



# NEWS de Jalmalv-Montpellier

## Janvier – Février 2021



### Début d'année

#### La vie de l'association

- **Vœux** particuliers cette année... mais empreints d'espoir car nous continuons notre mission avec cœur.
- **Bilans 2020** à rédiger pour présentation aux institutions où nous intervenons
- **Préparation** de l'AG qui approche, avec différents tests pour une visio conférence
- **Organisation** de la formation initiale en cours qui a pu se faire grâce à nos partenaires de toujours, et nous avons aussi reçu un nouveau soutien. Merci à tous pour cette confiance et cette solidarité.
- **Réalisation** d'une formation continue avec 15 participants. L'amphithéâtre de l'ICM nous a permis de respecter les règles sanitaires de distanciation physique.

*Et merci à Véronique pour son croquis*



## ▪ Déménagement

Merci à l'équipe de jeunes qui est venue nous prêter main forte pour vider le local d'Alco ! Nos relations avec le propriétaire étant pour le moins orageuses, nous avons jugé préférable de faire établir l'état des lieux par un huissier fin février.

Nous avons pu réaliser ce déménagement en toute sérénité, et investir notre nouveau bureau sans précipitation. En cas de besoin, des salles au rez-de chaussée peuvent nous être prêtées, et une tonnelle extérieure nous attend pour un déjeuner au soleil.

*Nouvelle année*



*Nouvelle adresse*



Retrouvez-nous ici :



**JALMALV - MONTPELLIER**

**BURO CLUB - 543 Rue de la Castelle - 34070 MONTPELLIER - 04 67 17 61 00**

asso@jalmalv-montpellier.fr - www.jalmalv-montpellier.fr - <https://www.facebook.com/Jalmalv.Montpellier/>

**Permanence : mardi et jeudi de 10h à 16h – Autres jours sur RDV**

- **La formation "douleur en soins palliatifs" a été renommée "prise en charge du patient en soins palliatifs".** JALMALV-Montpellier aura le plaisir d'intervenir lors des deux sessions pour 2021 : 3-4 mai et 17 juin, et 11-12 octobre et 25 novembre.
- La première réunion de **l'ENTENTE SUD** à laquelle nous participerons, est programmée pour le 12 juin.
- JALMALV-Montpellier a participé à un **article collectif** de quatre responsables associatifs de Jalmalv sur le thème de la souffrance qu'ils ont perçue chez des soignants en temps de Covid.

## Documents

- Elaboration des dossiers de **subvention**
- Préparation des Programmes **FI-FC 2021-2022**
- Modification des entêtes et bas de page sur nos documents, intégration du nouveau logo de JALMALV-Montpellier fourni par la Fédération :



Association loi 1901 affiliée à la Fédération Jalmalv  
reconnue d'Utilité Publique le 26 mars 1993  
Membre de la SFAP, reconnue d'Utilité Publique en 2008

## Tribune

Article publié dans le Figaro le vendredi 26 février 2021, intitulé "Abordons le sujet de la fin de vie sans posture ni idéologie", (p. 17).

Il s'agit d'une tribune rédigée par des membres de l'association Grain de sel (faisant partie de la SFAP), pour réagir à la communication publique de l'ADMD qui interpellait le Président de la République sur "l'aide active à mourir" (euthanasie et suicide assisté) :

### « Abordons le sujet de la fin de vie sans posture ni idéologie »

Dans une communication publique, l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD) interpelle le président de la République sur l'« aide active à mourir » - euthanasie et suicide assisté. Ce texte polémique comporte des inexactitudes et contre-vérités que nous souhaitons souligner afin de donner toutes ses chances à un débat serein et constructif.

Le texte en question explique qu'« un droit nouveau donne une nouvelle liberté sans créer d'obligation ». Cela est juste pour les droits-libertés (liberté d'opinion par exemple), mais c'est faux pour les droits-créances. Créer un « droit à l'euthanasie et au suicide assisté » créera au contraire, au risque de ne pas être effectif, de nouvelles obligations pour l'État ou les sociétés privées chargées de l'organiser : formation de professionnels dédiés, administration

de contrôle et de contentieux, etc. Il est illusoire de croire qu'une telle loi ne créerait pas d'obligations ni ne tendrait à diminuer les moyens nécessaires

au développement des soins palliatifs. Les auteurs affirment que, « chez nos voisins européens qui ont légalisé l'aide active à mourir (...), le recul est largement suffisant pour affirmer qu'il n'y a pas de dérive ». Ceci est faux. Ainsi, en Belgique, l'euthanasie dépénalisée depuis 2002 est, depuis 2014, autorisée aux mineurs sans limite d'âge pourvu qu'ils aient une capacité de « discernement ». On peut également souligner que le nombre d'euthanasies ne cesse d'y augmenter, passant de 1928 en 2014 à 2655 en 2019. En Flandres, les euthanasies représentent 4,7 % des décès. Cette loi, contrairement à ce que représentait son but initial, n'empêche pas les euthanasies clandestines (environ 1000 décès par an en Belgique). De plus, les garanties considérées comme essentielles au moment de la promulgation de la loi ne fonctionnent pas toujours : la consultation d'un deuxième médecin n'est pas toujours respectée, la commission chargée du contrôle a posteriori des actes dispose d'un pouvoir important pour réinterpréter la loi comme elle l'entend. Et surtout, comme en Hollande, les critères sont constamment élargis avec des euthanasies chez des personnes atteintes de maladie psychiatriques ou

simplement « fatiguées de la vie ».

Au Canada où l'« aide médicale à mourir » est légale depuis 2014, le critère « proche de la mort » étant jugé discriminatoire, le Parlement discute d'étendre la loi C-7 à des personnes qui ne sont pas proches de la mort ou qui sont handicapées. En Suisse, une association propose une assistance au suicide pour des personnes de 70 à 75 ans « fatiguées de la vie » sans maladie grave et incurable.

Dans les pays où l'« aide active à mourir » est autorisée, la critique de l'acte devient difficile voire impossible. Le respect de la conscience et des volontés des patients et médecins est mis à mal. Les patients peuvent ressentir une pression sociale - et parfois même au sein de leur propre famille - les poussant à demander une mort anticipée. Ne souhaitant pas être considérés comme une charge inutile, ils ne voient comme seule solution que de disparaître. Sommes-nous dès lors toujours dans la thématique du choix ? En parallèle, la loi sanctionne ceux qui s'opposent au choix individuel de l'heure de la mort, en premier lieu médecins et structures de soins palliatifs comme on a pu le voir au Canada. Un médecin s'est vu refuser un poste en soins palliatifs car il refusait

de pratiquer des euthanasies et un centre de soins palliatifs ne pratiquant pas d'« aide médicale à mourir » a vu ses subventions publiques disparaître.

Tout ceci doit conduire à la plus grande prudence. Discuter des conditions de la fin de vie et de la mort est nécessaire. C'est somme toute la grande question de la vie à laquelle personne n'échappe. Mais il convient de le faire sans posture ni idéologie et de proposer une argumentation basée sur des faits et tenant compte de la complexité humaine. Souhaiter un engagement de tous pour un meilleur accompagnement des personnes souffrantes et en fin de vie est important. La justesse des lois sur la fin de vie qui ont été proposées ces dernières années en France est d'ailleurs respect de la liberté collective et des libertés individuelles. Elles ont inspiré de nombreux pays et c'est à nous tous de les appliquer.

\* Liste des signataires : Catherine d'Aranda, Benjamin Autric, Alix de Bonnières, Esther Decazes, Elisabeth Dell'Accio, Étienne Jarrossay, Clémence Joly, Kirsten Keesmann, Myriam Legenne, Christine Lévêque, Colette Peyrard, Julie Pouget, Elisabeth Quignard, Bruno Rochas, Michel Sans Iofre, Sylvie Schoenberg, Francis Vanhille.

#### COLLECTIF

Un collectif de médecins en soins palliatifs et de gériatres\* alerte sur le risque de dérives en cas de légalisation de l'aide active à mourir réclamée par certaines associations militantes.

**Les choses ont bougé depuis, et le 11 mars, le Sénat a rejeté la proposition de loi pour le droit à mourir dans la dignité : lire par le lien ci-dessous**

<https://www.publicsenat.fr/article/parlementaire/le-senat-rejette-la-proposition-de-loi-ps-pour-le-droit-a-mourir-dans-la#:~:text=Les%20s%C3%A9nateurs%20ont%20vot%C3%A9%2C%20ce,retirer%20sa%20proposition%20de%20loi.&text=Au%20sein%20du%20groupe%20centriste,vri%C3%A9%20en%20fonction%20des%20s%C3%A9nateurs.>

**SAEDE** (issu de [Création de SAEDE - ERE Occitanie \(ere-occitanie.org\)](http://ere-occitanie.org))

Nous avons le plaisir de vous informer qu'une de nos RU a intégré ce programme. Merci Laurence.

« Sous l'impulsion de l'ARS Occitanie, l'Espace de réflexion Ethique Occitanie et France Assos Santé Occitanie<sup>1</sup> se sont organisés pour proposer un nouveau service qui vise à renouer le dialogue et apaiser les tensions lorsque les mesures sanitaires deviennent trop douloureuses dans leur mise en œuvre.

Conscients de la contrainte pesant sur les établissements et professionnels qui doivent s'adapter à une situation sanitaire évolutive, et du besoin d'écoute et de dialogue des résidents, familles et aidants, à propos de l'application des recommandations sanitaires, l'Espace de réflexion Ethique Occitanie et France Assos Santé Occitanie se sont organisés pour répondre concrètement aux difficultés rencontrées sur le terrain.

Dans ce cadre, le Service d'Accompagnement, d'Ecoute et de Dialogue Ethique (SAEDE), ouvre le 18 décembre 2020. Il a pour objectif de répondre concrètement aux difficultés rencontrées, en proposant une écoute et un accompagnement aux différentes parties afin d'aller vers une solution partagée. Cette démarche est née à l'occasion d'une rencontre entre professionnels et usagers, organisée par l'ARS en novembre 2020, au cours de laquelle associations d'usagers et représentants des gestionnaires d'EHPAD ont fait part d'un besoin d'accompagnement dans la gestion des situations de tension entre familles et structures.

Le Service d'Accompagnement, d'Ecoute et de Dialogue Ethique permet donc à un binôme, constitué d'un représentant de l'Espace de Réflexion Ethique Occitanie et d'un représentant d'usagers, d'accompagner les familles, les patients, les représentants des usagers et les professionnels des établissements en cas de difficulté de dialogue non résolue par les personnes concernées. »



Merci à ceux qui partagent idées, humeur, témoignages, lectures etc... !

Merci à Didier, Thérèse

---

Je me présente à M F, 74 ans. Deux soignants m'ont prévenu : "soyez prudent, n'insistez pas, il est incontrôlable". M F m'accueille volontiers ; il me parle de ses ennuis médicaux, lourds, qui le poursuivent depuis 1 an. "J'ai failli en mourir" ; "erreur médicales" ; "manque de compétence des médecins" ; etc.

Et tout d'un coup, il bascule sur le souvenir de son père, instituteur de souche paysanne des Cévennes lozériennes. "Un homme droit". "Un amoureux de la langue". "Quand il parlait, tout le monde l'écoutait". "Il m'a tout appris". "Il est entré en clinique à 83 ans ; je suis le seul à l'avoir entendu : 'il faut bien que la vie se termine'. Il est mort 20 jours après".

...Je l'ai laissé avec le sourire aux lèvres et des étoiles dans les yeux...

---



Mme B : "j'en ai assez. Ça fait 4 ans. Je suis de plus en plus dépendante. Je voudrais que ça s'arrête. Mon fils, il me dit de me battre. Il me dit : 'il y en a d'autres qui sont dans une situation pire que toi'. Mais c'est moi qui compte, pas les autres !"

L'infirmière R : Au début je croyais qu'elle faisait la tête, puis j'ai compris que lorsqu'elle était fermée, sans dire bonjour...c'est qu'il y avait eu un décès et elle n'a jamais pu le supporter ... alors je la laisse tranquille.

## Lecture :

Dossier

Le corps dans les soins

# L'irruption de la maladie et le deuil du corps bien portant

**Simon Lorriot**  
Psychologue clinicien

Consultation d'évaluation et  
de traitement de la douleur,  
centre hospitalier de Blois,  
mail Pierre-Charlot,  
41016 Blois, France

**Le deuil est un phénomène qui fait partie du normal comme du pathologique. En cas de maladie, il touche à la question d'un corps perdu, différent, devenant autre. Retour sur les notions de deuil, de schéma corporel et d'image du corps.**

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

**Mots clés** – deuil; domicile; image du corps; maladie; psychologue; schéma corporel

***Illness and grieving the loss of a healthy body. Grief is a phenomenon which is part of the normal and the pathological. In the case of illness, it is felt for a body which is lost, different, becoming something other. This article studies the notions of grief, body schema and body image.***

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

**Keywords** – body image; body schema; grief; home; illness; psychologist

24

**A** l'heure du diktat du bien-être, le corps est souvent l'objet de tous les soins, comme s'il pouvait être exempt de la maladie. Si René Leriche, chirurgien et physiologiste, a pu définir la santé comme « la vie dans le silence des organes » [1], inversement, la maladie peut « faire grand bruit » dans l'organisme lorsqu'elle se manifeste. Le basculement dans la maladie provoque une rupture avec le corps d'avant, celui dit « bien portant » et celui d'après. Ce passage d'un corps bien portant à un corps mal portant (modifié, diminué, meurtri, défaillant, douloureux) entraîne inévitablement des mouvements psychiques dans la façon de se le représenter, qui en vient à nous faire souffrir. Il est tentant de penser que notre corps nous appartient. Pourtant, une part de son réel nous échappe. Sigmund Freud, psychanalyste, en a témoigné dès le début de son travail sur l'hystérie [2]. Nous pouvons aussi faire référence à Marcel Mauss, anthropologue, qui a montré comment certaines techniques du corps résultent, inconsciemment ou non, d'une construction sociale [3]. Il en est de même pour une série de signaux (malaises, douleurs, maladies, etc.), qui ne cessent d'illustrer à quel point notre corps peut nous apparaître comme étranger. Le néologisme « *dextimité* » inventé par le psychanalyste Jacques Lacan [4] laisse entendre comment le corps touche à la fois au plus intime de l'être mais aussi, parfois, à ce qui est de plus extérieur à soi.

**Le deuil dans la maladie**

**Le corps d'avant et celui d'après**  
L'irruption de la maladie impose des remaniements psychiques importants. Cependant, l'annonce du

diagnostic d'une maladie ne signifie pas nécessairement que le patient en question se sent malade. Le savoir médical et objectif du corps ne va pas nécessairement de pair avec le vécu subjectif du patient. Se dire malade et le reconnaître implique déjà un travail de deuil à l'œuvre sur la représentation de son corps. Malgré les différents sens qui sous-tendent le deuil, nous pouvons en donner une définition générale : il peut s'envisager comme l'ensemble des réactions consécutives à la perte d'un objet d'attachement.

♦ **Il est fréquent d'entendre un patient affecté d'une maladie dire qu'il souhaiterait redevenir comme avant**, comme si un retour en arrière était possible. Dans bien des cas, il s'agit plutôt d'un devenir autre au sens où le patient est transformé par l'expérience de la maladie. Le deuil du corps bien portant est premièrement un travail psychique de renoncement. C'est-à-dire renoncer à son corps tel qu'il existait avant la maladie. Puis il s'agit d'un processus de réinvestissement. À savoir investir le corps actuel mais aussi celui d'après, au sens où il se transforme sans cesse, maladie ou pas.

**Le schéma corporel et l'image du corps**  
Dans son œuvre, la pédiatre et psychanalyste Françoise Dolto a insisté sur la distinction entre le schéma corporel et l'image du corps [5]. Le schéma corporel est une réalité de fait qui est la même pour tous les individus à peu près au même âge. Il concerne le réel de l'organisme. Contrairement

au schéma corporel, l'image du corps n'est pas une donnée anatomique. Elle est bien plus subjective et s'élabore tout au long de la vie, à partir de l'histoire de chacun.

♦ **En cas de maladie**, le deuil du corps bien portant est en partie un travail psychique, lié à l'image du corps. En tant que support du narcissisme, la restructuration psychique de l'image du corps s'accompagne souvent d'épisodes dépressifs. Ce sont des temps nécessaires qui coïncident avec le désinvestissement du corps perdu. Il arrive qu'un patient ne puisse pas engager ce travail psychique autour de la perte. Dans ce cas, des pathologies du deuil peuvent apparaître avec une fixation sur le corps d'avant, s'accompagnant parfois de troubles psychiatriques.

## L'histoire de Miguel

### L'impression du corps d'un autre

Miguel, 46 ans, présente des douleurs chroniques hémicorporelles droites après un accident vasculaire cérébral. Marié et père de deux enfants, il est consultant en informatique et actuellement en arrêt de travail. Il est adressé vers le psychologue par un médecin. Durant les séances, Miguel parle du lien à sa mère qu'il décrit comme mal aimante, passive et complice du traumatisme qu'il a subi : des violents répétés de la part de son beau-père. Il a dû fuir le foyer familial, contraint d'abandonner ses frères et sœurs afin « de sauver (sa) peau », explique-t-il. Ayant vécu dans une grande précarité durant son enfance et son adolescence, il dit : « *Quand j'ai quitté la maison de ma mère, à l'époque je ne pensais qu'à une chose : gagner un maximum d'argent pour ne manquer de rien.* » Selon Miguel, qui a travaillé sans relâche durant de longues années, voilà ce qui justifie le rythme infernal qu'il s'est imposé pour gérer son entreprise. « *Je pense que mon accident vasculaire cérébral n'est pas survenu pour rien. J'en faisais trop et mon corps a lâché* », précise-t-il. Actuellement,

ses douleurs et sa fatigue l'empêchent d'agir sur le mode hyperactif qu'il s'est dicté par le passé. Il indique ne pas reconnaître son corps, comme s'il s'agissait de celui d'un autre.

### L'accompagnement pluriprofessionnel

Le suivi psychologique contribue à accompagner Miguel dans le deuil de son corps d'avant, soit celui qui fonctionnait de manière hyperactive, avant son accident vasculaire cérébral. L'image qu'il s'est constituée de son propre corps renvoie en partie à des éléments de son enfance. C'est-à-dire un corps qui ne doit pas s'arrêter pour ne manquer de rien. Entendre les éléments signifiants de l'histoire de vie de Miguel est donc un paramètre essentiel pour l'accompagner dans son deuil.

En parallèle, une prise en charge médicale a permis l'instauration d'un traitement médicamenteux afin que Miguel puisse gérer ses douleurs physiques au quotidien. Le suivi infirmier complète le travail du psychologue grâce à des entretiens de soutien. La pratique de la sophrologie par l'infirmière du service participe également à la gestion de la douleur de Miguel, tout en favorisant l'appropriation de son corps modifié.

### Conclusion

Le deuil est un processus éminemment subjectif lié à la question de la perte. Son déroulement a une temporalité spécifique et il mobilise des ressources importantes pour celui ou celle qui l'éprouve. La pluridisciplinarité est toujours un atout dans l'accompagnement du deuil normal comme pathologique, dont la vue d'ensemble permet souvent d'ouvrir de nouvelles perspectives thérapeutiques. Dans les soins, le corps est pris dans des enjeux biologiques, sociaux, intimes et subjectifs. Du côté du patient certes, mais aussi pour le soignant qui ne doit pas l'oublier, son propre corps étant mis en jeu dans la dialectique du soin à l'autre. ■

### Références

- [1] Leriche R. De la santé à la maladie, la douleur dans les maladies, où va la médecine ? In: Encyclopédie française, t. VI, 1936.
- [2] Freud S, Breuer J. Études sur l'hystérie. Paris: PUF; 1895.
- [3] Bert JF. "Les Techniques du corps" de Marcel Mauss. Dossier critique. Paris: Publications de la Sorbonne; 2012.
- [4] Lacan J. Le séminaire. Livre VII. L'éthique de la psychanalyse. Paris: Seuil; 1959-1960.
- [5] Dolto F. L'image inconsciente du corps. Paris: Seuil; 1984.



## L'équipe JALMALV-Montpellier

**Jalmalv - Montpellier** association loi 1901 – BURO CLUB – 543, rue de la Castelle - 34070 Montpellier - 04 67 17 61 00

[asso@jalmalv-montpellier.fr](mailto:asso@jalmalv-montpellier.fr) - [www.jalmalv-montpellier.fr](http://www.jalmalv-montpellier.fr) - <https://www.facebook.com/Jalmalv.Montpellier/>