins dans le champ du service public.

(1) *Psychanalyste à Paris et à Lille*, auteur de *La loi de la mère. Essai sur le sinthome sexuel*, Paris, Anthropos, 2008.

(2) Émission de Philippe Petit, sur France Culture, le jeudi 17 avril 2008.

(3) Foucault M., *Naissance de la clinique*, Paris, Quadrige/PUF, 2007, p. 116 : "Un regard qui écoute et un regard qui parle : l'expérience clinique représente un moment d'équilibre entre la parole et le spectacle".

(4) Cf. le rapport 2007 de la Miviludes, sur <http://www.miviludes.gouv.fr/Rapport-2007-de-la-Miviludes>.

## UNE RENTABILITÉ CONTRADICTOIRE AVEC LES DIRECTIVES DE L'OMS

Or ce premier paradoxe s'accompagne d'un second : cette exigence de rentabilité au niveau de "nouvelles" méthodes de soin est contradictoire avec la fin thérapeutique visée. En effet, dans les établissements hospitaliers, on va multiplier les séjours courts, afin de récupérer des lits libres (politique dite de "la porte tournante"), alors qu'un peu plus de temps et d'attention clinique portés à un patient qui intègre l'hôpital auraient souvent permis de trouver tout de suite une meilleure orientation thérapeutique, et donc outre le bénéfice thérapeutique, de gagner aussi du temps (et donc de l'argent).

On ne privilégie plus, comme on devrait continuer à le faire, l'étude de diagnostic basée sur des entretiens approfondis avec le patient. Or, si on lit le dernier rapport "Psychiatrie et santé mentale"<sup>5</sup>, qu'y lit-on ? Selon une étude de l'OMS, de la banque mondiale et l'école de santé publique d'Harvard, parmi les dix pathologies les plus préoccupantes, il y en a cinq de psychiatriques, à savoir la dépression, les troubles bipolaires, les troubles liés à l'alcool, la schizophrénie et les automutilations<sup>6</sup>. Puis dans le chapitre sur la "Mise en œuvre de programmes spécifiques"<sup>7</sup>, dans le sous-chapitre intitulé "Dépression et suicide", on trouve parmi les "objectifs" des pouvoirs publics, qu'il conviendrait de "**développer des actions de prévention, de mieux repérer la dépression grave, la mélancolie**, aussi bien au sein de la population qu'à partir du système de soins, en la distinguant de la dépression ou tristesse réactionnelle, et d'améliorer sa prise en charge. Parallèlement, il faut **développer la recherche** sur les déterminants de la dépression ainsi que sur les pratiques de soins."

On ne peut qu'être d'accord avec cette proposition, mais la question, c'est comment la mettre en œuvre, si l'on enseigne aux jeunes psychiatres et aux psychologues à se contenter d'un interrogatoire rapide et sommaire en recherchant des groupements spécifiques, souvent quantitatifs, à partir du DSM ?

Je voudrais donner ici un exemple du repérage diagnostique précis qu'il est

possible de faire, lors d'un unique entretien, sur un patient qui entre à l'hôpital. Le cadre est celui d'un séminaire clinique à l'EPSM d'Armentières, dans un service ouvert notamment à la psychothérapie institutionnelle et à la psychanalyse, mais sans exclusive d'autres orientations. J'y ai rencontré récemment un patient hospitalisé pour alcoolisme récidivant (dont il y a de très nombreux cas dans la région) qui a eu de nombreux accidents graves en état d'alcool. Je livre ici le récit de l'entretien avec sa progression temporelle.

### RÉCIT DE L'ENTRETIEN AVEC YVES, À L'EPSM D'ARMENTIÈRES

Yves entre dans la salle avec un papier à la main. Dans la perspective de notre entretien, il y a inscrit les dates qu'il juge essentielles : ses hospitalisations, son divorce... Il souffre de troubles de mémoire qu'il attribue à l'alcoolisme et surtout à une hémiplégie, en 2005, consécutive à une chute de mobylette.

#### *Énonciation et humour : "les mots... les mots"*

Yves avait subi une hospitalisation il y a six mois, pour essayer de soigner ses différents troubles psychomoteurs dont une perte de sensibilité à la main droite, et, là, il souhaite être hospitalisé à nouveau parce qu'il a peur de sombrer dans l'alcoolisme. "J'aime bien parler par image, excusez-moi", dit-il. "C'est comme si pour l'instant j'avais mis mon ongle du gros orteil dans l'alcool et je ne voulais pas remettre les deux pieds dedans." Une des caractéristiques de l'entretien est en effet le mode d'énonciation de Yves. Il parle un langage imagé, avec des tournures curieuses, et s'exprime d'une façon distanciée, avec un humour qui suscite le sourire voire le rire de son interlocuteur. Pourtant, ses problèmes sont aigus. Depuis son divorce en 2001, Yves qui buvait jusque là modérément, s'est mis en deux ans à ingurgiter des quantités phénoménales d'alcool : "je me suis mis à boire sans m'en rendre compte. Je buvais, je buvais, si vous voulez je vais dire un petit nombre qui risque d'affoler pas mal de monde. Je buvais mes quatre à cinq bouteilles de whisky par jour." Il supporte apparemment ces doses sans être malade. L'alcool le fait en général dormir, c'est tout. Cela dit, il ne compte plus les accidents de la route liés à son état, dont la chute de mobylette en 2005

(5) Rapport "Psychiatrie et santé mentale, 2005-2008", disponible sur le site [http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/sante\\_mentale/plan\\_2005-2008.pdf/](http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/sante_mentale/plan_2005-2008.pdf/).

(6) *Idem*, p. 8.

(7) *Idem*, p. 63-64.

qui a été suivie d'une hémiplégié. En 2007, il a même été condamné à cinq mois de prison pour récidive de conduite en état d'ivresse, et il n'hésite pas à prendre le volant avec plus de trois grammes d'alcool dans le sang.

Donnons quelques exemples de ces tournures, qui, énoncées d'un air avenant, suscitent forcément le sourire de l'interlocuteur, un effet que recherche Yves. "J'ai l'air normal comme ça, mais je suis peut-être un petit peu dérangé aussi." ou bien "j'ai le droit" au lieu de "je dois". Ainsi : "j'ai le droit de faire cinq mois de prison" ou "on peut aller en prison. On peut." Ou encore, parlant de ses études : "je faisais une quatrième pratique et je faisais, je ne vais pas dire des heures supplémentaires parce qu'on n'a pas le droit de le dire, bien que, on va considérer que ce n'est pas dit". Yves cherche ici la complicité de l'autre, qui va lui répondre qu'il peut tout dire et lui sourire. Appel à la complicité de ceux qui écoutent : "Les repas ici, je ne vais pas me plaindre, ils sont très équilibrés. Je le reconnais, il y en a un qui rigole et il a raison.", dit-il avec ironie. Ce genre de dialogue s'est répété au cours de l'entretien : " - Sans dire de méchanceté, j'espère que je n'ai pas été trop... - non vous pouvez dire ce que vous voulez." "Je peux être méchant", dit-il encore et quand on l'interroge, il s'agit en fait, ce qui est étrange, d'être méchant "avec les objets", jamais avec les gens. Par exemple, pour "se défouler", au boulot, il lance son marteau au plafond. Il utilise constamment les mots "bizarrement" ou "bizarre", qui suscitent le sentiment d'une énigme. Il parle de "ses ressentiments" pour exprimer ce qu'il ressent, sans se rendre compte que le sens n'est pas le même : léger trouble du langage, petite aphasie ou énonciation humoristique ? C'est difficile à trancher. En fait, il l'affirme, il souhaite faire rire les autres depuis son enfance. Ainsi sa sœur aînée de cinq ans, la plus proche de la fratrie qui comporte aussi trois garçons (il est le dernier), dont il parle avec émotion. Il essayait de lui faire plaisir, il dira la même chose à propos des femmes. Voyez ce dialogue : " - J'aime bien la faire aller. Même maintenant. - la faire râler ? - non, aller. - aller ? - la faire...l'embêter. - l'embêter, râler (je ne comprends pas l'expression). - non, rigoler surtout." La faire "aller" signifie donc finalement "la faire rire".

### **Bêtise (s)**

Dans cette série de mots aux résonnances sémantiques légèrement déviées par rapport au sens commun, la polysémie du terme de "bêtise" attire l'attention.

Au début de l'entretien, "bêtise" signifie aventure sexuelle. Yves explique les circonstances de son divorce. Peu après la naissance de son fils, né en 1982, il trouve un travail de décolmatage de cimenteries ou de sucreries qui nécessite des déplacements dans toute la France. Il n'y voit pas de coïncidence, et pourtant, dès que l'enfant est né, il est de fait parti de chez lui. Pourtant il voulait ce fils, "pour la continuité du nom", et il espère avoir un petit-fils pour la même raison. "Je ne l'ai pas vu grandir, c'est un garçon à maman, je le ressens", dit-il.

Lors de ces déplacements, il était un peu son "propre chef" et il a eu "quelques petites bêtises, vraiment très légères". De ce fait, ils se "perdent de vue" avec sa femme. Puis il le lui avoue. Un jour où elle part en vacances, il lui annonce qu'au retour il ne sera plus là. C'est donc lui qui a décidé la séparation et le divorce. "Un divorce en bons termes" comme il le dit. "Le notaire m'a stipulé, non la juge, oui, la juge, quand on est passé au divorce : "si je comprends bien, vous partez avec votre chemise et votre pantalon". Parce que j'ai tout laissé à mon épouse." Quand on questionne Yves, il prétend que c'est lui qui en ainsi décidé dans l'intérêt matériel de son fils, ce qui ne paraît guère convaincant. D'autant que sa femme a un salaire nettement supérieur au sien. On sent quelque chose d'autre : une culpabilité et une volonté sacrificielle qui réapparaîtront à la fin de l'entretien.

En tout cas, il parle de sa décision en termes de "bêtise morale". "Je reconnais, quelque part, j'ai fait de très grosses bêtises morales." Ce terme qualifie exactement sa demande de divorce et ses raisons qui sont floues : "je voulais ma tranquillité".

Puis bêtise devient - ce qui est un sens plus courant - ce qu'on doit dire ou pas aux autres. En venant pour l'entretien avec l'infirmière, sur le chemin Yves lui a "causé de quelques bricoles". "J'ai peut-être dit des choses que je n'aurais pas dû dire... gentilles, bien sûr. Que je m'aperçois après, après que cela a été dit que c'est une bêtise." La bêtise devient donc ce qu'il a dit et n'aurait pas dû dire. Cela renvoie à l'enfance, à "déconner, rigoler, dire

beaucoup de bêtises”. “J’arrive à faire sourire les gens aussi.” Yves aimait faire rire les autres enfants et sa sœur, on l’a vu. La bêtise désigne le fait de “mal dire”, pour parodier l’expression lacanienne du “bien dire”, reprise d’ailleurs du langage des Précieuses, au 17ème siècle.

La troisième occurrence de la “bêtise” apparaîtra à la fin de l’entretien et ne manquera pas de me surprendre.

### **Le regard du père sur le fils**

La mère de Yves, sténodactylo, était une femme dure et autoritaire avec laquelle il n’avait guère de relations, la sœur ayant davantage joué un rôle maternel. Le père buvait, du moins jusqu’à ce que Yves ait 15 ans. Après, il a réussi à s’arrêter complètement et Yves a pu l’apprécier “au travail et comme personne”, même professionnellement, parce qu’il lui a appris des tas de choses sur les chantiers où il était maçon. D’où son goût pour les travaux manuels et le bricolage qui lui ont été transmis par son père. Mais auparavant, quand Yves était petit, il rentrait saoul et se couchait. Il était donc en quelque sorte absent. L’alcool le faisait dormir comme Yves, d’ailleurs. Ses parents sont tous les deux décédés de cancer, la mère il y a 18 ans, le père, 28 ans. Mais cette dernière date est sûrement fautive, puisqu’il raconte une scène qui l’a frappé au lit de mort de son père. Il s’était rendu alors à l’hôpital avec son fils qui allait sur ses deux ans : “J’ai vu dans le regard de mon père que c’était comme quand il buvait, qu’il avait un regard méchant et qu’il était prêt à vouloir faire mal, à lui faire mal.” Il capte ou interprète donc un regard méchant du père sur son fils qui, probablement (mais il ne le confirmera pas), lui a évoqué le regard du père sur lui enfant, puisqu’il précise : “c’était comme quand il buvait”. Il se souvient avoir vu le père méchant avec ses frères et sœurs, bien qu’il ne les cognait pas. Mais il avait “le verbe assez haut”.

### **Apathie**

Yves se remémore cette scène au lit de mort paternel lorsque je lui fais remarquer qu’il a l’air de dire qu’il ne souffre jamais. En effet, au milieu de l’entretien, je l’avais interrogé sur l’accélération phénoménale de sa consommation d’alcool après son divorce, alors qu’il buvait modérément et occasionnellement depuis ses 17 ans : était-ce le manque de sa femme, la solitude ? Il avait nié : “est-ce que je faisais de la déprime ? Je ne sais même pas ce que c’est le mot déprime, je ne sais pas ce

que cela veut dire.” Toujours l’importance des mots pour lui, donc. Lorsque, plus tard, il a dit qu’il rêvait de retourner à son travail, rêve qui le rendait heureux, je lui ai donc demandé : “Vous êtes un homme qui ne souffre pas ?” et il a confirmé : “jamais malheureux, jamais peur”. Jamais triste non plus, même à la mort de sa mère, qu’il a veillée toute la nuit paisiblement en pensant qu’elle était mieux morte que vivante. La scène de la mort du père et du regard méchant m’est donc citée comme un moment qui lui a fait de l’effet, mais sans qu’il soit triste pour autant. Yves est donc un homme sans affect, un homme apathique : jamais triste ni malheureux. Jamais déprimé, toujours gai, et, comme nous le vérifions tout au long de l’entretien, toujours dans l’effort de faire rire l’autre.

### **Défis**

“Je suis un peu casse cou” nous déclare Yves à la fin de l’entretien. Il fait allusion à la reprise du travail qui ne pourra se faire qu’avec des aménagements spéciaux puisqu’il n’a plus le droit de conduire, son permis lui ayant été retiré. Il devra se faire conduire ou aller à vélo. Il nous a donné de nombreux exemples de son côté casse-cou. Son amour de la vitesse en état d’ivresse tout d’abord. D’où des accidents graves, comme de se coucher sur un pont avec son camion de fonction parce qu’il n’avait pas allumé les phares et que, “bizarrement”, la lumière du village s’était éteinte à son passage.

Il emmenait son fils, lorsqu’il avait 5 ans, « faire du deux roues en voiture » sur des circuits de grande vitesse. Il dit aimer tout ce qui est difficile, violent physiquement et à la limite de l’interdiction.

Il décrit son goût pour les sensations fortes. Il va faire du saut à l’élastique dans une fête foraine et regarde sans trembler la cible en bas, en pensant fortement que la corde peut casser. Cet exemple de défi à la mort est d’ailleurs rapporté juste après le récit du regard méchant du père sur l’enfant. Si l’on considère, avec Lacan, que le regard est ce qui vous regarde et fait tache dans le paysage<sup>8</sup>, ne doit-on pas considérer cette cible qu’il regarde sans ciller comme le regard de la mort qui le fixe ? Et ne s’agit-il pas dans les deux cas, le regard du père comme la cible, d’un regard qui, finalement, le juge et le condamne à mort ? Cela expliquerait les nombreux accidents alcoolisés dont on peut se demander si l’enjeu n’est pas, au fond, de se tuer.

Mais le défi est aussi la transgression de la limite, de l'interdiction. Petit, il aimait s'accrocher à vélo derrière les camions remorques, comme on le voit, avec les conséquences les plus tragiques, dans *Paranoïd Park*<sup>9</sup>, le dernier film de Gus van Sant. Yves se faisait traîner à bicyclette par les remorques, et cela lui évoque un autre souvenir : tout petit, il se faisait traîner par sa sœur qui lui a appris à marcher et se voit, à sa remorque, sur la route. À 12 ans, avec sa première copine "sexuelle", il conduisait le tracteur en cachette.

Ces transgressions semblent à la fois liées à un véhicule à moteur et au sexe, comme le montre une autre histoire "limite", un épisode de drague lors de ses déplacements professionnels avant son divorce. Il avait, "bizarrement", placé sa partenaire sur lui, au volant, pour faire l'amour en roulant, mais "tout doucement". Ils croisent alors un car de police qui les arrête pour contrôler les papiers du camion, un contrôle de routine, et les policiers ne voient rien par la vitre baissée, parce que le camion est haut. Yves a aussi un côté *Crash*, ce film de Cronenberg<sup>10</sup> où des hommes et des femmes essaient de jouir en causant exprès des accidents de voiture...

### **Déplacements**

Lorsque son fils est né, Yves a changé de travail et s'est mis à sillonner les routes, ne revenant que rarement à la maison. Son goût pour les déplacements n'est pas fortuit et touche à d'autres domaines. Il a changé vingt-trois fois d'entreprise. Et pourtant, sans qu'il y ait eu de conflit. Ainsi, il va travailler dans une entreprise qui fabrique des cercueils et au bout d'une demi-journée, il en a assez de poncer des cercueils et il "se barre". Parfois, ce n'est pas à cause de "la lassitude du travail" mais de "la mentalité de l'entreprise" qui abuse des jeunes employés. Une fois, il travaille dans une fabrique de portes de coffrets électriques et on fait passer avant lui le fils du patron, qui était le régleur. Comme cela lui déplait, il sabote intentionnellement le travail, en coinçant des pièces et en perçant la tôle là où il ne fallait pas. Évidemment, on ne l'embauche pas... Il a donné d'autres exemples de ses migrations perpétuelles et de ses "non arrangements possibles". La seule piste qu'il ait donnée de ces

déplacements qu'on peut qualifier de compulsifs est sa relation avec sa grand-mère paternelle. Comme lui, elle aimait sa tranquillité et dès que son mari partait travailler, elle déplaçait tous les meubles dans sa maison ; elle "aimait bien faire des déménagements" simplement pour son plaisir. Et Yves enfant, qui aimait déjà travailler de ses mains, l'aidait avec plaisir. Elle avait la bougeotte et lui, dit-il, "tient peut-être un petit peu de ce côté". "Vous vous déménagez vous-même" lui ai-je dit.

### **Nouvelles façons d'aimer**

À l'hôpital, récemment, Yves a rencontré Nicole, une femme assez prude, avec laquelle il expérimente que "l'amour peut avoir des formes, des choses bizarres, des ressentiments bizarres, mais qui sont là et qui sont réels". Il entend par là qu'ils expérimentent l'amour sans rapports dits complets, parce que les médicaments les anesthésient tous les deux. Mais cette "année sabbatique" n'est pas sans sexualité, puisqu'il est un "manuel". C'est pour lui, qui était "un homme à femmes", une découverte parce qu'avant "l'amour, c'était avoir un rapport", forcément. Il ne songe nullement à se remarier mais en a tout de même fait une sorte de parodie sur un parking avec une alliance achetée chez Leclerc. Mais "le mot 'marié' ne veut plus rien dire pour lui".

### **La main coupée**

Yves, au début de notre entretien, avait évoqué les rêves de travail qu'il faisait à l'hôpital ou chez lui, régulièrement, depuis son AVC. Dans l'un d'eux, il refaisait un escalier en colimaçon, un travail de précision. La veille de l'entretien, il a rêvé qu'il était en déplacement avec son ancien patron. Il retravaillait donc. Et il était heureux au réveil, parce qu'il veut retravailler mais il a peur d'avoir perdu la précision de sa main droite où il lui reste une petite raideur. Il s'exerce régulièrement avec des copains. "Je vais même dire, alors là, c'est une bêtise, vous le prendrez comme vous voulez, mais ce problème de main [...] J'étais prêt à me la couper", déclare-t-il à la fin de l'entretien. C'est là la troisième occurrence du mot bêtise que j'ai relevée. "Parce qu'elle m'embête. Elle m'embêtait, je ne la sentais plus et j'étais prêt à me la couper [...] pour être tranquille." Il a l'impression que sa main est froide, déjà morte peut-être ?

Se couper la main pour être tranquille, comme se séparer de sa femme, divorcer pour être tranquille... Soit, dans les deux cas, enlever

(8) Lacan J., *Le Séminaire, livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* (1964), Paris, Le Seuil, 1973, p. 89-90.

(9) *Paranoïd Park*, film américain de Gus van Sant (2007). Dans le film, Alex, jeune skateur qui s'accroche au train pour aller plus vite, tue accidentellement un agent de sécurité tout près du skatepark le plus malfamé de Portland, le "Paranoïd Park". Il décide de ne rien dire.

(10) *Crash*, film canadien de David Cronenberg (1996), d'après un roman de J. G. Ballard. La recherche d'extase du héros l'amène aux confins de la mort.

de soi une partie précieuse, la plus précieuse même, se débarrasser de ce qui compte le plus mais qui gêne aussi le plus, pour se mettre dans un état où il ne lui restera plus de raison de vivre et où il devra boire à mort pour s'achever.

Cette "bêtise morale" si bien dénommée par Yves, n'évoque-t-elle pas l'acte mélancolique où le sujet s'automutile de l'objet *a*<sup>11</sup>, support réel de la libido nouée au langage, pour devenir une coquille vide à l'intérieur de laquelle se déchaînera la pulsion de mort, ici au mieux incarnée par les flots d'alcool où il ne lui reste plus qu'à se noyer ?

### **Conclusion : l'alcoolisme peut masquer la mélancolie**

À la fin de l'entretien, Yves m'a demandé à quoi servait l'entretien que nous venions de faire. Je lui ai répondu qu'en plus de l'intérêt, pour lui, de nous exposer son histoire, notre entretien faisait partie d'un séminaire de formation clinique. Je l'ai incité à chercher un emploi à la mesure de ses possibilités, avant de pouvoir retrouver ses capacités antérieures et son ancien travail.

Yves souffre de "dépression" et on suppose immédiatement que c'est réactionnel à son AVC. Mais quand on fait un entretien long avec lui (une heure et vingt minutes environ), il nous apprend des choses étranges. Par exemple, qu'il a considérablement augmenté sa consommation d'alcool après son divorce, dont il a pourtant été l'initiateur, et lors duquel il s'est dépouillé de tous ses biens au bénéfice de sa femme, pourtant en meilleure situation financière que lui. Puis, à la fin de l'entretien, il dit qu'il rêve la nuit de retourner travailler, mais craint de ne plus en être capable. Il faisait un travail de haute précision avec ses mains et depuis l'AVC, il a perdu une part de sa sensibilité. Il rajoute "je pense souvent à me la couper".

On peut déduire de cette volonté de couper de lui ce qu'il a de plus cher, sa femme, sa main, avec d'autres petits indices d'énonciation, comme par exemple son auto reproche

insistant de ne dire que des bêtises, qu'il souffre non pas d'une vague dépression, concept fourre-tout, mais d'une véritable mélancolie. Mais cette déduction, on ne peut pas la faire à partir des signes du DSM<sup>12</sup>! On ne peut faire ce genre de diagnostic, demandé par le rapport "Santé mentale" qu'à partir d'une clinique précise de l'entretien. Bref, il faut savoir écouter attentivement et longuement. Apprend-on encore cela à l'hôpital, transmet-on encore ce style de savoir faire, auparavant courant, mais jugé peu rentable aujourd'hui ? J'en doute fort, sans préjuger pour autant de services d'exception qui luttent pour sauvegarder des pratiques de soin à contre courant des directives actuelles.

J'ai fait ce récit d'un unique entretien avec un patient qui était problématique pour le service, parce qu'il me semble paradigmatique de la clinique d'aujourd'hui, qui est difficile, complexe et ambiguë, toujours à cheval sur diverses pathologies. En posant des questions préétablies selon un interrogatoire arbitraire, en cochant des items, on ne trouve pas grand-chose et on va perdre la dimension réelle du cas, ici mélancolique, masquée par l'alcoolisme grave et l'AVC. Par exemple, on va vouloir sevrer un tel patient et, peut-être, en lui enlevant ainsi maladroitement son symptôme qui est aussi son support, provoquer un suicide<sup>13</sup> sans avoir pris la mesure de la pulsion de mort qui l'habite. Je propose donc que l'on revienne à des méthodes classiques et éprouvées d'entretien, et qu'elles soient enseignées aux psychiatres et aux psychologues, afin que chaque patient en bénéficie lors de son hospitalisation. Tout en restant ouverts à de nouvelles approches, nous ne devons pas perdre nos anciens savoir faire, toujours efficaces et même irremplaçables, parce que nous avons toujours affaire à des sujets en souffrance, qui parlent, veulent être écoutés et entendus.

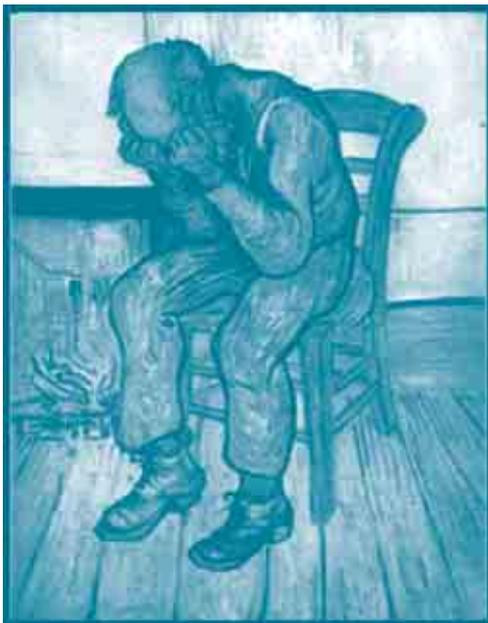
(11) L'objet *a* : concept lacanien que nous définirons brièvement ainsi. Objet qui fait couple avec le sujet dans le fantasme car il cause son désir, il s'origine de ce que le sujet est comme objet dans le désir de ses parents ; il désigne aussi le « plus-de-jour » que le sujet cherche dans la répétition d'expériences foncièrement ratées depuis l'enfance ; et peut aussi servir à nommer les objets de la pulsion, oral, anal, auxquels Lacan adjoint le regard et la voix.

(12) Critères de la mélancolie dans le DSM : « A. L'un des éléments suivants a été présent au cours de la période la plus grave de l'épisode actuel : (1) perte du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités. (2) absence de réactivité aux stimulus habituellement agréables (...). B. Trois éléments (ou plus) parmi les suivants : (1) qualité particulière de l'humeur dépressive (c.a.d l'humeur dépressive est ressentie comme qualitativement différente du sentiment éprouvé après la mort d'un être cher). (2) dépression régulièrement plus marquée le matin. (3) réveil matinal précoce (au moins 2 heures avant l'heure habituelle du réveil). (4) agitation ou ralentissement psychomoteur marqué. (5) anorexie ou perte de poids significative. (6) culpabilité excessive ou inappropriée. » Cf. Mini DSM-IV, Critères diagnostiques, Masson 1997. On retrouve exactement la même chose dans la dernière version américaine en vente : Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000, p. 202-203. Bien malin qui fera un diagnostic de mélancolie avec cette énumération !

(13) Cf. Morel G, coord., Clinique du suicide, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2002.

# Mal-être ... être mal ? L'illusion d'exister

Sophie BOLINCHES<sup>1</sup>



## XXXIII. ENIVREZ-VOUS

*"Il faut être toujours ivre. Tout est là : c'est l'unique question. Pour ne pas sentir l'horrible fardeau du Temps qui brise vos épaules et vous penche vers la terre, il faut vous enivrer sans trêve. Mais de quoi ? De vin, de poésie ou de vertu, à votre guise. Mais enivrez-vous. Et si quelquefois, sur les marches d'un palais, sur l'herbe verte d'un fossé, dans la solitude morne de votre chambre, vous vous réveillez, l'ivresse déjà diminuée ou disparue, demandez au vent, à la vague, à l'étoile, à l'oiseau, à l'horloge, à tout ce qui fuit, à tout ce qui gémit, à tout ce qui roule, à tout ce qui chante, à tout ce qui parle, demandez quelle heure il est et le vent, la vague, l'étoile, l'oiseau, l'horloge, vous répondront : "Il est l'heure de s'enivrer !" Pour n'être pas les esclaves martyrisés du Temps, enivrez-vous ; enivrez-vous sans cesse ! De vin, de poésie ou de vertu, à votre guise."*

*Charles Baudelaire - Le Spleen de Paris*

## PEUT-ON VRAIMENT DÉFINIR LE MAL-ÊTRE ?

Sentiment insidieux, que l'on ressent tous à un moment donné... Il peut parfois prendre une place centrale dans notre existence, allant de la tristesse à l'envie de mourir. L'intensité diffère d'un individu à l'autre, selon les épreuves de la vie. Il semblerait également que le mal-être arrive inopinément, les causes demeurant très floues. Il nous reste alors une sorte de dégoût, on a le cafard. On se sent mal sans réellement comprendre pourquoi. On nomme cet état morosité.

Le mal-être a plusieurs visages et chacun porte en lui une de ces multiples facettes: envie d'être seul, plus aucun désir, joie difficile

à éprouver... Le non-sens... Est-ce la condition de l'Être humain que de rechercher du sens à son existence? Le mal-être est-il inhérent du lien intime qui unit la vie et la mort, du temps qui passe et de notre façon de nous inscrire dans une histoire / Histoire?

Le mal-être pourrait-il provenir d'un déséquilibre entre nos désirs, nos idéaux et la réalité qui s'impose à nous et à laquelle on ne se s'identifie plus? Ainsi, le mal-être ne pourrait-il pas s'articuler autour de la notion de reconnaissance ?

Le mal-être est-il forcément souffrance? Peut-il participer à la reconstruction de soi? Et si oui dans quelle mesure? Quelle place a-t-il dans notre Société actuelle? Quelles sont les raisons qui font émerger la quête du bien-veillir comme la quête du bien-être, quête

(1) Psychologue clinicienne

d'un sujet et de l'humanité? Le vieillissement de l'Homme entraîne-t-il inévitablement un être mal ?

De la souffrance d'être... mal : une question d'immoralité ?

#### ***Etymologie et Historique :***

##### **MAL**

**980** "ce qui est contraire au bien, à la loi morale"

**2e moitié Xe s.** "ce qui est néfaste, ce qui nuit"

**1050** "maladie"

**1100** "souffrance physique"

**1225-30** avoir mal en "souffrir de"

**1100** "tort"

**2e moitié XIIIe s.** "dégâts matériels"

**1155** "souffrance morale"

**1170** "le mauvais côté, le mauvais sens"

**1567** aller à mal "empirer"

**1635** "inconvenient"

**1690** "effort, peine" avoir du mal à...

La notion du mal recouvre de nombreux termes, et l'expression "mal-être" peut avoir différentes connotations en lien avec cet historique. Une définition du terme "mal" est "autrement qu'il convient". Le mal-être serait donc par extension être autrement qu'il convient. C'est à dire contraire à la morale, celle-ci étant définie de la façon suivante : "qui concerne les mœurs, les habitudes et surtout les règles de conduite admises et pratiquées dans une société". Être mal serait donc moralement inacceptable pour notre Société. Le mal est nuisance, pour soi et/ou pour autrui.

Peu à peu, le terme prend la connotation de maladie et vient alors s'ajouter la notion de souffrance, d'abord physique puis morale. Ainsi, le mal recouvre à la fois autant l'origine corporelle ou psychique, l'état, que les conséquences. Au niveau psychique, aujourd'hui, on parle plutôt de dépression, de maladie d'Alzheimer qui sont les principales couvertures. Il faut soigner le mal-être: antidépresseurs, anxiolytiques, ou à défaut innombrables recettes de bien-être. Pour être bien il faut...bien se nourrir, être en bonne santé, faire du sport, épargner, voyager, se relaxer, vivre entouré... Si l'on n'arrive pas à guérir le mal-être, reste la solution de parquer, de cacher voir pire encore d'ignorer ce que

l'on a devant les yeux à savoir l'expression d'une souffrance singulière à un instant T. Et surtout, éviter la contagion, dès fois que le mal-être se répande comme une trainée de poudre prête à faire exploser violemment ce qui sert de bouclier à la Société. Et tout d'un coup, à l'an 2008, on réalise que cette souffrance est bien là, et que de plus en plus de personnes sont touchées. Alors on parle de dépression à tout va. Or, nommer des formes de mal-être ne signifie pas la prendre en compte, donner les moyens adéquats pour accompagner...

Dans l'historique, il y a également la notion de dégâts, de tort, d'effort, de peine qui implique une souffrance irrévocable. La notion d'inconvenient quant à elle implique une non adéquation avec le mode de vie des autres et de la Société. Le mal-être laisse des traces, des empreintes psychiques et/ou physiques.

La population vieillit, se précarise... Elle souffre... Étymologiquement, la **souffrance** désigne la tolérance, la résignation. Or, tolérer d'être autrement qu'il convient n'est pas la même chose que se résigner à être autrement qu'il convient... La souffrance est différente selon qu'on tolère, car il n'y a pas une réelle acceptation, il y a ici l'idée d'une réversibilité possible mais aussi d'un compromis. Si on tolère, on n'est pas en accord pour autant. La résignation a plus une notion de durabilité. On est toujours en désaccord mais on n'a plus le choix et on subit. Dès lors qu'on se résigne à être mal c'est que le terme de souffrance en arrive à son sens premier de l'**attente patiente**... de la mort?

Selon Freud S.: ***"la souffrance menace de trois côtés, en provenance du corps propre qui, voué à la déchéance et à la dissolution, ne peut même pas se passer de la douleur et de l'angoisse comme signaux d'alarme, en provenance du monde extérieur qui peut faire rage contre nous avec des forces surpuissantes, inexorables et destructrices, et finalement à partir des relations avec d'autres hommes. La souffrance issue de cette source, nous la ressentons peut-être plus douloureusement que toute autre."***

## LE VIEUX ET L'ILLUSION

L'illusion peut être une **erreur des sens**, une déception, une **fausse apparence**, un **mirage**. Lorsqu'on ne se reconnaît plus, dans son corps, dans sa voix, lorsqu'on se rend compte qu'on n'est pas celui qu'on aspirait à être étant plus jeune, lorsqu'on paraît aux autres différent de la façon dont on se perçoit, lorsque vivre devient quelque chose qu'on pressent mais qui n'a plus aucune réalité ni aucun sens, alors s'instaure peu à peu la représentation trompeuse d'être. De là, être est un effort de tous les jours. Le vieux peut ainsi avoir l'illusion d'exister, à la fois dans son regard, dans le regard des autres et de la Société. Or, si vivre est illusion et n'a plus de sens, vieillir apparaît comme synonyme d'être mal. Mal dans sa peau, cette peau qui porte sur elle les marques du temps, semblant rappeler à quiconque qui pose son regard que vieillir est notre lot à tous. Plus encore, l'illusion d'exister est la croyance erronée d'être, actuellement. Être de cette manière n'est pas concevable car cela entraîne une souffrance morale qui isole et qui finit par ôter toute part d'amour. L'illusion d'exister peut également provenir de deuils non faits ou pathologiques, qui resurgissent ici et maintenant (deuil de ce qu'on aurait aimé faire mais qu'on est dans l'incapacité de réaliser, deuil de membres de la famille ou amis, deuil d'idéaux, deuil d'une partie de nous qui a bien changé...). Un trop grand questionnement sur la condition de l'être humain comme être mortel entraîne alors un vertige indescriptible qui plonge l'Homme dans le désarroi le plus total. Avoir l'impression de n'être plus qu'une illusion n'incite pas à rester acteur de son existence. Les jours passent, puis les mois, les années. Plus rien n'a d'importance puisque la vie elle-même n'est qu'une erreur. "Ah si j'avais le courage...". La solitude et l'isolement qui résultent très souvent de cet état d'esprit entraînent ainsi une souffrance d'autant plus grande que la personne âgée n'a plus aucune personne à qui elle peut s'adresser dans son entourage proche. Le vieux, exceptionnel, est notamment le centenaire qui se joue de l'existence. Il en accepte les règles, les imprévus, les changements avec tant de sérénité. Le centenaire, c'est le vieux auquel on aspire tous, mais seulement si il est en bonne santé. Vivre oui, mais ne pas vivre seul... ni avec

n'importe qui ! Pour vaincre ce sentiment d'illusion d'être, vient le mal-être. Car qui souffre sait que c'est là une preuve de son existence. Souffrir, c'est **porter** le fait qu'on est. Ce n'est pas pour rien que le mal, depuis la religion catholique jusqu'aux notions plus philosophiques interroge, et ce toujours en dialectique d'un bien hypothétique. Mais le bien de l'un n'est pas forcément le bien de l'autre tout comme chaque mal-être participe d'un être mal singulier et s'inscrit dans une certaine humanité. Car la quête du bien-être n'est pas autre chose que la quête de ne pas être mal. Or, le bonheur est une illusion car il est impossible d'être heureux tout le temps, sans quoi le bonheur perdrait tout ce qui fait sa richesse. Ne pas être mal, cela signifierait donc être en accord avec soi-même et les autres, être reconnu comme être à part entière, souffrant ou non, finalement est-ce là le nœud du problème ? Au contraire, on pourrait essayer de voir l'être humain dans sa globalité, parfois dans un bien-être parfois dans un être mal, mais surtout **existant, condamné à vivre depuis une naissance qu'il n'a pas choisi**.

## QUAND VIEILLIR SE TRANSFORME EN PEUR DE VIVRE

Avancer dans l'âge, cela peut impliquer des peurs : la peur de devenir **dépendant**, c'est à dire la peur fondamentale de ne plus être libre, maître de sa propre existence, d'être un poids pour les autres ; la peur de devenir **foi**, de basculer dans un monde où plus personne ne vous comprend ; la peur de perdre la **mémoire** et par là d'être coupé de son histoire, constitutive de son identité ; la peur d'être **malade**, de la douleur ; la peur d'être **abandonné** des siens et de vieillir seul ; la peur **qu'il arrive quelque chose** aux gens qu'on aime ; la peur d'être **pauvre**, la peur de **tomber...** et toute peur pouvant être spécifique à chaque individu au vu de son histoire de vie.

Ces peurs se transforment peu à peu en peur de vivre. Ainsi, on n'ose plus dire aux autres: qu'on a besoin d'aide, qu'on oublie des choses, qu'on a mal, qu'on est triste, qu'on se sent seul, que la famille nous manque, qu'on

n'a plus envie de rien, qu'on ne sort plus dehors.

Ces peurs s'ancrent petit à petit dans une normalité. La souffrance liée au mal-être est alors quotidienne. On est mal mais que voulez-vous : "on ne peut pas être et avoir été".

## MAL-ÊTRE ET CRÉATION

**Exemple pratique avec Mr L., 58 ans, hémiplégique suite à un accident. Il a consenti à partager son expérience.**

Voici ses créations faites dans le cadre de l'atelier d'expression artistique à l'Institut de Gérontologie Sociale (pour tout renseignement, contactez le 04 91 37 03 79). Les objectifs principaux sont le maintien des capacités cognitives, le travail psychique, le lien social, favoriser l'expression sous toutes ses formes, retrouver le plaisir, le travail sur l'imaginaire...



Par ce collage, Mr L. exprime avec le titre "à la recherche de nos parents perdus" le lien à la famille, ses recherches généalogiques. Les revues choisies viennent marquer son intérêt pour le monde extérieur, la culture. La bataille de Russie son intérêt pour l'histoire. Les termes "parents perdus", "bataille", "avenir" sont très forts. Par cette oeuvre, Mr L. recolle des symboles importants de sa vie.

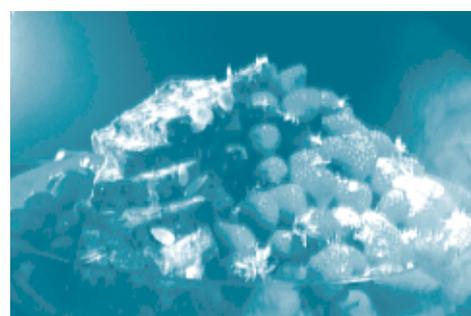
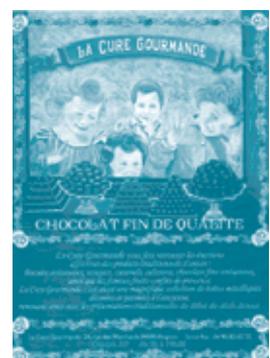


Le modelage évoque, par la thématique de la maison, les différents états de son mal-être interne. Si la première maison est complète, on voit que peu à peu, elle se vide. Les trois

maisons sont présentées dans l'ordre chronologique de leur création durant la séance. Mr L. ne souhaite plus continuer le modelage et s'effondre en larmes. Il commence alors à exprimer peu à peu la souffrance liée à son handicap et à toutes les conséquences que cela implique. Le dessin peint à l'acrylique, outre le fait qu'un seul côté soit investi dû à l'hémiplégie vient signifier un mal-être de part les couleurs chaudes et noires, les formes tumultueuses. Toutefois, le chemin mène certainement vers d'autres rivages, inconnus...



Le rituel du café en début de séance est un moment privilégié d'expression et de complicité avec les autres participants. Le travail de plusieurs séances porte sur des images de nourriture. Mr L. est diabétique et souffre beaucoup de ces privations. C'est une chose de plus que Mr L. ne peut plus se permettre. C'est aussi le moyen d'évoquer le lien avec sa femme puisque c'est elle qui fait la cuisine, qui s'occupe de lui. Le plaisir devient interdit.





***“J’aimerais avoir récupérer pour pouvoir reprendre le Travail et mes activités de Secourisme pour venir en soutien au populations. J’ai la nostalgie de l’époque où j’étais militaire au service de la France dans l’institut de Sécurité publique unité d’instruction de Sécurité civique n°X à X”***

Pour Mr L., son mal-être provient essentiellement de sa perte d’autonomie. Plus encore, c’est de ne plus pouvoir se déplacer et travailler. Mr L. est passionné par son travail et le contact avec les jeunes lui manque énormément. Il ne se passe pas une séance sans que ceci soit exprimé, que ce soit par des images ou par l’écriture. Un travail de deuil est en cours, le chemin serait-il celui de l’acceptation ?

## DISCUSSION

La création se définit comme :

- L’action de donner l’existence, de tirer du néant = commencement, origine
- L’ensemble des choses créées ; le monde considéré comme créé = monde, nature, univers
- Action de faire, d’organiser une chose qui n’existait pas encore = conception, élaboration, invention
- Ce qui est créé = œuvre, ouvrage

On remarque ici que tous les sens du mot “création” participent de façon plus ou moins importante dans l’acte accompli dans cet atelier. Ainsi, certaines personnes âgées vont se saisir de cet espace pour avoir à nouveau un sentiment d’exister, pour faire naître quelque chose qui viennent d’elles. D’autres vont y trouver un aspect plus social : elles appartiennent à un groupe et s’inscrivent

donc dans une dimension plus collective. Pour d’autres encore, l’intérêt est placé dans l’acte même de créer en tant qu’invention. La création est le résultat de toutes ses dynamiques qui interagissent de façon continue.

Dans le concept de “création”, on retrouve dans la pratique la crainte de ne pas être bon(ne), notamment pour des personnes âgées qui n’ont jamais eu d’activité “artistique”. Il y a également l’idée de conservation : on y met des souvenirs, des émotions, des bribes du passé. Ainsi, une impression d’éternité peut accompagner ces moments. C’est aussi le lieu d’expression d’un certain chaos interne, difficile à équilibrer. A noter qu’on parle dans le cadre de l’atelier d’expression artistique de création spontanée au cours de laquelle c’est l’activité qui crée le projet. En séance, la personne âgée paraît souvent surprise de ce qu’elle est en train de réaliser. On observe parfois un fossé entre la réalité interne du ressenti et les moyens mis à disposition pour la communiquer. C’est la raison pour laquelle il est important de rester vigilant quant au matériel utilisé par la personne âgée, celui-ci étant un indicateur du rôle joué par le médiateur.

Pourquoi la personne âgée est-elle amenée à utiliser un médiateur plutôt qu’une élaboration directe en mots pour exprimer son mal-être ? Plusieurs raisons peuvent être en cause : communiquer par le biais d’images est plus rapide, permet de condenser divers instants de vie (plusieurs temps passés réunis en un temps présent dans la création). De plus, le champ corporel est plus facilement utilisable car plus primaire (l’enfant sait se déplacer avant de parler !)..

Différentes formes existent pour s’exprimer : la peinture, le dessin, le collage, le modelage, l’écoute musicale, l’écriture, la danse, le chant, les mots, le regard, le toucher, le goût, l’odorat, les émotions... Repérer les formes préférentielles pour chaque personne permet de favoriser son mode d’expression.

Le mal-être ainsi exprimé vient signifier une relation à soi et au monde difficile voire défailante. La création peut alors être une forme de réflexion visuelle sur les problèmes fondamentaux de la vie. Mais c’est aussi et surtout une manière d’être reconnu et de se reconnaître soi-même.

Pour reprendre l'exemple de Mr L., la création permet un travail psychique autour de son handicap, de sa relation à autrui. Il change de matériel à chaque nouvelle étape. On voit comment l'acte de créer est évocation, ré-évocation ou bien encore, dans une extrême mesure, révocation de ce qu'on est, de ce qu'on a été, de ce qu'on aimerait être, de ce qu'on n'est pas.

## MAUX - MOTS DE LA FIN...

Le bien-être serait-il par extension un état précaire ? Du lat. precarius, de prex, precis, prière : obtenu par prière.

Obtenir implique qu'il y ait une demande et que cette demande soit acceptée, non pas sans efforts et ténacité.

Une prière s'adresse toujours à quelqu'un. Si ce n'est dieu lui-même, pour les personnes âgées, il s'agit de la Société qui l'accueille, de la sphère intime que constitue la famille à la sphère sociale par le biais des politiques, professionnels et institutions. A moins qu'il ne s'agisse d'une prière adressée à soi-même, prière qui permettrait peut-être de retrouver son intégrité et d'asseoir son identité.

Enfin, la prière suppose une croyance, une attente. Une prière suggère l'espoir, ce qui nous tient à cœur. Le mal-être viendrait ainsi nous alarmer sur cette prière non aboutie. Mais peut-elle l'être vraiment ?

Selon Charlotte Herfray, il nous faut nous interroger à propos du vieillir sur ce qui fait sens pour le sujet : ***“Qu'est-ce que ça veut dire pour un être humain de vieillir puis de mourir ?” n'est pas la même question que celle-ci : “Pourquoi vieillissons-nous ? Pourquoi mourons-nous ?”***<sup>2</sup>.



*“Le plus lourd fardeau, c'est d'exister sans vivre”*  
**Victor Hugo**

---

(2) Herfray C., *La vieillesse en analyse et desclée de brower*, 2001

# Mal-être et démences séniles

Philippe PITAUD<sup>1</sup>



La maladie d'Alzheimer ainsi que les troubles dits apparentés. et, d'une manière plus globalisante, les démences séniles constituent sans doute l'un des défis les plus douloureux que doit relever notre société pour les décennies à venir ; ceci compte tenu de l'un des progrès majeur de notre temps, l'allongement de l'espérance de vie humaine.

Nous sommes ainsi confrontés au grand sentiment d'inquiétude que provoque la maladie d'Alzheimer, les démences, auprès des personnes âgées, de leur entourage mais également des soignants. Ces inquiétudes et même ces peurs, génèrent autant d'angoisses depuis l'apparition des premiers troubles à l'annonce du diagnostic provoquant un bouleversement individuel et familial, qu'au moment de l'accompagnement de la maladie proprement dite en institution ou au domicile.

Nous voudrions simplement souligner, en particulier, l'entrée dans le chaos de ce que d'aucun nomme une "catastrophe affective". En effet ce type de pathologie bouleverse d'abord les équilibres familiaux. Comme l'indique François Girard dans son rapport remis au gouvernement en 2000, "poser le diagnostic, c'est aussi, pour le malade et pour son entourage proche, le signal d'un long chemin douloureux dominé par le désapprentissage et l'envahissement de la vie par la maladie".

Spectateur impuissant de la déchéance de son proche, le conjoint ou le parent est soumis à un face à face souvent épuisant avec le malade, qui peut, dans les cas les plus extrêmes, le conduire au désespoir et au passage à l'acte. Ainsi on dira que le malade et son proche forment un binôme. Si l'aidant va bien, le malade ira bien et vice versa.

On le pressent donc, la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés ne sont pas qu'un objet (comme d'autres pathologies d'ailleurs) de la seule médecine et de ses serviteurs. Elle traite comme le Professeur Marius AUDIER, de l'homme total dans le sens où l'ensemble des paramètres sociaux, psychologiques médicaux, environnementaux sont impliqués dans ce processus d'enfermement et de déstructuration de l'organisation familiale et sociale.

Les travaux menés par l'équipe médico-sociale de l'Institut de Gérontologie Sociale s'appuyant sur le réseau universitaire de recherche en Gérontologie Sociale des pays de l'Europe du Sud (Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés – ed Eres 2006), ont permis de donner la parole aux familles mais également aux malades ainsi qu'aux professionnels.

Lors des entretiens, des groupes de paroles, nous avons perçu l'expression d'une grande souffrance témoignant des angoisses, des incertitudes, de l'extrême solitude de ces soignants occasionnels en charge, qui de la mère, qui du père, qui du conjoint devenu étrange sinon étranger au monde qui l'entourait.

Ces travaux sont avant tout un témoignage sur l'exclusion vécue ou ressentie comme telle par les acteurs de ce drame.

C'est un formidable témoignage du courage, de l'engagement de simples citoyens, discrets, actifs, écartelés entre devoir et amour, révolte et combat.

Mais ne nous méprenons pas, ce calvaire vécu par certains est aussi une conquête sur l'extrême, un long cheminement vers le sens de la relation à l'Autre, une réelle quête d'Amour, un pied de nez à la mort à venir, un cri de vie.

(1) Professeur à l'Université de Provence (Master Pro AGIS)

Pour conclure cette courte contribution, nous rappellerons avec Maisondieu, que “le spectacle du “naufrage sénile” est difficile à supporter. Devant cette catastrophe intellectuelle que représente la démence, chacun est en recul. Il est presque impossible de ne pas penser à soi dans une identification immédiate et immédiatement repoussée.

La réflexion qui vient est “pourvu qu’une telle chose n’arrive pas à moi”. Ce double mouvement de reconnaissance de l’autre comme semblable et son rejet comme impossible double est la racine du mal démentiel dans sa dimension interhumaine. Au-delà du refus du dément, qui, comme Alice, ne veut pas se voir dans le miroir, il y a notre désir de n’être pas comme lui qui aggrave la situation tragique dans laquelle il se trouve. Ne voulant rien avoir de commun avec lui, nous le chassons du paradis des bien-portants en le créditant d’une maladie dégénérative mystérieuse et incurable. Il est inacceptable. Incompréhensible, il est incompris et rejeté à ce titre sans que nous réalisons vraiment que ce rejet lui-même contribue à le rendre incompréhensible parce que incompris dans le système symbolique.

“Miroir, gentil miroir... qui est la plus belle ?” Le conte est connu. L’envie, l’envie meurtrière de la reine vis-à-vis de Blanche-Neige, coupable de la supplanter en beauté, y est l’illustration de notre jalousie quotidienne à l’égard de ceux dont le défaut principal est d’avoir plus que de qualités que nous. La banalité de ce mouvement d’humeur ne doit pas faire oublier notre capacité à mépriser ceux qui ne sont pas dignes de nous ressembler. La complaisance narcissique n’aime être troublée ni par le meilleur ni par le pire.

Pour la sérénité de son âme, Homo sapiens est prêt à faire disparaître ceux qui peuvent rappeler qu’il n’est qu’un peu de poussière enveloppé d’illusions.

La médiocrité est la norme, le “bon” sens n’a que faire des génies, encore moins des fous. S’il est aisé de refouler notre colère contre ceux qui nous dépassent, si nous pouvons être tentés parfois de les imiter quand nous ne cherchons pas à les abaisser, il nous est en revanche difficile de dissimuler notre manque d’attrait pour ceux dont les handicaps

blesent notre regard. Leur appartenance au genre humain n’est acceptée que du bout des lèvres. Le racisme n’est pas loin lorsque notre narcissisme refuse de reconnaître une communauté de nature avec ceux qui sont démunis de charme à nos yeux. A cet égard, le vieillard affaibli sur le plan intellectuel et physique, à charge et proche de la mort, est une cible privilégiée du mépris et du rejet. Parce qu’il est déchu, il ne vaut rien. Parce qu’il ne vaut rien, il est déchu. Il n’est plus des nôtres, il est autre. Nous voudrions qu’il sorte de la communauté mais il s’accroche à la vie. Sa présence devient odieuse, perturbatrice de notre rêve de plénitude qu’elle transforme en désir de séparation.”

Les “vieux” semblent pour tous et pour eux-mêmes, cumuler des handicaps qui les enferment finalement dans une sphère tragiquement anormale, associative, au point de les exclure de leur société de référence : notre société. Et, pour pallier ce processus de mise à l’écart, la personne âgée elle-même, son entourage et la société entière ont un rôle à jouer.

Puisque la société doit composer aujourd’hui, et encore plus demain, avec de très vieilles personnes, puisque des processus d’exclusion dans le Grand-âge sont connus, puisque les facteurs marquant de mise à l’écart sont reconnus, chacun, selon sa place et son rôle doit participer au maintien de l’intégration sociale des plus âgés quelles que soient les pathologies dont ils sont affectés.

Cela revient d’abord à considérer l’individu le plus vieux comme il est, être humain doté de droits, de devoirs, d’une histoire, d’une mémoire, de capacités, même si certaines ont été perdues. “L’enjeu est de créer les conditions qui permettent au vieillard, par delà les adaptations nécessaires, de rester fidèle à soi-même, pour reprendre une belle expression de Paul Ricoeur, dans son être et son agir” (Bickel et Cavalli, 2002). Prévenir, c’est permettre alors à tous de vieillir sans cesser d’exister; ceci même pour les plus vulnérables d’entre nous.



## PÉRICLÈS

*Participation à l'Évaluation Référencée et Interne, Conforme à la Loi, des Établissements et Services*

# **Association, établissement :** **le CREA I peut vous accompagner** **dans votre démarche d'évaluation interne.**

### ● CONTEXTE

Pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, l'évaluation de leurs activités et de la qualité de leurs prestations est une obligation depuis 2002, sous la forme d'une évaluation interne tous les 5 ans et d'une évaluation externe tous les 7 ans.

Les structures doivent donc procéder à leur évaluation interne, ce qui suppose d'adopter une démarche d'ensemble cohérente et de s'appuyer sur un ou des référentiels existants.

Depuis 1997, l'ANCREAI a élaboré, testé et progressivement amélioré un guide d'évaluation, dénommé Périclès, ainsi qu'une procédure d'accompagnement des structures dans leur démarche évaluative.

Cette approche a été confortée par les orientations prises par le Conseil National de l'Évaluation Sociale et Médico-sociale (devenu (Agence nationale). Elle offre les conditions d'une appréciation collective approfondie de la qualité des interventions menées par l'établissement ou service, base d'un processus dynamique d'amélioration de la qualité. Ses résultats constituent une aide à la décision quant aux améliorations souhaitables et elle prépare l'évaluation externe.

### ● OBJECTIFS

- Faire acquérir une culture de l'évaluation
- Doter les personnels d'une méthodologie d'évaluation de la qualité
- Mettre en oeuvre l'évaluation interne de la structure
- Réaliser le diagnostic des points forts et des points faibles
- Fournir les bases d'un plan d'amélioration de la qualité
- Préparer l'évaluation externe

### ● CONTENU

- Les obligations, enjeux et méthodes de l'évaluation de la qualité dans le secteur social et médico-social
- Le guide Périclès pour des interventions de qualité
- Les méthodologies de recueil et traitement de données
- La méthodologie de réalisation d'un diagnostic partagé
- La méthodologie d'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité

### ● MODALITES

- Apports théoriques et méthodologiques auprès de l'ensemble du personnel avec documents fournis
- Avec un groupe en formation action
- Appropriation du guide Périclès et ajustement des critères d'évaluation avec la structure
- Recueil et analyse des données
- Formulation du diagnostic et rédaction du rapport d'évaluation
- Restitution et validation des résultats de l'évaluation auprès de l'ensemble du personnel
- Bilan et bases du plan d'amélioration de la qualité

### ● ORGANISATION :

- Durée : à déterminer avec les responsables associatifs et directeurs
- Intervenant : un conseiller technique du CREA I spécialisé dans la démarche
- Devis sur demande.

*Renseignements :*

**Colette CALANDRE**

Conseillère technique  
ckt@creai-pacacorse.com  
contact@creai-pacacorse.com  
Tél. : 04 96 10 06 60

Sous la direction de Philippe Pitaut  
**EXCLUSION, MALADIE D'ALZHEIMER ET  
TROUBLES APPARENTÉS : LE VÉCU DES AIDANTS**

Le retentissement des troubles cognitifs et du comportement dans la vie quotidienne a des conséquences lourdes, parfois dramatiques, pour le patient atteint de la maladie d'Alzheimer et son entourage. La crise familiale naît alors car les incompréhensions dues au comportement de la personne démente provoquent des tensions au sein du cercle privé et un isolement social : des chercheurs, des professionnels du secteur médico-social et des familles exposent leurs constats et leurs analyses dans le but de proposer des réponses adaptées à ces situations difficiles.

320 pages, 25 €

Jacqueline Barus-Michel  
**SOUFFRANCE, SENS  
ET CROYANCE**  
L'effet thérapeutique

La souffrance psychique, maladie ou mal-être, est liée à l'humaine condition. Sous la forme de thérapies ou de cures, toutes les sociétés lui ont donné des interprétations et ont mis en place des pratiques et des prescriptions à prétention scientifique ou en relation avec les croyances et les religions. Derrière leur grande diversité, voire leurs divergences affirmées, les techniques utilisées recourent explicitement ou non à des procédés comparables, et les effets de guérison ou de soulagement relèvent de processus communs. Cet ouvrage en propose l'analyse, illustrant l'hypothèse que la souffrance consiste en une perte de sens et que tous les effets de guérison tiennent à leur capacité réelle ou supposée de restaurer du sens.

192 pages, 23 €

**MOURIR... UN PEU...  
BEAUCOUP**  
Clinique du suicide

Ce numéro vise à interroger l'acte, ses causes et ses ratés, la place du sujet et celle de l'agent, le rôle du hasard et celui du « destin », dans une visée freudienne et lacanienne le plus souvent, mais, dans tous les cas, à partir d'exemples singuliers, en privilégiant l'histoire et le témoignage des « suicidants » et en déchiffrant le « texte » ainsi constitué. Il en résulte un savoir surprenant construit pas à pas à partir de la parole de sujets qui commentent leur acte après coup et essaient de retrouver ce qu'ils avaient réellement voulu gommer. On peut en déduire la méthode et les outils d'une prévention du risque suicidaire, lequel est devenu un véritable fléau social, notamment pour les adolescents et les jeunes adultes, mais aussi dans les prisons et à l'hôpital.

Savoirs et clinique n° 5 - 17 €

En 2008 :

9 - Sexe, amour et crime  
10 - Le corps à la mode ou les images du corps dans la psychanalyse

Abonnement (2 n°) : 30 €

Sous la direction de Philippe Pitaut  
**Exclusion, maladie d'Alzheimer  
et troubles apparentés :  
le vécu des aidants**

Olivier Labouret

**La dérive  
idéologique  
de la  
psychiatrie**

Grand le Président  
se prend pour un psy,  
c'est la France  
qui devient folle

Olivier Labouret

**LA DÉRIVE  
IDÉOLOGIQUE DE  
LA PSYCHIATRIE**

Quand le Président se prend pour un psy, c'est la France qui devient folle

Comment l'idéologie économique dominante fait-elle pour s'emparer des esprits ? L'évolution comportementaliste et scientiste (neurobiologique et génétique) de la psychiatrie contemporaine répond aux intérêts du néolibéralisme. Elle autorise ainsi une dérive gestionnaire et sécuritaire visant à renforcer la conformité de chacun et de tous aux normes dominantes.

Cette instrumentalisation de la psychiatrie au mépris de la santé mentale légitime la sélection eugénique des individus les plus « performants », capables de s'adapter aux impératifs insensés de la croissance de l'économie de marché et de consommation.

224 pages, 20 €

Jacqueline Barus-Michel  
**Souffrance,  
sens et croyance**  
L'effet thérapeutique

Daniel Oppenheim  
**Parents en deuil**  
Le temps reprend son cours

Daniel Oppenheim

**PARENTS EN DEUIL**

Le temps reprend son cours

Dans cet ouvrage, qui présente et analyse le déroulement d'un groupe de parents en deuil, l'auteur a voulu associer l'intensité de l'expérience des parents, au plus près de leur parole, et la rigueur de l'observation et de l'analyse. Parents concernés et soignants, quelle que soit leur fonction, y trouveront de quoi les aider à mieux percevoir, mieux comprendre, à prévenir ou apaiser l'excès de souffrance inévitable.

176 pages, 19 €

**Savoirs et clinique**  
Revue de psychanalyse



**Mourir... un peu...  
beaucoup**  
Clinique du suicide - 2

ères

Sous la direction de Françoise Charrier,  
Daniel Goupil, Jean-Jacques Geoffroy  
**Les personnes  
vulnérables**  
Protection et accompagnement  
des majeurs en difficulté

Sous la direction de Françoise Charrier,  
Daniel Goupil, Jean-Jacques Geoffroy  
**LES PERSONNES VULNÉRABLES**  
Protection et accompagnement  
des majeurs en difficulté

Quelles sont les personnes dites vulnérables aujourd'hui et quelles réponses sont apportées par les politiques sociales d'une façon générale, mais aussi d'une manière plus spécifique avec la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs ?

L'urgence aujourd'hui n'est pas dans l'élaboration de nouvelles lois, mais bien dans une (re)définition des conditions d'application de ces lois qui relèvent des instances locales, et donc dans une déclinaison de meilleures pratiques professionnelles ouvertes sur des réponses innovantes.

184 pages, 12 €

Gerard Neyrand • Patricia Rossi

**Monoparentalité précaire  
et femme sujet**

Gérard Neyrand, Patricia Rossi  
**MONOPARENTALITÉ  
PRÉCAIRE ET FEMME  
SUJET**

L'augmentation de la monoparentalité va de pair avec une précarisation accrue des femmes élevant seules leurs enfants.

Cet ouvrage apporte une réponse croisée (sociale et psychologique) aux nombreuses questions que pose cette tendance aussi bien aux analystes des processus sociaux et psychologiques qu'aux intervenants du social.

Cet ouvrage a reçu le prix de la Fondation Mustela en 2004.

250 pages, 22 €