

Quand la nuit empiète sur le jour When night infringes on the day

Jean-Paul Gélinas

Volume 7, numéro 2, novembre 1982

Mourir

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030144ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030144ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Gélinas, J.-P. (1982). Quand la nuit empiète sur le jour. *Santé mentale au Québec*, 7(2), 79–93. <https://doi.org/10.7202/030144ar>

Résumé de l'article

Dans cet article, je décris les fondements théoriques et les éléments de mon expérience professionnelle qui m'ont amené à développer une approche visant à aider les agonisants à atteindre leur ultime développement. Mon hypothèse centrale est que les patients vivent au moment de la terminalité les répercussions du drame existentiel qui devient visible alors qu'auparavant, il se dissimulait derrière la cuirasse caractérielle. Ce drame consiste en l'acceptation ou en un refus du fait d'avoir et d'être un corps mortel décomposable. Dans une première partie, je fais référence aux travaux de Gesell chez qui j'ai puisé une conception du développement humain basée sur l'observation des enfants. Je m'attache en particulier à la période de la petite puberté (de 7 à 9 ans), période pendant laquelle le drame existentiel fait surface et se construisent les remparts contre l'angoisse. J'y montre également comment les parents peuvent, au contact de leurs enfants, revivre à travers eux certaines périodes de leur propre développement. Dans la seconde partie, j'utilise certaines notions développées dans le cadre théorique en les appliquant à la situation des agonisants. Ces derniers revivent, surtout sous forme de cauchemars, le drame existentiel de la petite puberté. Le rôle des intervenants est de faire partager ces cauchemars avec d'autres, d'empêcher ainsi que la terreur ne devienne omniprésente et de les aider à atteindre leur ultime développement. Cependant, tout comme les parents devant leurs enfants, les intervenants vivent leur propre drame existentiel à travers les agonisants, et en particulier leurs propres deuils. Ils se doivent donc de bien connaître leur propre conjonction existentielle.

*Jean-Paul Gélinas**

Dans cet article, je décris les fondements théoriques et les éléments de mon expérience professionnelle qui m'ont amené à développer une approche visant à aider les agonisants à atteindre leur ultime développement. Mon hypothèse centrale est que les patients vivent au moment de la terminalité les répercussions du drame existentiel qui devient visible alors qu'auparavant, il se dissimulait derrière la cuirasse caractérielle. Ce drame consiste en l'acceptation ou en un refus du fait d'avoir et d'être un corps mortel décomposable. Dans une première partie, je fais référence aux travaux de Gesell chez qui j'ai puisé une conception du développement humain basée sur l'observation des enfants. Je m'attache en particulier à la période de la petite puberté (de 7 à 9 ans), période pendant laquelle le drame existentiel fait surface et se construisent les remparts contre l'angoisse. J'y montre également comment les parents peuvent, au contact de leurs enfants, revivre à travers eux certaines périodes de leur propre développement. Dans la seconde partie, j'utilise certaines notions développées dans le cadre théorique en les appliquant à la situation des agonisants. Ces derniers revivent, surtout sous forme de cauchemars, le drame existentiel de la petite puberté. Le rôle des intervenants est de faire partager ces cauchemars avec d'autres, d'empêcher ainsi que la terreur ne devienne omniprésente et de les aider à atteindre leur ultime développement. Cependant, tout comme les parents devant leurs enfants, les intervenants vivent leur propre drame existentiel à travers les agonisants, et en particulier leurs propres deuils. Ils se doivent donc de bien connaître leur propre conjonction existentielle.

UNE APPROCHE THÉORIQUE DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN

a) Le cauchemar chez les agonisants

L'anxieux craint naturellement la tombée du jour : le caractère fantomatique des choses vues dans l'obscurité donne naissance à toute une gamme de réactions bizarres, incongrues. Mais, dès que le jour paraît, que le soleil stimule l'organisme, un sujet renouvelé entreprend sa besogne quotidienne. En le regardant, il est difficile de discerner ce qu'a pu être sa nuit, à part quelques traits tirés, signature d'un coucher tardif, sans plus...

Chez l'humain bien portant, évolué, il est très rare de constater que la nuit empiète sur le jour. Ce fait est beaucoup plus courant chez les primitifs ou les êtres humains de la très haute Antiquité : à propos d'eux, on parle volontiers

de songes les habitant continuellement pendant des semaines...

Nos patients agonisants, profondément atteints et menacés dans leur survie même, présentent souvent pendant leur sommeil des cauchemars qui vont empiéter sur leur jour et perturber complètement leurs comportements de base.

Dans les jours qui suivent ces cauchemars non partagés avec quelqu'un, ces sujets présentent une angoisse larvée, une souffrance existentielle difficile à saisir ; si on ne savait pas leur mort prochaine, on pourrait penser à du somnambulisme, à de la transe, à un mauvais voyage, etc. tout en se demandant comment intervenir.

Mais quand on est en face d'un agonisant, le réflexe thérapeutique automatique prend souvent le dessus sur le discernement clinique et notre malade reçoit son supplément d'analgésiques ou de neuroleptiques avec une double conséquence : le malade a des réactions qui compliquent son cas et l'empiètement de sa nuit sur son jour va se prolonger. Les intervenants risquent d'y perdre leur latin, de devenir de plus en plus perplexes face à ce mystère du mourir.

* L'auteur est médecin-omnipraticien, directeur des services professionnels au Centre hospitalier Notre-Dame de la Merci et chargé de cours en gérontologie à la Faculté d'Éducation permanente de l'Université de Montréal.

Comment ne pas réagir ainsi? Pour répondre, j'utiliserai les éléments significatifs de mon expérience professionnelle et montrerai comment ceux-ci m'ont permis de structurer une approche qui permet d'atténuer l'empiètement de la nuit des agonisants sur leur jour et de les aider dans leur ultime développement.

b) «Apprenez les livres de Gesell»

«Si vous ne voulez pas avoir de misère dans votre future pratique médicale, apprenez les livres de Gesell sur le bout des doigts». C'est en substance, le conseil que m'a laissé en 1952 le docteur Roma Amyot, neuro-psychiatre. Pour lui, un omnipraticien devait être au fait des travaux de Gesell sur le développement humain décrit par observation cinématographique continue de l'enfant de zéro à seize ans, et sur l'embryologie du comportement et de l'enfant dans la culture d'aujourd'hui. L'approche de Gesell est exhaustive, comprenant trois volumes, touchant à la croissance physique et à ses répercussions sur la structure psychologique et l'organisation du comportement dans la culture d'aujourd'hui.

Gesell était le seul à ce moment à embrasser le développement de zéro à seize ans dans une optique globale. Les autres, comme Freud et Piaget se limitaient à des aspects singuliers du développement de l'enfant comme la sexualité ou l'intelligence. Jung était franchement dissident : il était le seul à s'occuper de l'être humain adulte dans son déclin et agissait ainsi un peu comme prophète.

À cette période, je militais dans la préparation au Mariage et certaines revues comme l'*Anneau d'Or* revenaient souvent sur les Âges de la vie, thème souvent développé par les philosophes qui remontait à la très haute antiquité. J'étais donc un peu sensibilisé à ce sujet et j'ai été fidèle au conseil du docteur Amyot tout au long de ma carrière, même si au début, je ne savais pas trop comment ce conseil pourrait s'insérer dans ma pratique.

Tout de même, un tel conseil n'était pas toujours accepté d'emblée et provoquait souvent des haussements d'épaules, des hésitations : Gesell, développement humain... connais pas! C'était un peu la même réaction sur la sexualité humaine, sauf que là, de larges sourires remplaçaient les haussements d'épaules...

Chose curieuse, j'entendais parler de Gesell dans les réunions de jeunes parents. «Docteur, que me conseillez-vous pour mieux comprendre mon enfant?... J'ai vu à la librairie les livres de Gesell, qu'en pensez-vous?...» Ceci m'incita à fouiller davantage et quand nous sommes, ma femme et moi, devenus parents, Gesell est devenu notre livre de chevet pour suivre le développement de nos enfants; ces enfants dont on disait dans le temps devoir être à notre image, donc pouvant être un miroir dans lequel nous pourrions nous revoir à leur âge.

J'ai beaucoup travaillé cette possibilité de se revoir en miroir. Vis-à-vis de nos enfants, nous sommes ou spectateurs de ce qu'ils font (avec les enfants du même sexe que nous) ou acteurs (avec nos enfants de sexe opposé).

Il y a des parents qui ne pourront être qu'acteurs (la mère qui n'a que des garçons, le père qui n'a que des filles), ou spectateurs (le père vis-à-vis ses garçons, la mère vis-à-vis ses filles).¹

Être spectateurs implique face au miroir qui est devant nous un retour en arrière dans notre vie, à l'âge de notre enfant, en nous permettant ainsi de saisir le vrai sens de sa/notre frustration et manière de réagir alors à ces frustrations; de saisir le vrai rôle de ces jeux que les enfants reprennent sans cesse dans le sillage des traumatismes subis : séparation-perte du parent bien-aimé parce que l'enfant ne le voit plus ou ne l'entend plus.

Le jeu pour notre jeune enfant, comme pour nous à son âge, aide à dédramatiser ce qui est difficile à comprendre ou devient purement et simplement invasion de ce qui pourrait être, dans cette séparation-perte, une équivalence de mort de la maman ou du papa.

La manière dont les enfants transigent les premières phases nodales de leur développement est indicatrice non seulement de ce qu'ils sont, mais surtout de ce qu'ils peuvent devenir, un peu comme pour nous à leur âge.

Une phase nodale est un plateau qui suit une croissance rapide pendant laquelle l'enfant mesure ses possibilités : vouloir aller de l'avant, grandir ou se refuser à tout cela.

À trente mois, cette démarche demeure tout de même rudimentaire, par exemple une petite fille peut porter les talons hauts de sa mère et signifier ainsi son désir ferme de grandir ou encore se mettre à souiller ses sous-vêtements dans l'espoir

que sa mère la poudre et la câline comme elle le fait pour le dernier-né.

Ce prototype nodal sera repris avec beaucoup plus de nuances, de profondeur dans les autres phases nodales qui vont suivre. Face à chacune, ça a été chaque fois pour moi l'occasion renouvelée de prendre conscience de mon propre développement, surtout lorsque je vivais ces situations en «spectateur» dans l'interaction Parent-Enfant. J'appelais cette situation interactionnelle, à défaut de mieux, «*conjonction existentielle*»; elle était pour moi occasion de recycler, de liquider ce qui aurait pu être mal agencé dans cet âge correspondant à celui de mon enfant-miroir.

Mes clients m'ont permis de vérifier, surtout ceux qui travaillaient ensemble à mieux comprendre leurs enfants, qu'ils bénéficiaient de cette conjonction existentielle alors que les autres, sans savoir pourquoi, compliquaient : il est toujours insolite d'utiliser une manière infantile pour répondre à une frustration adulte.²

c) Le grand défi existentiel :

le même commun dénominateur pour tous

Lorsque dans une chambre d'hôpital se retrouve un agonisant entouré des divers intervenants en santé, de ses proches, des bénévoles, etc., on peut dire qu'il y a un seul acteur, l'agonisant, et des spectateurs aux définitions de rôle très variables.

Tout de même, un seul commun dénominateur les réunit tous, à peu de différence près. Tous ont été confrontés à une option à intégrer, c'est-à-dire à rendre non lésante, option multi-plex jetée sur le sentier de la vie au moment de ce que jadis on appelait la «Petite puberté».

Cette option, c'est le grand défi existentiel qui fait surface à 7-8 ans et qui va rester comme à fleur de peau tout au long de l'existence pour réapparaître lors de pertes d'êtres chers, surtout celles qui surviennent hors contexte, c'est-à-dire beaucoup trop tôt ou plus tard que la norme sociale établie. Il refait également surface lors des anniversaires de nos pertes; nos réactions seront les mêmes que lors des décès de nos proches.

La trame de nos réactions est calquée sur nos tentatives faciles ou difficiles de résoudre l'énigme existentielle de la petite puberté. Les parents d'enfants de cet âge vont vivre peut-être la conjon-

tion existentielle la plus importante de leur vie : hier, à cinq ans, l'un des parents était acteur, rodait sa capacité d'aimer et d'être aimé en toute spontanéité et l'autre parent assistait à tout cela en spectateur avec tout ce que cela implique. Aujourd'hui, les deux parents sont spectateurs de cette énigme existentielle qui tenaille leurs jeunes, ils sont spectateurs de cette transaction qu'ils ont faite à l'âge de sept ou huit ans et qui très souvent a été tenue secrète.

Ce défi est un dilemme : l'enfant accepte d'aller de l'avant avec sa vie, avec tout ce que cela implique ou il se refuse à grandir et, fixé à sa mère, il entretient l'illusion d'être complètement à l'abri des vicissitudes de la vie.

Il lui faut tenter d'accepter non seulement d'avoir un corps, mais surtout d'être un corps responsable de sa croissance : il ne s'agit plus comme à trois ans de porter les talons hauts de sa mère ou le chapeau de son père, non, ici, l'implication est plus profonde. Il s'agit d'accepter d'avoir et d'être un corps qui va vieillir... donc accepter l'âge qu'on peut avoir; enfin, il lui faut accepter d'avoir et d'être un corps mortel, un corps qui d'une manière ou d'une autre sera voué à la décomposition!

Mais ne serait-ce pas trop demander à ces jeunes dans le décours de la petite puberté! Accepter d'être un corps mortel! Non, car les phases du développement s'imbriquent l'une dans l'autre, l'une pavant la voie à ce qui va se produire dans l'autre phase.

d) Perception de la mort chez l'enfant

À six ans, l'enfant découvre que son père et sa mère vont mourir un jour! Quel traumatisme, quelle désillusion! La maturation de son système nerveux va l'amener à réagir de façon complètement différente; un traumatisme anticipé a des répercussions nouvelles en lui.

Si on ampute, par suite de maladie, un membre à un enfant de plus de 6 ans, il va présenter le phénomène du membre-fantôme : un nerf blessé dans un contexte terrifiant introduit la causalgie, une moëlle luxée peut maintenant rendre possible la réaction sympathique. Tous ces états sont le fait d'une atteinte à l'intégrité du corps.

La réaction à la perte d'un être cher, réelle ou anticipée, devient une équivalence d'amputation : au lieu de l'un de ses membres, c'est d'un membre de sa famille dont l'enfant est amputé. Non seulement il est apte à le sentir bouger encore, mais des stimulations dans certaines parties de son corps déclenchent des douleurs parfois assez vives dans son membre amputé.

Le mot deuil dérive de *dolore*, signifiant douleur, et le deuil suit la perte, l'amputation de l'être cher. Et tout accroc à la mémoire du membre disparu va être ressenti douloureusement par celui ou celle qui porte le deuil. L'enfant qui a subi une amputation avant l'âge de six ans ne vit rien de tout cela.

À cette réaction du membre-fantôme, notre jeune en développement va rajouter à sa capacité de se comporter deux autres éléments qui vont consacrer à la petite puberté sa valence, son âge développemental spécifique.

L'adulte en développement aura beaucoup de misère à se départir de cette manière de réagir; même à la frontière du mourir, l'acteur et tous les autres autour vont rééditer cette démarche apprise au temps de leur petite puberté. Si cette démarche a été bien vécue, notre agonisant va accomplir son ultime développement et ce fait aura une retombée bénéfique pour son entourage. Dans le cas contraire, l'ultime développement ne sera pas atteint, l'entourage ne pourra en bénéficier et il ne restera qu'une angoisse existentielle non compensée.

Lors de cette transaction intérieure de la petite puberté, l'enfant profite de deux nouvelles acquisitions : l'olfaction maintenant à sa pleine maturité et une habilité nouvelle à camoufler aux autres ce qui est transigé intérieurement. Ce camouflage s'accomplit en inscrivant entre soi et les autres des «réactions de formation», sorte d'isolant, de cocon où l'individualisation va s'accomplir toute distincte de celle des autres, avec certes des succès très variables d'un individu à l'autre, selon les contextes.

Un jeune garçon qui a déjà perdu sa mère à cette période-là, qui a connu le passage au salon funéraire, à l'église, au cimetière, va avoir un vécu expérimental très différent des autres. La situation est la même pour la jeune fille qui perd son père, un frère, une sœur ou une petite amie.

Ajoutons enfin les réactions complexes de ceux et celles qui ont déjà eu à vivre des maladies graves

et qui ont survécu alors que les médecins les condamnaient. Quelle résonnance dans la tête de ces jeunes d'avoir été un corps qui a survécu à la mort et de devoir en plus accepter d'avoir et d'être un corps mortel. Les manières de réagir des plus jeunes face à ce défi demeurent exemplaires pour toutes les phases du développement humain. Toutes les possibilités de juguler l'angoisse existentielle sont là! Toutes les possibilités de dérailler face à cette angoisse sont également là!

Qu'on ait 7 ans ou 77 ans, penser au fait d'avoir et d'être un corps mortel qui va se décomposer un jour, il y a de quoi faire réagir tout être humain.

Et quand cette confrontation personnelle se fait pour la première fois, quel frisson face à ce pôle froid si générateur d'angoisse, de cauchemars qui vont hanter les nuits de notre jeune sans que tout cela, retenu par la cuirasse caractérielle, puisse être partagé avec d'autres.

e) Remparts contre l'angoisse de la mort chez le jeune enfant

Pour atténuer l'effet de ce pôle froid, l'enfant, l'adulte, voire l'agonisant vont se bâtir des remparts contre l'angoisse de la mort.

Ce premier rempart est fait d'une certitude, *la certitude d'avoir été aimé* à notre arrivée sur cette terre plus que les autres dans la famille et d'avoir la promesse d'être aimé pour toujours par nos parents d'abord, par cette compagne ou ce compagnon d'école, par cette fiancée ou ce fiancé; enfin, pour l'acteur en soins palliatifs, cette même certitude qu'une cuirasse caractérielle encore trop rigide empêche de vérifier auprès des siens et qu'un simple benévole, chemin faisant, viendra combler.

Ainsi, un pôle chaud, des pôles chauds se renouvellent tout au long de l'existence pour atténuer ce pôle froid de l'angoisse de la mort.

Se sentir aimé, quelle force! Mais ne jamais accéder à cette certitude, quel désarmement d'être suspendu entre deux abîmes au-dessus de gens qui ne nous disent rien, de choses sans nom, inaptes à déclencher en nous quelque émerveillement que ce soit.

Nantis d'une telle certitude, les jeunes découvrent d'autres remparts contre l'angoisse de la mort et parfont leur propre intégrité.

Avoir deux remparts amoureux, ce n'est pas tout à fait suffisant, il y a une acceptation à faire dès maintenant, *l'acceptation d'avoir et d'être son propre destin*.

Comment s'y prend l'enfant? Comme toujours, il va passer par la source de vie : «Maman, quand est-ce que tu vas avoir un autre bébé?» Ouf! toute une bombe dans un ciel qu'on voulait sans nuage. La mère est portée à prendre cette demande au pied de la lettre : l'enfant, pas. Il veut simplement laisser savoir à sa mère qu'il accepte maintenant qu'elle puisse être la mère d'un autre enfant (déjà né ou à naître) que lui. Il accepte que son père puisse être le père d'un autre que lui; il en est de même pour le frère, la sœur : ils acceptent qu'ils puissent être le frère ou la sœur d'un autre qu'eux. L'enfant signale qu'il acquiert la capacité fondamentale du partage. Adulte, il pourra accepter que son épouse puisse être la mère de leurs enfants et vice-versa.

S'il y a partage, cela ouvre autant la capacité de recevoir que de donner.

Mais l'angoisse de la mort, de l'inhumation est plus tenace que prévue. Que de phrases lancées dans notre langage intérieur : *«Ils ne m'auront pas, je vais me sauver, je vais me faire si gros que je ne passerai pas l'orifice du trou...»* «Le Seigneur va m'empêcher de mourir, il va faire un miracle pour moi!».

Que de choses encore à accepter, à partager : ainsi, accepter que le Seigneur puisse faire un miracle pour d'autres que moi; accepter que ce miracle du Seigneur pour moi, ce soit la capacité renouvelée tout au long de mon existence de redire «Que votre volonté soit faite» et non la mienne...

Ou bien, notre jeune va développer *le culte d'un héros*; il va tout simplement être ce héros vainqueur de la mort : un missionnaire des années trente, une Croix Victoria du temps de la guerre, un Davy Crockett des débuts de la télévision, l'homme bionique d'aujourd'hui. Les adultes, eux, vont se brancher sur des légendes mythiques pour bercer leurs illusions d'immortalité.

Que de rêves difficiles, que de cauchemars ont pris leurs racines dans cette période de la petite puberté; mais aussi que de dextérité à *«suspendre le temps»* s'est développée aussi entre 7 et 10 ans. Le jeune redécouvre la dimension du kino-tactile : l'effet sur lui et par lui sur l'autre de toucher, de

chatouiller, de ce nom écrit lentement dans le dos de l'autre et qui déclenche dans le corps récepteur une sensation paradoxale d'expansivité de tout le corps, corps qui cherche à englober la main qui touche, qui chatouille, qui écrit, réaction qui va culminer parfois dans une diaphorèse non moins paradoxale où le sujet se laisse aller et suspend le temps, ou se ressaisit, s'agrippe au temps.

L'individu qui ainsi suspend le temps renforce du même coup tous les remparts contre l'angoisse de la mort; celui qui s'agrippe au temps possède très souvent des remparts fragiles contre l'angoisse de la mort et en réagissant ainsi, il la relance.

Cette expérience du kino-tactile reflète les rôles possibles de la sexualité dans l'angoisse existentielle chez l'être humain. Savoir donner et recevoir rend possible l'unité du couple qui est espérance de vie, non de mort. S'agripper au recevoir (être aimé) et se refuser à donner (aimer) rend l'abandon, l'unité impossible : on vogue le dos tourné à l'avenir, ruminant sans cesse toutes les anxiétés du passé, cherchant sans cesse à se bâtir de faux remparts contre l'angoisse de la mort, soit : la honte, la culpabilité, l'anxiété, l'envie, la haine,... mais en vain, car avec ces faux remparts, il n'y a pas de place pour la créativité vraie, encore moins pour l'énergie-amour circulant librement en chacun et entre chacun. Dès lors, toute possibilité de s'émerveiller pour quoi que ce soit, pour qui que ce soit, devient fortement compromise.

Réaliser son intégrité dans un tel contexte demeure impensable car on a peine à être actuel, à être total dans ce qu'on fait.

f) Remparts contre l'angoisse de la mort chez les adultes

Dans leur conjonction existentielle avec leur jeune en «petite puberté», les parents vont recycler leur propre «petite puberté» vécue par eux il y a une vingtaine d'années. Le contenu de leur propre expérience à l'âge de 7-10 ans va être grandement éclairé par celui de leur enfant. Cela peut aider les parents à renforcer leurs propres pôles chauds compensatoires; certains, toutefois, peuvent glisser vers de nouveaux pôles chauds sous l'influence de leur contexte actuel. Mais leur travail le plus valable réside dans l'occasion de prendre conscience

des faux remparts entretenus depuis leur petite puberté et qui, somme toute, ne font que compliquer leur existence actuelle.

Quand on s'enlise jeune, il n'est pas toujours facile de rectifier tout cela, adulte. Mais tout de même, la conjonction existentielle peut faciliter les choses si le besoin de consulter survient. Très souvent l'adulte va laisser tomber ses héros de jeunesse pour les remplacer par des *héros mythiques* nourrissant ses illusions d'immortalité, ses rêves de tout avoir, de tout contrôler sans jamais partager, de tout pouvoir transformer quasi magiquement.

Et l'on devient un Prométhée qui cherche l'hégémonie en accumulant connaissance sur connaissance, pouvoir sur pouvoir sans jamais partager. Zeus le força tout de même à apprendre en le condamnant à être à jamais fixé à son rocher, permettant ainsi aux oiseaux du jour de se nourrir de ses entrailles et la nuit venue, il devait refaire ses entrailles pour les partager de nouveau avec d'autres, le lendemain.

D'autres cherchent sans cesse à s'enrichir : ils veulent comme le bon Roi Midas pouvoir tout transformer en or ce qu'ils vont toucher ; lorsque le Bon Roi toucha à sa nourriture, elle se transforma en or... à sa fille, elle se transforma également en or. Un corps sans manger dépérit, un cœur sans affection se flétrit. Et le bon Roi se ravisa vite, implorant le bon Dieu de lui retirer ce pouvoir et son Dieu le lui retira, car Midas était bon.

Et cette possibilité formidable de gagner le million à la Loto nous rappelle l'histoire de la pauvre femme du pêcheur : « cette nuit-là, dormant seule dans sa mansarde, au bord de la mer, son mari pêchant au large, rêva que ce dernier avait rapporté une prise miraculeuse lui permettant de transformer tout son univers à sa guise. Au moment même où elle devenait Reine, un violent orage souffla de la mer, éclatant sa mansarde, la pluie froide venant la déchoir de cette gloire éphémère.

Que d'adultes, s'étant fixés pour objectif de prendre leur retraite à 50 ans, après avoir trimé jours et nuits à cette fin et tout près du but, ne retrouvent plus leur épouse, un autre ayant consolé ses nuits ; ils ne connaissent plus leurs enfants et ceux-ci ne les reconnaissent pas non plus... Et bien souvent, une maladie sournoise est en train de jeter par terre ce géant des pensions prématurées.

Vivre sa conjonction existentielle ne veut pas dire faire « *Tabula rasa* » de toute sa jeunesse. Au contraire, il faut mener ce grand jeu avec nos jeunes en même temps qu'avec nous-mêmes, hier et aujourd'hui, non pas pour briser la continuité entre notre enfance, notre adolescence et notre situation adulte actuelle, mais pour mieux articuler cette continuité afin que notre intégrité puisse être plus valable, que ces remparts contre l'angoisse existentielle soient plus réalistes, plus adaptés.

g) Remparts contre l'angoisse de la mort chez les adolescents et jeunes adultes

Cette conjonction existentielle va se continuer avec nos jeunes devenus pré-adolescents, adolescents, jeunes adultes prenant des sentiers analogues aux nôtres dans notre temps avec les nuances culturelles du moment.

Oh ! Que nous aurions aimé être acteurs avec eux à leur quête de libération. Nous ne pouvons qu'être spectateurs à leurs efforts de tout vouloir couper, murés qu'ils sont dans un intellectualisme froid aux réparties sans merci.

Quitter un pôle chaud, ce n'est pas facile. Et pour nous, voir nos jeunes se préparer à sauter hors du nid familial, ça nous donne un coup de vieux.

Le jeune homme, la jeune fille cherchent à avoir et à être une présence dans leur monde, à avoir et être une fonction, mais tout cela n'est que contingences remplies d'achoppements imprévisibles, d'efforts nécessaires, voire même de nouvelles aliénations, le tout campé dans une dérive de leur petite puberté, ce sentiment difficilement acceptable : ce corps que j'ai, que je suis... ne durera pas.

Quand on intellectualise, on recherche son pôle chaud dans les hypothèses philosophiques existentielles, dans l'ésotérisme oriental et l'on finit par prendre conscience que ce n'est pas de son père, de sa mère, de son frère, de sa sœur que l'on doit se libérer, mais bien de soi-même : et c'est ce qui doit nous amener à valoriser l'autre avant de se valoriser en premier lieu.

h) Les parents

Les parents dans tout cela, à jouer le rôle de spectateurs, risquent de s'y faire prendre. Qui n'a

pas eu dans son adolescence à subir certains accrocs à sa liberté? Alors, pourquoi ne pas se reprendre aujourd'hui et passer outre aux défenses de nos parents d'alors?

Mais mon mari n'est pas mon père, ma femme n'est pas ma mère. Comme parent, on a aussi à se libérer de soi-même et, qui plus est, on a à réinventer le couple initial, avant que ne viennent les enfants, car bientôt ce sera le nid vide, période où la femme aborde sa ménopause, où développement et vieillissement se confondent.

C'est la période où certains parents fêtent les anniversaires de décès d'un de leurs proches, leurs deux parents, un frère ou une sœur. Ils sont devenus maintenant tête de lignée. Les parents qui ont encore leurs propres parents sont tirillés entre deux fossés de génération dont l'un, l'ascendant, porte en lui une inquiétude double : l'inquiétude de la perte d'autonomie des plus âgés et l'inquiétude de leur décès... Et après eux... ce sera notre tour...

Le fossé dans la descendance, c'est le nid vide, c'est le «no baby land», c'est l'arrêt dans la continuité, c'est l'impression pour les parents d'un vide qui rend leur propre vieillissement plus apparent, avec ce sentiment accablant d'avoir peu fait dans leur vie, à date. Dans ce nid vide, toute une série de «petites morts» viennent confirmer que le développement va se faire dans la descente : les parents en tant que fusées porteuses seront largués bientôt et le processus de rentrée dans l'atmosphère, de tellurisation éventuelle est maintenant prévisible.

Une co-orbitation inerte va se poursuivre un certain temps. Cette co-orbitation sera réactivée quand leur enfant deviendra fusée porteuse d'un nouveau descendant, fille ou garçon. Cette descendance injecte une énergie nouvelle aux anciens parents : ils deviennent grands-parents et dans leur conjonction existentielle, celui ou celle qu'ils vont revoir dans leur rétroviseur, c'est leur enfant jeune, maintenant devenu fusée porteuse. Ce n'est plus l'enfance des grands-parents qui va revenir en miroir.

Et dans ce nouveau développement-vieillessement, que de choses vont-ils avoir à accepter?

— Accepter d'avoir l'âge qu'ils ont et qu'ils sont;

- Accepter de n'être qu'un parmi les quatre grands-parents possibles, de partager avec d'autres cette descendance dérivant de la fusion de deux lignées;
- Accepter parfois d'être un parmi huit grands-parents possibles comme dans notre nouvelle famille étendue complexe;
- Accepter qu'un style nouveau d'éducation entoure le développement du nouvel enfant.

Tant et aussi longtemps que les grands-parents se sentent *utiles envers leur descendance*, cet état de fait constitue leur rempart contre l'angoisse de la mort, ils suspendent le temps. Et quand la descendance n'a plus besoin des bons offices des grands-parents, c'est le nid vide qui revient, c'est la dépression existentielle qui les menace.

Pour s'en sortir, on leur offre l'âge d'or, où l'or qu'on épuise le plus, c'est le temps même, sans orienter la personne âgée vers un nouveau sentiment d'être utile...

Ah! si à 70, 75 ans, on pouvait ressortir des boules à mites ce sens de la corvée qui nous honorerait hier; si l'on pouvait en faire un système d'entraide simple, dynamique pour nos voisins d'infortune qui sont seuls dans la vie, rongés par l'angoisse existentielle et incapables, tout engourdis qu'ils sont, de toute créativité; et si l'on pouvait suspendre le temps pour mieux contenir cette angoisse, cette échéance assurée...

En agissant ainsi, les gens âgés vont ériger leur dernier rempart contre l'angoisse de la mort, ils vont accéder à *la sagesse* qui est en somme cet ultime développement, qui est également partagé par ceux et celles qui vont vivre leur terminalité : sans acceptation, il n'y a pas de place, tout près de la frontière, pour cette paix intérieure, cette sagesse qui permettent l'ultime développement.

Vivre en ce monde, pour les très âgés, c'est devenir démunis de tous ces supports de réflexion, d'hallucination, ces supports qui, somme toute, représentaient les valeurs qui les pressaient d'agir; ils sont atténués, sinon disparus. Sans récriminer contre qui que ce soit, contre quoi que ce soit, ils répètent volontiers qu'ils veulent s'en aller chez eux, c'est-à-dire dans ce lot de famille, au cimetière : leurs papiers sont faits, leur démarche est déjà complétée.

MON EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE AUPRÈS DES AGONISANTS

a) L'hypothèse : l'empiètement des cauchemars sur le jour

Pour suspendre le temps, le plus jeune apprend à privilégier le tonus valable qui permet de réaliser l'expansivité du corps. Chez l'humain très âgé, chez l'individu en terminalité, la suspension du temps se fait par un retour au cerveau bicaméral : la dominance gauche s'estompe pour redonner au cerveau droit une importance nouvelle, importance qu'il a déjà eu dans le processus très lointain d'hominisation.

Ainsi, nos sujets sont d'un calme surprenant qui tient quasiment de la transe ; leurs communications ne sont plus digitales mais surtout métaphoriques, analogiques, d'où leur forme archaïque de langage, ce parler en miroir si caractéristique d'Hamourabi ou des héros homériques et qu'on retrouve au début de la vie de chacun.

Dans cette suspension du temps, l'agonisant va présenter un état d'esprit et d'agir qui s'apparente à ce que vivent ceux qui ont des états de conscience altérés par des médicaments ou par des états physiologiques ou para-physiologiques de crise : par exemple, la femme en train d'accoucher ou de subir une césarienne, ou tout sujet qui doit subir une opération d'urgence non prévue.

L'individu en terminalité qui a réussi à suspendre le temps, peut se relier à son environnement d'une façon toute autre : il ne spéculer plus sur ce qui l'entoure, ne se pose plus de question sur ce qu'il voit, entend, ressent, mais ne forme qu'un avec ce qui l'entoure, voit, entend, ressent.

Sa cuirasse caractérielle si savamment agencée pour camoufler ses spéculations existentielles aux siens cède de plus en plus avec l'avènement de l'état bicaméral.

Et ces cauchemars, sortes de résidus terrifiants dérivant des spéculations de la petite puberté et réédités tout au long du développement selon les contextes vécus, vont pour la première fois peut-être, par suite de l'affaiblissement de la cuirasse, empiéter sur leur jour.

Ce phénomène d'empiètement devient quasiment un commun dénominateur pour la personne très âgée, la personne en terminalité, la personne primitive.

Présumant l'impact des cauchemars nocturnes sur le jour de ces sujets, j'ai d'abord vérifié l'exactitude de mon hypothèse. J'ai ensuite cherché à savoir comment utiliser ce phénomène, c'est-à-dire comment avoir une coulée de ces cauchemars sans inondation de leur jour ou, devant le phénomène d'empiètement, j'ai cherché à m'assurer que c'est bien l'effet du cauchemar vécu qui est en cause.

En pénétrant ces thèmes, j'avais nettement l'impression de pénétrer un domaine fermé sur lui-même depuis longtemps car, il ne faut pas l'oublier, toutes les transactions sur le pôle froid de la petite puberté étaient habilement camouflées par des réactions de formation destinées à cacher aux observateurs les réactions intérieures insolites du jeune.

Le patient en terminalité réagit de même, sauf qu'il se sent dépassé par les événements qui se précipitent : il ne connaît pas la route sur laquelle il est poussé malgré lui ; il a besoin d'aide.

Si le rapport créé avec elle ou lui est bon, ils acceptent de confier ces cauchemars dès qu'ils hantent leurs nuits, empêchant du même coup une certaine sommation des cauchemars. Lorsque la sommation se produit, les cauchemars se traduisent par du terrifiant susceptible d'éclater l'intégrité de l'individu, d'éclater la cuirasse et de faire que la nuit et le jour soient vécus sous le signe de la terreur, terreur d'être amputé d'un membre, d'être amputé pour l'être, de cet avoir un corps, de cet avoir une présence au monde, de cet avoir une fonction dans ce monde, de cet avoir des pôles chauds, ciselés par l'énergie-amour...

Certes, la disjonction de l'avoir et de l'être va venir pour eux comme pour tous. Mais quand elle s'opère dans l'acceptation, quelles différences.

b) Fabrication de l'histoire

Jusqu'à date, le conseil du Dr. R. Amyot à propos des livres de Gesell s'est révélé judicieux. Depuis 1970, d'autres ont travaillé dans la perspective développementale, des psychiatres, des psychologues, des psychosociologues, etc. ; les phases du développement adulte sont maintenant bien établies, mais la nuance qu'y apporte la conjonction existentielle n'y est pas présente.

En ce qui a trait, en particulier, au développement de la personne âgée, les esquisses sont fort

malingres, on a la «trouille», le spectre de la terminalité engourdit les auteurs.

Les études de Gesell traitent du «jeune enfant et de l'enfant dans la culture d'aujourd'hui» : on y voit tout l'impact de l'environnement, du milieu sur l'individu, l'interaction biologie-culture qui va moduler également le développement humain.

Dans ces trente dernières années de pratique médicale, j'ai assisté à la fabrication de l'histoire. La réaction face à la maladie, face au mourir a changé du tout au tout. Le patient, de révérencieux est devenu de plus en plus irrévérencieux, impatient d'être malade, de subir la souffrance, de sacrifier du temps, de l'argent pour tout cela.

Aujourd'hui, ce patient d'hier est devenu un bénéficiaire consommateur averti, beaucoup plus instruit, informé de ses droits, plus avisé des moyens techniques d'investigation : il consulte non plus en donnant ses symptômes, mais bien pour demander d'emblée d'avoir une échographie etc. Hiroshima déploie encore son spectre d'horreur où se sont conjugués instantanément libération et horreur.

L'homme tenaillé par la dualité accompagnant cette libération de l'énergie de l'atome, et la possibilité d'une continuité sans fin ou le spectre saisissant d'un anéantissement instantané, allait devenir l'homme en situation, l'homme conjuguant essentiellement au présent, coupé de l'hier et du demain.

Toutes les autres découvertes sont venues renforcer cette libération de l'humain en situation : la T.V., la pilule anticonceptionnelle, les fusées, etc. Mais cet homme libéré, cet homme du temps présent, cet homme en situation doit se débattre plus qu'hier devant l'absurdité de la mort, de la solitude, de la liberté, etc. La mort apprivoisée fut une constante entre le cinquième et le dix-septième siècle ; elle prit près de cent ans pour devenir la mort «ensauvagée», la mort déniée sur le continent européen ; chez nous, ce saut s'est fait en moins de dix ans. On a connu entre 1955 et 1965 une accélération du phénomène d'urbanisation et, par conséquent, un séisme démographique est venu ébranler dans les années 65 la famille, les groupes religieux, etc.

Je me souviens des changements radicaux qui se sont produits à cette époque dans la manière de nous recevoir dans une visite à domicile. Un

jour, j'arrivai à domicile au chevet d'un enfant très malade en même temps que le réparateur de la télévision : l'empressement de la dame pour ce dernier fut manifeste, le salon était en ordre, mais non seulement la chambre de l'enfant laissait à désirer, l'enfant lui-même était malpropre... Ce contraste flagrant me frappa et je demandai à la mère : «La maladie de votre enfant, ça vient de commencer?»

«Oh non, non, ça doit faire une dizaine de jours!»... dit-elle.

«Et c'est la première fois qu'un médecin le voit?»

«Oui.»

«Et votre T.V., elle est défectueuse depuis longtemps?»

«Ne m'en parlez pas, hier soir, juste au beau milieu de mon programme favori, elle a manqué... et j'ai remué ciel et terre pour avoir le réparateur, et je l'ai eu!»

Moins de 24 heures pour la télé défectueuse ! Plus de dix jours à se décider à faire venir le médecin pour aider un enfant rendu à la complication pneumonique !

Ce cas se situe sur la ligne de démarcation entre cet hier et ce demain, quelque part entre 1955 et 1965. Dans cet hier, le capital humain passait avant les machines, le malade, l'agonisant avant les «bien portants» et bien souvent tout le monde était d'entraide pour cet agonisant.

Et ce demain a vu la primauté du «moi» supplanter les besoins de l'autre. Dans un tel contexte, l'agonisant devenait esseulé, la parenté ne sachant plus trop quoi faire avec lui et, surtout, souhaitant de ne pas être là au moment critique.

Et cette mentalité s'est développée dans les années 70 avec les vacances dans le sud prévues des mois à l'avance, les réservations d'avion, d'hôtel, etc.

«Écoutez Docteur, mon ami avait un chien très malade, il l'a amené chez le vétérinaire et ce dernier, constatant l'état irréversible de la maladie du chien, lui a fait une injection, et le chien s'est éteint en douce... Vous savez, mon père... on a des réservations pour Miami, dans quinze jours, alors... si...?». Un père, une mère à l'esprit émoussé, en agonie lente, oh ! que ça dérange, oh ! que cela est absurde : il faut absolument que ça finisse vite. Et quand le passage de la frontière du mourir n'est plus objet de réflexion, quand le glas qui tinte

n'impressionne plus personne, toute distinction entre le chien et l'humain s'estompe.

Ces cas, tout en étant le fait d'avant-gardistes, ne sont pas majoritaires certes, mais les comportements des avant-gardistes très souvent propulsent les changements qui vont bousculer la tradition...

c) Mon entrée à Notre-Dame de la Merci en 1968

Je n'avais jamais pensé œuvrer dans ce centre hospitalier. Mais un beau jour, un coup de téléphone et trois jours pour méditer sur l'acceptation d'un poste régulier... J'acceptai et ainsi j'ai pu compléter mon cheminement en développement humain, en terminalité.

Hier, je travaillais solo, passant du naître au mourir, toujours seul pour accomplir toute une série de démarches, de définitions de rôle; maintenant, les tâches vont être partagées avec d'autres intervenants, dans différentes formes d'alliances.

Dans ce centre, l'agonisant est un bénéficiaire à part entière : le mourir fait partie de la vie, il est vie parmi la vie, il est entraide parmi l'entraide.

C'est avec cette approche que sont accueillis encore aujourd'hui, le pauvre et le riche, le démuné et le très instruit, le veuf et la veuve, le parent d'une famille unie ou désunie. On prend le temps de s'asseoir avec tous ces gens et graduellement, ils deviennent partie de notre grande famille qui leur permet de *vivre avec une intensité insoupçonnée leur ultime développement* en l'abordant au jour le jour.

d) Coup de clairon dans la nuit

Un bon matin, entrant dans la chambre d'un de mes agonisants, sa façon de m'accueillir m'a amené à préciser davantage mon approche de la terminalité. Il me dit : «Que je suis content de vous voir, docteur!» tout rempli d'angoisse.

«Cette nuit, j'ai fait tout un cauchemar... Imaginez, quatre hommes tout de noir vêtus sont entrés dans ma chambre; en les voyant, j'ai eu peur, je voulais appeler la police, mais ils étaient gentils par ailleurs... ils ont planté un poteau de fer aux quatre coins de mon corps... J'étais inquiet, intrigué, je voulais les en empêcher, mais ils étaient gentils par ailleurs... Par la suite, ils ont essayé de passer de grandes lanières de coton sous mon corps,

je me refusais, je me débattais tout rempli d'angoisse... et je me suis réveillé tout essoufflé, tout trempé...»

Ce patient était un notaire âgé de 80 ans. Il s'exprimait très bien dans sa terreur. C'était la première fois de sa vie qu'un cauchemar empiétait de la sorte sur son jour. Mais ce n'était pas la première fois qu'il rêvait ainsi; avant ce jour, il n'en avait jamais parlé à qui que ce soit. Mais ce matin-là, la coulée était vive, il en était encore tout terrorisé, il tirait fort sur ces lanières de coton sous son corps mais n'en retirait que ses draps; il repoussait les poteaux de fer plantés aux quatre coins de son corps, ces poteaux se révélant n'être que les montants de son lit; il recherchait en vain ces quatre hommes en noir, le jour les ayant remplacés par des humains en blanc.

Sa coulée terminée, oh! qu'il en fut soulagé, ses mains cherchant la chaleur de nos mains. À vrai dire, ce vieillard livrait un vieux thème venant tout droit de sa petite puberté, l'horreur à l'idée d'être déposé en terre encore vivant, horreur qui a nourri beaucoup de cauchemars que le notaire a toujours réussi à retenir dans ses nuits. Mais là, la cuirasse a cédé et tout a paru au grand jour : ce qui était intériorisé est devenu social, partagé; les trois derniers jours de ce bon notaire furent d'un calme, d'une sérénité exemplaires et il passa la frontière en douce.

e) Que de questions ont surgi!

Devant cette coulée de terreur, je me posai plusieurs questions. D'abord, que serait-il arrivé si l'infirmière, constatant cette agitation particulière, ces efforts d'atteindre son dos sans relâche, en m'avisant m'avait donné l'impression d'un patient souffrant : dès lors, en attendant que je le voie, j'aurais probablement demandé de rapprocher l'heure de l'analgésique, d'y ajouter un neuroleptique... Ce patient étant atteint d'un cancer, tout cela devenait plausible. Avec plus d'analgésiques, que serait devenue sa coulée de terreur? Certes, embrouillé par cette addition thérapeutique, ce cauchemar serait passé inaperçu et tous, autour de ce patient, auraient béatement appelé sa mort pour qu'il puisse être enfin soulagé...

Chez l'agonisant, toute manifestation a valeur de communication concrète ou métaphorique et

nous devons prendre le temps de la décoder. Et pour ce faire, nous devons :

- situer notre sujet dans le cycle des âges : un patient de 80 ans ne communique pas comme un âgé de 30 ans : les temps historiques sont différents
- connaître sa conjonction existentielle
- connaître l'âge qu'il, qu'elle avait quand le décès d'un ou d'une des siens est survenu. L'âge des parents, des frères, des sœurs à leur décès, permet de prévoir la *compétence physiologique* de nos patients : en terminalité, ces critères ne sont d'aucune valeur. Des patients en terminalité qui ont perdu leur parent à moins de 10 ans risquent de vivre leur terminalité d'une façon imprévisible
- savoir si nos patients ont été victimes en bas de 15 ans de maladies graves ayant fait d'eux des condamnés par les médecins
- savoir s'ils ont appris à suspendre le temps dès la petite puberté ou beaucoup plus tard : ici, c'est toute l'approche thérapeutique du toucher qui sera possible ou impossible
- savoir si l'acteur qui est maintenant en situation l'a déjà été dans sa vie ? ou n'a-t-il connu que le rôle de spectateur ?
- se demander si cette voie de la terminalité est la même pour l'homme et la femme. Chaque sexe a sa manière de vivre sa terminalité. Pour l'homme, sa terreur est dans ce qu'il anticipe. Pour la femme, surtout celle qui a déjà accouché, qui a déjà connu cette amputation de son nouveau-né, c'est l'évolution des descendants qui va conditionner sa terreur douce ou amère
- prendre en considération la maladie qui contribue à emporter notre sujet. L'agonisant en situation se retrouve en plein pôle froid et, comme l'enfant qu'il a été, il va rechercher parmi les intervenants spectateurs un pôle chaud.

Pour être aptes à devenir pôle chaud pour l'agonisant, il nous faut être capables de laisser à la porte de la chambre notre professionnalisme stéréotypé, notre technicité froide. Nous nous devons de bien connaître notre calendrier qui est fait de mois anniversaires heureux ou malheureux, c'est-à-dire des mois pôle chaud ou pôle froid. Si nous sommes dans un mois pôle froid récent, il va devenir pour nous difficile d'être pôle chaud

pour l'agonisant, notre professionnalisme risque de rentrer avec nous dans la chambre et nous ne pourrions devenir chaleur humaine qui réchauffe, notre toucher sera glaçant. L'intervenant spectateur au bon calendrier pourra avoir une présence très valable pour l'agonisant ; il pourra l'aider à recouvrer une certaine intégrité où l'énergie-amour pourra de nouveau circuler pour procurer à notre agonisant rendu à la frontière du mourir paix et sérénité. Quelle image-définition du mourir qui va demeurer réconfort pour ces intervenants spectateurs et qui, somme toute, va les aider à apprivoiser pour eux, pour elles, ce fait d'avoir et d'être un corps mortel et décomposable ! Dans le cas où aucun pôle chaud n'est disponible, aucune suspension du temps n'est possible pour notre agonisant ; très souvent, c'est la terreur qui va passer la frontière, laissant ainsi une image-définition du mourir non moins terrible, sans valeur aucune pour atténuer l'angoisse existentielle.

f) Dire la vérité ou connaître sa vérité

«Avoir 55 ans et devoir partir... Non, c'est pas possible. J'avais réussi à triompher de mon alcoolisme et, avec mes pontages, pour la première fois depuis longtemps, j'avais l'impression de goûter pleinement la vie... Mais un bon jour, un RX de routine, une mauvaise nouvelle» : «Il y a quelque chose de pas correct sur votre poumon, il va falloir entrer à l'hôpital pour investiguer cela.» Réponse : «Vous avez un cancer avancé du poumon, difficilement opérable. Vous allez subir de la radiothérapie pour essayer de retarder la progression de cette lésion.» «Vos réactions à cette annonce?» «Mauvaises» «Vos nuits?» «J'ai fait un tas de mauvais rêves, il y en a un cependant qui revenait souvent : dans mon cauchemar, je tuais mes médecins qui m'avaient permis d'accéder au bien-être connu pour tomber dans du pire...» «Et quand on vous a dit, maintenant pour vous, c'est la Merci ! Comment avez-vous perçu cela?» Un grand éclat de rire fut la première réponse. Mais, après avoir répété la même question en appuyant sur certains mots, il pencha la tête, la voix abattue : «Et bien, je me suis dit, ça va être ton dernier hôpital!» et j'ajoutai : «Avez-vous partagé cela avec nos traitants, avec quelqu'un?» «Ah que non». C'était pas un partageux, mais tout de même il partagea par la

suite au moins un cauchemar qui ne cessait de revenir : il rêvait qu'il se sauvait la nuit pour aller se faire traiter ailleurs et il avait la trouille de se faire prendre en revenant à l'hôpital car on était bon, très bon pour lui et pour ses enfants qui avaient les pieds dans les plats plus souvent qu'à leur tour.

Je me suis souvent demandé, au cours de ma pratique, s'il ne valait pas mieux bien connaître la vérité de leur maladie, dans son début, son évolution, ses crises, avant d'imposer notre vérité?

Et ceci se fait en questionnant leur perception de tout cela, en sondant leurs cauchemars pour qu'ils puissent les laisser couler simplement, volontairement sur leur jour. Dans mon service, on n'accepte un nouveau cas de terminalité qu'à la condition que le patient accepte d'avertir l'hospitalier chaque matin si un cauchemar a hanté sa nuit, lui expliquant bien la raison d'une telle démarche. Je n'ai pas eu à me reprocher d'avoir agi ainsi et la plupart de mes cas de terminalité ont pu réaliser leur ultime développement pleinement conscientisés qu'ils, qu'elles étaient, qu'ils, qu'elles n'avaient que 24 heures par jour à vivre, pas plus, pas moins. La plupart des agonisants sentent la fin proche et le mentionnent tout simplement, bien conscients que le chemin parcouru à date dépasse en qualité tout ce qu'ils anticipaient. Un individu soulagé de ses cauchemars est beaucoup moins souffrant qu'un autre qui se refuse à les partager : la terreur prisonnière de la nuit rend toute douleur exacerbée.

g) Un jeune médecin que sa jeune patiente déprime

Micheline, une jeune femme de 29 ans, atteinte d'un cancer du sein déjà métastasié dans ses os, répétait sans cesse à son jeune médecin qu'elle ne voulait pas mourir. Pour la reconforter, il lui répondait que s'il avait cinq patientes comme elle, il plongerait dans la dépression... Et Micheline... devint ma patiente : son entrée dans mon bureau fut très particulière, elle y pénétra à quatre pattes tellement elle était souffrante d'une fracture pathologique de L4.

Hospitalisée, en plus d'être souffrante, elle était très angoissée, crispée, raide comme une barre dans son lit d'hôpital. Ses nuits étaient

hantées par les mêmes cauchemars, des scènes de salon funéraire où elle revoyait des hommes y étant exposés, des hommes qu'elle avait déjà connus, jamais des femmes, jamais elle...! Et la phrase clé revenait : «Docteur, je veux pas mourir, je veux pas...»

Plus elle répétait cela, plus elle était crispée, plus elle avait la posture de l'exposée dans son cercueil. Alors, je lui demandai : «Micheline, as-tu déjà vu un mort gambader, rire, chanter?» «Ah... non...» «Alors, pourquoi ne pas désenraidir ton corps et semer, dès le jour, dans ton cerveau l'image bien vivante d'une Micheline qui a déjà gambadé sans se poser de question? Ce faisant, la médication qu'on va te donner va avoir plus de chance d'atteindre les lésions osseuses et de bloquer le processus pathologique». Micheline accepte de suivre le système d'imagerie mentale sous relaxation, système que je composai pour elle. Les métastases disparurent et elle eut son congé de l'hôpital, circulant librement. Elle bénéficia d'une rémission d'un an et elle revint à l'hôpital pour des métastases multiples, osseuses, pleurales, etc.

Elle ne répétait plus ce «Docteur, j'ai peur». Elle avait apprivoisé sa peur, elle savait que son garçon de cinq ans allait être en sécurité. Elle était maintenant résignée... et dans ses dernières nuits, c'est elle qui était exposée avec les vêtements de son choix (c'est un caprice bien féminin de la terminalité).

À entendre raconter ces cauchemars, à voir réagir ces malades qui s'agrippent à nous, comment le médecin doit-il s'y prendre pour ne pas «perdre les pédales»?

Certes, on lui a répété à moult reprises de réviser son approche, de reconsidérer ses notions personnelles sur le mourir...

Comme je l'ai mentionné plus haut à propos des intervenants spectateurs de l'agonisant, il faut qu'il fasse son propre calendrier pour connaître ses mois chauds, ses mois froids, qu'il révise ses manières de réagir aux deuils vécus dans sa famille, somme toute, qu'il reprenne dans sa conjonction existentielle ce qui a été mal fait, qu'il émonde ses faux remparts contre l'angoisse de la mort.

Il lui faut être conscient que tout cela a existé et existe encore. Se comprenant mieux, il pourra mieux comprendre ses clients qui ne sont pas seulement maladies, mais aussi, sujets pensants,

aptes à injecter des sens nouveaux à leurs symptômes qui vont devenir autant de systèmes nouveaux de communication.

Chez l'agonisant, les frontières entre le biologique, le psychologique, le social, s'amenuisent de plus en plus : une seule frontière subsiste, c'est celle du mourir. Le boulot qu'a à accomplir le médecin n'est pas toujours facile. Quand on a devant soi un sujet jeune, encore florissant mais dont le pronostic est très réservé, il nous est difficile d'imaginer qu'il puisse un jour commencer à dépérir, à passer à la terminalité. Et quand il commence à dépérir, qu'ils sont lourds ses cauchemars à entendre, à partager ; et si on l'encourage à les faire couler chaque matin, pour éviter leur sommation, cela peut vouloir dire qu'on aura à les porter pour lui, à porter son deuil. Et une phrase comme celle que Micheline répétait sans cesse risque d'ébranler tout médecin qui n'est pas préparé à y faire face. Mais peut-on s'y préparer ? La prise de conscience de mes réactions face à ma propre terminalité, est-ce suffisant ?

Un vieil axiome dit : l'angoisse et le calme sont contagieux. Si l'on s'exerce à être de plus en plus calme, on peut réussir à atténuer l'angoisse chez notre patient, pourvu que ces exercices soient continus. Un jour, dans les années 60, alors que je travaillais à structurer une technique de désensibilisation psychique, j'ai eu à traiter un religieux qui vivait l'ascèse de Liberman. Dans les exercices commandés par cet ascète, il y avait une technique rapprochée de désensibilisation contre l'angoisse de la mort.

Il se visualisait au cours d'un rituel, lui étant mort, et ce, pour quelques secondes. Et le religieux d'ajouter : cet exercice me permet d'accéder à un calme profond, libéré de toutes ces peurs existentielles éphémères. Alors, mon calendrier était vierge de pertes récentes d'êtres chers. J'appliquai la technique pour moi-même, cela m'aida beaucoup, car en pratiquant cela, toutes les troubles accumulées, tous les faux remparts se montrent le nez : cela permet de les cerner et de les laisser couler. Et en appliquant la technique aux êtres chers, cela me permit de désencombrer mon anticipation d'une perte possible de toutes les inquiétudes multiples qui s'y rattachent toujours. Et j'appliquai la même technique pour mes patients

rendus à la phase de préterminalité. Ceci m'aida et m'aide encore aujourd'hui :

- à atteindre une accessibilité émotionnelle vraie ;
- à développer une flexibilité de définition de rôle ;
- à accéder à une spontanéité dans la communication avec le mourant, capter son message autant avec ma peau qu'avec mes oreilles.

Cette technique, à en parler, ça fait frémir, à la vivre, que ça soulage !

h) La dernière visite

Il y a des cas qui vont demeurer vivants dans notre mémoire, aussi longtemps que notre mémoire va fonctionner. Ainsi ce jeune homme, je devrais dire toute cette famille qui, après avoir livré pendant plus de huit ans, des combats acharnés sur des frontières multiples, ses ganglions avec la polychimiothérapie, ses tissus lésés par une panradiothérapie, la frontière ultime revenant dans ses nuits où l'élément terrifiant était dissimulé dans des fêtes... le nom d'un salon funéraire sur néon qui s'allume, s'éteint, etc., un cheminement vers l'église pour ses funérailles, mais, au lieu d'entrer à l'église, on descend au sous-sol où se déroule une fête et notre patient d'y participer, tout son attirail demeurant là ! Pendant toute cette évolution, on peut dire que lui et sa femme, tellement ils étaient liés l'un à l'autre, eurent des rémissions, des rechutes, des complications qui furent autant de défis à relever ; ils furent confrontés avec les principales conjonctions existentielles : celle du 30 mois, du cinq ans et de la petite puberté. Tous deux profitèrent de ces conjonctions existentielles et leurs deux enfants également.

Lors de sa dernière visite au bureau, il était ébranlé, ce n'était pas un cauchemar qui l'avait atterré, non, il ne rêvait plus ; mais une mauvaise nouvelle était venue l'abattre. Il apprenait récemment qu'il ne comptait plus parmi le personnel de sa compagnie où il avait toujours été des plus actifs : c'était la pension... Ce sentiment prématuré d'être laissé pour compte... d'être inutile. Et dans ce sillage, étant en novembre, de connivence avec sa femme, il acheta les cadeaux des enfants et établit une prévision financière pour le cadeau de sa femme.

Tout cela l'ébranlait et il me demanda de lui refaire une séance de relaxation car, me dit-il, je

sens que ça fourmille partout en moi. Pour ma part, je pressentais bien que cette séance de relaxation allait être l'ultime avant la frontière, tout de son regard, tout de sa peau, de son ossature, tout de ses nuits océaniques me le disait. J'ai pris comme thématique de son visionnement concentratif une scène qu'il chérissait énormément, la scène où, lui et son épouse, sont tout attentifs au poisson qui va venir au bout de la ligne. Quel moment exceptionnel pour y glisser des suggestions de paix, de force, d'amour...

Avant de partir de mon bureau, il me donna la main, tout détendu, il me remercia pour tout ce que j'avais fait pour lui, pour les siens et, dans sa manière toute à lui, il me dit cette phrase énigmatique : « Je pense bien que je vais être capable... » Il n'avait pas besoin de me faire des dessins, il se sentait maintenant capable de passer la frontière. Son état empira et, dix jours plus tard, il passa la frontière, rayonnant la paix, la force et ceux qui l'assistèrent enregistrèrent une image-définition du mourir assez extraordinaire.

EN CONCLUSION

Trente années de pratique à observer comment naissent, se développent, comment meurent les humains, m'ont amené à résumer dans une phrase « Quand la nuit empiète sur le jour », les répercussions du drame existentiel qui tout à coup devient visible jusqu'au moment de la terminalité, alors qu'il demeurerait auparavant inaperçu.

Ce développement humain a été central dans ma pratique, qu'il s'agisse de croissance, de structuration psychologique, de maturation du comportement, d'épanouissement sexuel, qu'il s'agisse de vieillissement, ce frère jumeau du développement, si bien esquissé par Tolstoï dans *La mort d'Yvan Illitch*, en 1885, et si bien traduit aujourd'hui en termes modernes par E. Kübler-Ross.

Ce conseil du Docteur Amyot a été très judicieux : il m'a permis de décoder en terme d'âge de développement les symptômes présentés par mes patients et mes patientes. Et j'ai appris à utiliser la conjonction existentielle pour les aider à se comprendre davantage et à mieux saisir leurs enfants.

Ayant eu à travailler avec des groupes de parents, j'ai établi une psychologie de sens com-

mun avec des mots simples, saisissants : pôle froid versus pôle chaud, acteur versus spectateur, suspension du temps-abandon versus suspension du temps-réagrippement au temps, etc.

J'ai suivi le cheminement des jeunes de la petite puberté qui cherchent à en arriver à une acceptation ou un refus de ce fait d'avoir et d'être un corps mortel décomposable. Nous en avons suivi le retentissement sous forme de cauchemars camouflés aux autres et qui, aux abords de la terminalité, viennent terroriser les jours des agonisants.

Que se passe-t-il pour que la cuirasse caractéristique devienne poreuse et laisse déborder la terreur? On parle de défaillance dans le processus physiologique. On parle aussi d'une surproduction d'endorphines chez ces sujets, comme chez la femme enceinte en instance d'accoucher ou d'avoir une césarienne.

Ces endorphines créaient un véritable syndrome limbique où les comportements de base de l'individu seraient complètement altérés. Peut-on appliquer la même explication pour les très âgés, les primitifs ou les humains dans leur processus d'homínisation chez qui l'asymétrie cérébrale n'existait pas encore? Quelles fonctions avaient les endorphines dans le processus d'homínisation? La question reste ouverte.

NOTES

1. Ces mots ne sont pas pris au sens anthropologique de Bateson où le comportement serait réponse à un autre comportement dans l'actuel : l'état du « Spectatorship » vis-à-vis de l'état d'« exhibitionism ».

L'acteur, c'est l'individu en action dans un rôle bien précis impliquant un couple adulte-enfant (de 5 ans par exemple) (le père et sa fille ou la mère et son fils), un couple et non une famille.

Le spectateur c'est l'autre non inclus dans ce néo-couple qui se revoit dans un couple identique qu'il a déjà vécu jeune, heureux ou malheureux : le père retourne ainsi à l'âge de son petit garçon, la mère à l'âge de sa petite fille.

Si tout s'est bien déroulé à ce moment-là, l'exclu du nouveau couple va être compréhensif; dans le cas contraire, il devient intransigeant, mettant en péril non seulement le néo-couple formé mais également toute la famille existante.

C'est dans un tel contexte que notre enfant qui s'inscrit dans ce nouveau couple en tant que petit mari-enfant de sa femme-maman devient le miroir dans lequel il va se revoir.

Même situation pour la mère vis-à-vis de sa fille devenue la petite femme-enfant de son mari-papa.

2. Le «Feedback» donné par la conjonction existentielle est souvent saisissant, bouleversant et beaucoup de clients ne veulent rien savoir de leur passé malheureux ; ils restent tout de même très fidèles aux manières apprises pour faire face aux frustrations.

RÉFÉRENCES

- GESELL, A., ILG, F.L., BATES-AMES, L., 1973, *L'enfant de 10 à 16 ans*, P.U.F., Paris.
- GESELL, A., ILG, F.L., 1975, *L'enfant de 5 à 10 ans*, P.U.F., Paris.
- GESELL, A., ILG, F.L., 1980, *Le jeune enfant dans la civilisation moderne*, P.U.F., Paris.

SUMMARY

In this article I describe the theoretical bases and the elements of my professional experience which led me to develop an approach which aims at helping the terminally-ill to attain their ultimate development. My central hypothesis is that patients experience, during the termi-

nal phase, the repercussions of the existential drama which become visible while beforehand they had been concealed behind the character armour. This drama consists in the acceptance or the refusal of the fact of having and of being a decomposable mortal body. In the first section, I refer to the work of Gesell in which I derived a conception of human development based on the observation of children. I focus particularly on the pre-puberty period (from 7 to 9 years), a period in which the existential drama surfaces and in which the bulwarks against anxiety are constructed. I also show how parents can, through contact with their children, re-live through them, certain periods of their own development. In the second part, I employ certain notions developed in the theoretical framework by applying them to the situation of the terminally-ill. The latter re-live, mostly in the form of nightmares, the existential drama of the pre-puberty period. The role of helping agents is to have them share these nightmares with others, and thus to prevent terror from becoming omnipresent and to help them to realize their ultimate development. However, just as parents with their children, the helping agents terminally-ill, and in particular their own mourning. They ought then to understand well their own existential predicament.