



**28^{ème} Journée
De L'Association Rhône-
Alpes de
Gériatrie
Psychanalytique**

Samedi 16 janvier 2016

Que sont nos pulsions devenues ?

La vieillesse, en particulier la grande vieillesse, est souvent associée à un épuisement de la pulsion, à une baisse, quand ce n'est pas à une disparition, du désir, qui sont alors confondus avec la force physique. Voici plus de vingt ans G. Le Gouès¹ écrivait que ce n'est pas le désir qui diminue mais les moyens physiques de satisfaction de celui-ci. Sans doute faudrait-il ajouter à l'évolution du corps somatique, différent du corps érotique, la perte de nombreux objets pulsionnellement investis et difficiles à remplacer, pour des raisons que nous étudierons au cours de cette journée.

Les représentations du vieillissement sont prises entre idéalisation et angoisses qui ne sont que les deux faces, clivées, d'une même pièce. Ces représentations conduiront à explorer, au cours de cette journée d'étude le destin des pulsions :

- dans le vieillissement sur le plan des satisfactions libidinales, des frustrations ;
- du côté du négatif, du mortifère, en fonction de l'environnement du sujet âgé ;
- du côté de la sublimation, des investissements dans la créativité et la création comme lieu de la (re)mobilisation pulsionnelle ;
- du côté du négatif, du mortifère, en particulier dans les institutions de soins et/ou de vie.

Ouverture

Michèle MYSLINSKI, Psychologue, Maître de conférences, Université de Grenoble. Membre du Bureau de l'ARAGP.

Véronique CHAVANE, Psychiatre, Lyon. Membre du Bureau de l'ARAGP.

Fil Rouge de la journée

Mireille TROUILLOUD, Psychologue, Docteur en psychologie et psychopathologie cliniques, Grenoble. Membre du Bureau de l'ARAGP.

« Avons-nous l'âge de nos pulsions ? »

¹ *L'âge et le principe de plaisir*, Dunod

Alain Ferrant, Psychologue, Psychanalyste, Professeur émérite
Université Lumière Lyon 2.

« Re-naissance » de Lili. De la pulsion immobilisée à la relance de la pulsion »

Magalie Klockenbring, Catherine Balouzat

« Avec le corps pour tout langage : danser, voir, être vu et exister encore »

Leslie ALEMAGNA, Psychologue clinicienne doctorante en psychologie,
Martine RIGAL, Animatrice en gérontologie, art-thérapeute, Lyon.

« Destins des pulsions en institutions »

Aurélie DESME, Psychologue,
Christelle DECORME, Psychologue, Trévoux.

« Se croire fini et rester vivant, vieillir séropositif »

Jean-Marc TALPIN, Psychologue, Pr. de psychologie, Lyon/Vichy.
Président de l'ARAGP.

Ouverture de la journée

Michèle Myslinski
Véronique Chavane

Notre pratique, à nous tous, ici, qui exerçons en milieu gériatrique, et quelle que soit notre fonction, nous confronte quotidiennement à un ensemble de personnes âgées, même très âgées, dans la plupart des cas et en état de dépendance vis à vis d'autrui, à un titre ou à un autre. Notre vision du vieillissement en est, pour une part, gauchie, et il nous faut, sans cesse la mettre en regard de ce que vivent, en dehors des services et établissements gériatriques, la plus grande partie des personnes âgées; nous constatons alors, et cela a un effet très réconfortant pour chacun de nous, que ces personnes âgées là préservent bien longtemps, souvent jusqu'à l'extrême de leur existence, un élan vital de bonne qualité bien que le corps somatique subisse aussi chez elles des atteintes pouvant être cruelles et invalidantes. Nous observons que cet élan vital, dans leur cas, résiste à la perte d'objets puissamment investis au préalable, et qu'elles en font le deuil, bien entendu au prix de la douleur, du temps, de passages dépressifs, et d'appels ponctuels à la sollicitude d'autrui; et, chez elles, le deuil s'opère, s'opère encore, lentement mais sûrement. L'investissement du présent, au quotidien et l'investissement de liens humains, qui persistent vis à vis de leur entourage, portent témoignage de la réalité des processus de deuil, dans le grand âge, qui est le leur. La pulsion de vie est donc, chez elles, bien vivante, en dépit du mortifère, aux côtés du mortifère, lequel, pourtant, va croissant, tant dans leur corps en forte usure que dans leurs liens en éclaircissement significatif. Ces personnes âgées là, grande majorité de la population âgée, conservent jusqu'au bout un équilibre psychique suffisamment bon pour que l'investissement de la fin de leur vie sauvegarde, à leurs yeux, un sens, tout son sens, les autorisant à traverser les épreuves que réserve à tout humain la part terminale de son existence. Ces personnes là, celles que, professionnellement, nous ne côtoyons guère – puisque, justement, nous prodiguons nos soins aux autres, plus fragiles, plus malades -, élaborent un compromis avec la vie, font la preuve que la résilience est présente chez bien des sujets âgés, et acceptent d'intégrer, certes, les désillusions, les frustrations, les limites, la castration, qu'impose le vieillissement physique, mais aussi les pertes d'objets d'amour, inéluctables dans l'avancée en âge. Ces pertes narcissiques et objectales sont acceptées comme étant le lot commun de l'humanité, le prix à payer pour la poursuite de la vie, jusqu'à sa fin, si je puis dire, "programmée", jusqu'à ce qu'arrive "leur heure", propre à chacune d'elles.

Chez elles, la pulsion de vie jugule le mortifère et le soumet au désir de vivre. L'élan vital porte le désir de lien, porte le désir de plaisir et de ses bénéfices. Ces personnes âgées là représentent bien ce que les hommes répètent depuis la nuit des temps: "Tant qu'il y a de la vie..." il y a de la vie, il y a de l'espoir, celui de vivre encore, avant de s'éteindre. Il y a du lien, il y a de l'attachement, il y a du plaisir, encore, à obtenir de la vie, en tous cas suffisamment pour que la vie continue. Je voudrais juste évoquer, rapidement, un exemple, celui d'une femme de 88 ans,

victime il y a 2 ans, d'un AVC, à gauche, donc, hémicorps droit totalement paralysé, parole impossible, vivant principalement au lit, en service de soins de longue durée, dernière chambre au bout du couloir; ce qui la tient en vie, ce sont les visites, 3 ou 4 fois par mois, au maximum, de 3 personnes au plus, de sa famille, les autres ayant abandonné la partie devant la difficulté à "converser " avec elle. Lors des visites, elle accueille avec force mouvements de joie ses parents, sourit, les crible de regards rayonnants, recherche les baisers, accepte les menus soins que ses proches lui prodiguent, crème sur le visage, les mains, coiffage, etc... elle écoute avec attention et signes expressifs de compréhension les nouvelles qui lui sont relatées, savoure un chocolat, hume le parfum du bouquet qui lui est apporté, tous très menus plaisirs, à nos yeux, qui alimentent, chez elle, sa vie affective. D'une visite à l'autre, son état somatique étant stable, depuis 2 ans, grâce aux soins attentifs d'une équipe qui lui manifeste, et c'est à souligner, respect et bienveillance, et qu'elle accueille, elle-même, avec chaleur. Nous connaissons tous, nous aussi, dans notre milieu professionnel, pourtant saturé de douleurs humaines de toutes sortes, des personnes semblables à celle que je viens de vous décrire, qui trouvent des sources de plaisir scandant leur vie, lui conférant un sens qui soutient, « élan vital, qui dynamise la pulsion de vie » et même, en EHPAD (j'allais presque ajouter " trouver du plaisir en EHPAD, il faut le faire"....) mais oui, oui, c'est possible, l'un qui développe une relation privilégiée avec le médecin co, l'autre avec « son » infirmière, d'autres qui créent de bons liens avec tel ou tel autre professionnel, les temps d'animation donnent à certains la possibilité de nouer des relations agréables avec l'animateur, tout en s'investissant dans un travail créateur, une activité sublimatoire qui dynamise fortement la pulsion de vie; quelques uns bâtissent un lien profond avec le psychologue qui les suit régulièrement; et d'autres encore reconstruisent des liens d'amitié, et voire même d'amour, avec l'un ou l'autre de leurs compagnons ou compagnes de vieillesse, bien que l'ombre de la séparation soit portée déjà sur ces ultimes mouvements aimants.

N'ont ils pas, toutes et tous, un drôle de courage à se lancer ainsi dans de nouvelles expériences, parfois complètement inédites, à s'engager dans de nouvelles aventures affectives, amoureuses quelquefois, malgré l'incertitude de leur durée, et la certitude de la fin, proche, à venir? Ces personnes savent que leur vie décline, elles en ont, le plus souvent, conscience, et elles s'accrochent aux plaisirs, tout ténus soient-ils, plaisirs qui les vitalisent, qui les animent, les ré-animent, mettent à distance, temporairement, leur mal de vivre ce grand âge semé d'embûches, qui les protègent, pour un moment, encore, de la trajectoire mortelle, qui est la leur (et, d'ailleurs, la nôtre, aussi). C'est bien l'élan vital, lié à la quête de plaisir à vivre au quotidien, qui neutralise partiellement les mouvements psychiques mortifères et freine l'abandon au désir sombre de cesser le combat, c'est ce qui stabilise le niveau de la pulsion de mort, cette poussée à se laisser aller au repos, à la résignation à se laisser mourir, ou à s'autodétruire, aussi... [en cela, la permanence de l'investissement de la pulsion de vie dans quelques liens humains, et dans quelques activités sublimatoires bloque la désintrinsication pulsionnelle qui les menace, au gré des accidents de santé et des pertes d'objets, investissement, qui, au contraire, stimule la liaison entre les pulsions antagonistes, et qui authentifie le sens à vivre encore, encore, encore un peu.](#)

C'est de cela qu'ensemble, nous allons parler, aujourd'hui, vous et nous. L'équipe de l'ARAGP a souhaité, aujourd'hui, donner la parole à plusieurs intervenants qui vont nous éclairer sur ces pulsions, nos pulsions aussi, ne l'oublions

pas, sur leur fonctionnement et les risques qu'il encourt au fil des décennies ultimes de la vie. Ils évoqueront, à partir de leur savoir et de leur expérience professionnelle, les outils psychiques qu'ils développent pour prévenir ou pour traiter la déliaison pulsionnelle et vivifier cette étape là du parcours humain; ces praticiens du terrain gérontologique vont nous aider à reconnaître le courage des personnes âgées, le courage, cet autre nom de la pulsion de vie, leur "espérance de vie", au sens premier du terme, Ils vont nous aider à poursuivre notre route auprès de ceux et celles dont nous étayons l'existence jour après jour; ils vont nous aider à garder en nous le beau sens de notre travail, auprès des plus fragiles et des plus souffrants de notre communauté; nous vous invitons vivement et chaleureusement à dialoguer avec eux, pendant cette journée, et Véronique Chavanne vous les présente maintenant plus précisément.

Merci Michèle.

Pour nous aider à penser le devenir des pulsions, nous avons le plaisir d'accueillir Alain Ferrant qui a accepté de nous accompagner tout au long de cette 28^{ème} journée d'étude.

Alain Ferrant est psychologue, psychanalyste et Professeur émérite à l'Université Lumière Lyon 2. Il nous apportera la réflexion théorique nécessaire à cette journée, il nous éclairera sur le destin des pulsions, qui sont aussi nos pulsions ne l'oublions pas, comme l'a souligné Michèle, et il répondra sans doute à cette difficile question formulée dans son titre : alors avons nous l'âge de nos pulsions ?

Nous tenons à vous informer d'un changement de programme puisque Mathilde Bessin ayant un empêchement nous reprendrons après la pause café avec Magalie Klockenbring, Clown Relationnel©, étudiante en fin de formation de psychologue, accompagnée de Catherine Balouzat, cadre infirmier à la retraite après 40 ans de travail en gériatrie, elle aussi Clown Relationnel©. L'ARAGP tient tout particulièrement à les remercier parce qu'elle ont accepté en moins de quinze jours de préparer une communication pour cette journée d'étude, communication écrite à partir de leur pratique professionnelle en tant que clowns relationnels intervenants dans des services gériatriques. Le titre de leur intervention est « Re-naissance de Lili, De la pulsion immobilisée à la relance de la pulsion ».

Après le déjeuner, nous profiterons d'un temps culturel avec la projection d'un film qui illustre la mobilisation pulsionnelle ou remobilisation pulsionnelle à travers des investissements tels que l'expression corporelle : la danse.

Ainsi, en mai 2015, la maison de la danse de Lyon a rassemblé 300 danseurs et musiciens amateurs de 5 à 98 ans. C'est une partie de ce spectacle Babel 8.3 qui va vous être projetée. L'exposition photo, affichée sur les panneaux derrière vous, retrace en images cette immense aventure.

Martine Rigal, animatrice en gérontologie, art-thérapeute et Leslie Alemagna, psychologue clinicienne, doctorante en psychologie, ont toutes deux accompagné cette aventure et elles nous raconteront son cheminement.

Après une pause littéraire au cours de laquelle vous pourrez feuilleter, acheter les nombreux livres amenés par Sylvain Fourel, libraire qui nous accompagne depuis de nombreuses journées et que nous remercions chaleureusement, Aurélie Desmé et Christelle Decorme, toutes deux psychologues à Trévoux, nous relateront à travers 2 situations en institution, comment le débordement pulsionnel va amener cette même institution à réfléchir sur le destin des pulsions des résidents et leur accompagnement.

Enfin, Jean-Marc Talpin, Président de l'ARAGP, psychologue, Professeur de psychologie à Lyon et à Vichy, clôturera cette riche journée par une réflexion menée à partir d'une étude de patients séropositifs « se croire fini et rester vivant ». Nous vous souhaitons à tous une très belle journée !

Présentation du fil rouge Mireille Trouilloud

Regard pétillant qui vous prend et vous attire, voix enveloppante d'un barde crooner, fine plume poétique qui invite au rêve ou à l'étude, de noir souvent vêtu, toujours peut-être, soulignant l'ébène, un peu passé il est vrai, de votre chevelure et de votre moustache gauloise signant l'irréductible qui est en vous tout autant que votre lien à Georges le sétois, **Alain FERRANT, Professeur émérite de l'université Lyon 2, psychanalyste, homme sérieux qui ne se prend pas au sérieux,**

Vous vous êtes imposé à nous pour penser la question de la pulsion et de son inscription dans notre temporalité. Vos travaux sur la pulsion et les liens d'emprise, mais aussi sur la honte et le travail de création, ayant laissés traces... puis, il s'est imposé à moi de vous présenter, nos liens universitaires le temps de mon travail de thèse que vous avez dirigé avec délicatesse, étant, de fait, marqués par le pulsionnel.

De ci, de là, d'hier, d'aujourd'hui, de demain, qu'en est-il de la pulsion au fil du temps circulant entre excitation corporelle et psychisation ? Qu'en est-il de nos désirs, de nos plaisirs, mais aussi de notre auto-conservation et de notre destructivité, au cours de la traversée de notre vie marquée par la perspective plus ou moins rapprochée de sa fin ?

*Cher Alain Ferrant,
que vont devenir nos pulsions, que sont déjà nos pulsions devenues ?
Quel chemin pastoral empruntera la pulsion pour descendre de la montagne ?
Empruntera-t-elle le sentier du démon de midi, du temps de votre moustache couleur nuit ?
Choisira-t-elle la voie des investissements sénatoriaux du temps de votre moustache poivre et sel, avec
quelques incartades pour un tango argentin peut-être, ou plus certainement pour un concert de
rock ?
Trouvera-t-elle le chemin du démon de minuit, ou de l'amour vache, du temps à venir de votre
moustache enneigée ?
L'emprise sera-t-elle là, encore et toujours, main-œil-bouche mobilisés pour la saisie d'un objet
libérant les tensions, donnant satisfaction, inscrivant dans une vie d'homme-de femme, emprise de vie
– emprise de mort, du temps de votre moustache clairsemée, de votre moustache disparue peut-être ?
D'un temps à l'autre de la moustache, la pulsion deviendra-t-elle visqueuse, fera-t-elle une pause
dans un moratoire latentiel, aura-t-elle cédé la place à l'excitation ?*

Merci cher Alain Ferrant de nous éclairer aujourd'hui, non pas au sujet de votre célèbre et curieuse moustache, bien que cela intéresserait nombre d'entre nous, mais sur la question que vous posez : **AVONS-NOUS L'AGE DE NOS PULSIONS?**

Avons-nous l'âge de nos pulsions ?

Alain Ferrant *

Avons-nous l'âge de nos pulsions, comme on le dit de nos artères ?

Notre monde pulsionnel vieillit-il comme notre corps, ou reste-t-il insensible au temps, comme au climat ?

La découverte de Freud, son scandale, concerne au premier chef la dimension sexuelle, et son indomptabilité. Le sexuel n'est pas politiquement correct, et il ne peut pas l'être. Le sexuel humain n'est pas de l'ordre de l'instinct même si, avec la puberté, l'instinct apporte sa contribution au sexuel. Le sexuel humain n'est pas non plus soluble dans le couple, le trio, le quatuor ou davantage, pas plus qu'il n'est soluble dans l'hétérosexualité, l'homosexualité, la religion ou l'art. Le sexuel déborde, du début jusqu'à la fin de la vie. Il est à la fois ce qui réunit, le « symbolon », et ce qui sépare, le « diabolos ». Le sexuel, c'est le diable et le Bon Dieu.

Le scandale premier de la psychanalyse, son scandale fondamental, est dans ce constat blessant et dérangeant d'un sexuel indomptable et sauvage, comme le rappelle récemment D. Suchet (2014).

On a souvent dénoncé le prétendu monisme sexuel de la psychanalyse. A tort, car la psychanalyse est fondamentalement dualiste. Freud inscrit le conflit au cœur de la psyché humaine : conflit entre pulsions sexuelles et pulsions d'autoconservation, conflit entre investissements d'objet et investissements narcissiques, conflit entre pulsions de vie et pulsion de mort.

« La vie est une maladie mortelle sexuellement transmissible ». Woody Allen est, je crois, l'auteur de cette remarque cruellement drôle. Il n'y a pas de vie humaine sans sexualité. Si le sexuel n'est pas le tout de l'humain, il peut par contre se mêler de tout. On peut le regretter, s'en réjouir ou faire avec, et partant de ce constat, chacun danse sa vie comme il peut.

Le titre de mon exposé – « Avons nous l'âge de nos pulsions ? » - implique une définition suffisamment claire de ce qu'on désigne sous le terme de pulsions et de leurs enjeux profonds. Il interroge également le rapport, qui ne va pas de soi, entre le sujet et son monde pulsionnel, et sa transformation au fil du temps.

Comment nos pulsions évoluent-elles avec l'âge ? Restent-elles intactes, perdent-elles de leur intensité ou se transforment-elles, et comment ? Nos mécanismes de défense se modifient-ils, et sont-ils plus ou moins efficaces ? Les compromis que nous réalisons entre notre monde pulsionnel et nos défenses sont-ils acquis, ou est-il constamment nécessaire de les reprendre ou plutôt de les réinventer ?

Je vais dans un premier temps parcourir les trois pas de la construction théorique de Freud à propos de la pulsionnalité.

Dans un deuxième temps, je parlerai de l'indomptabilité du sexuel, de sa permanence tout au long de la vie.

J'évoquerai enfin la résurgence du sexuel infantile lors de la crise de maturité autour de la soixantaine.

Les situations cliniques auxquelles je ferai brièvement référence sont d'une part tirées d'une clinique universelle qui concerne globalement chacune et chacun d'entre

* Psychanalyste, SPP ; Professeur Émérite de psychopathologie clinique, CRPPC, Université Lumière – Lyon 2

nous, et d'autre part de situations rencontrées dans le cadre de mon activité psychanalytique.

Je ne suis pas psychogérontologue, je n'ai pas l'intention de le devenir, et je n'ai aucune expérience particulière en ce domaine. Par contre, je reçois des patients de tous âges, et parmi eux des hommes et des femmes de cinquante, soixante ans et plus, qui évoquent, dans leur travail analytique ou psychothérapeutique, des problématiques en lien avec ce dont nous parlons aujourd'hui.

I) LES TROIS THÉORIES DES PULSIONS DANS L'ŒUVRE DE FREUD

La définition canonique de la pulsion est donnée en 1915 dans *Pulsions et destins des pulsions*. La pulsion est située entre soma et psyché, elle n'est réductible ni à l'un ni à l'autre. Elle est un concept limite entre le somatique et le psychique. Elle mesure l'exigence de travail imposé à la psyché en raison de son lien avec le soma.

Elle est définie par quatre facteurs : la source, la poussée, le but et l'objet.

La source désigne le lieu du corps où naît la pulsion : bouche, organes génitaux, anus etc. La pulsion prend sa source au sein d'une zone érogène, c'est-à-dire au sein d'une zone sexuellement excitable.

La poussée désigne la force de la pulsion, son intensité. Elle est constante. Par là, elle se différencie de l'instinct qui relève plutôt d'une rythmicité périodique. En principe, la pulsion ne s'éteint pas, elle est constamment active. Mais la clinique nous confronte à quelques énigmes : qu'advient-il de la pulsion dans certaines situations comme les états de coma profond, les états d'extrême dépendance consécutive au vieillissement ou dans certaines désorganisations somatiques ?

Le but de la pulsion est toujours le même : la diminution de la poussée, c'est-à-dire la satisfaction pulsionnelle. Dans cette définition, on ne parle pas de *suppression* de la poussée pulsionnelle mais seulement de sa *diminution*. On va voir que cette conception sera portée à sa limite dans les élaborations freudiennes de 1920.

L'objet, enfin, est ce qu'il y a de plus contingent dans la pulsion. Peu importe l'objet, l'essentiel est que la pulsion parvienne à son but, à l'expérience de satisfaction. Cet objet peut être une personne, un fantasme ou une simple chose. C'est en ce point que la pulsionnalité humaine montre sa spécificité et sa complexité, par exemple au travers du fétichisme. L'objet n'est jamais fixe, il est substituable. Peu importe le flacon, pourvu qu'on ait l'ivresse.

Cette définition en quatre points a connu un certain nombre d'ajustements lorsque l'attention des psychanalystes, à la suite de Fairbairn, Winnicott ou Bowlby entre autres, s'est davantage dirigée du côté de l'objet. Simultanément, les travaux sur le lien précoce ont fait émerger l'hypothèse que pulsion et objet naissent ensemble. Les travaux de J. Laplanche ont permis de réviser l'idée d'une totale contingence de l'objet. De même, la notion de source a été élargie à toutes les zones corporelles.

Je vais donc commencer par évoquer les trois pas de la théorie freudienne de la pulsion. J'envisagerai ensuite la fonction de l'objet.

A) Premier pas : pulsions d'autoconservation et pulsions sexuelles

Dès le début, Freud différencie les *pulsions d'autoconservation* et les *pulsions sexuelles*. Cette première théorie pulsionnelle se construit globalement entre les *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905) et *Pulsions et destins des pulsions* (1915).

Les pulsions d'autoconservation sont premières et leur but est la survie de l'individu. La faim, la soif, la miction et la défécation sont autant de fonctions qui

procurent une certaine satisfaction. En appui sur cette pulsionnalité autoconservatrice, émerge toutefois une autre dimension pulsionnelle.

Les pulsions sexuelles naissent par étayage, c'est-à-dire en appui, sur les pulsions d'autoconservation. La succion de la tétine ou du pouce se sépare de l'acte de nourrissage. La sexualité devient indépendante de l'autoconservation. La succion s'autonomise face à la tétée. Il ne s'agit pas de téter pour se nourrir, mais de sucer pour le plaisir.

Ce schéma est logique sauf qu'on ne comprend pas très bien pourquoi et comment le lapin du sexuel émerge du chapeau de l'autoconservation. Il faut bien que le lapin soit, d'une façon ou d'une autre, déjà là.

La satisfaction des pulsions d'autoconservation est procurée par l'objet, par l'environnement maternant. Sans l'intervention de l'objet, la survie du bébé n'est pas assurée. Il faut donc supposer qu'en plus de *permettre* au bébé de vivre, cet environnement assure une autre fonction, du côté du *plaisir* de vivre.

Le sexuel est en effet du côté de l'objet, du côté du plaisir ressenti par l'objet lorsqu'il s'occupe de l'enfant. Ce plaisir, au grand scandale des bien pensants, est de nature sexuelle. Je rappelle que dès le 18^{ème} siècle, les médecins s'interrogent sur la « suprême félicité » que les mères peuvent éprouver lorsqu'elles nourrissent leur bébé.

Freud, à la fin de son œuvre, dans *L'Abrégé de psychanalyse* (1938), définit la mère comme la première séductrice. J. Laplanche (1986) forge ensuite la notion de « séduction généralisée ». Le concept de « situation anthropologique fondamentale » décrit ce différentiel ontologique entre le bébé et l'adulte.

Le lien entre l'adulte et l'enfant est traversé, conflictualisé et perversi par l'inconscient de l'adulte. Si le sexuel est en quelque sorte « apporté », sinon imposé par l'adulte, le bébé est capable de le ressentir, non seulement en fonction de capteurs spécifiques, mais aussi en raison de l'énigme que le sexuel porte, cet « en trop » ou ce « surcroît » d'excitations énigmatiques qu'il véhicule.

D'emblée, l'écart entre autoconservation et sexualité crée les conditions d'une conflictualité.

Le sexuel peut pervertir les enjeux de l'autoconservation. Cette perversion de l'autoconservation par le sexuel mobilise les systèmes de défenses. Elle implique l'apparition de symptômes définis comme des compromis entre le désir et la défense : cécité, paralysie, tremblements, toux incoercible, actes conjuratoires etc.

Toute la panoplie des symptômes hystériques et obsessionnels est activée. Les fonctions dédiées à l'autoconservation sont subverties par le sexuel qui leur impose d'autres buts et d'autres fonctions.

B) Deuxième pas : investissement d'objet et investissement narcissique

La clinique confronte aussi à d'autres modes de conflictualité, avec le processus de deuil et l'énigme de la mélancolie, mais aussi avec ce que Freud désigne comme les névroses narcissiques ou les psychoses, en particulier dans le cas du président Schreber.

Le premier dualisme pulsionnel est insuffisant pour rendre compte de ces configurations cliniques, et Freud introduit la question du narcissisme en 1914. Il propose alors une distinction entre *investissement d'objet* et *investissement narcissique*.

D'un côté, il y a l'objet source de satisfaction, et de l'autre il y a le moi, et plus largement le sujet, qui cherche par tous les moyens à survivre et à maintenir son équilibre interne. Il y a donc potentialité de conflit entre l'investissement des objets, tourné vers le dehors, et l'investissement narcissique, tourné vers le dedans.

L'équilibre entre le narcissisme et l'objet est mis en crise, dans la vie courante, à l'occasion d'expériences émotionnelles spécifiques : état amoureux, travail de deuil ou fonction parentale.

Etre amoureux, c'est projeter son narcissisme dans l'objet élu, l'illuminer de toutes sortes de qualités. L'amour est une forme d'illusion narcissique. Nous embellissons l'objet en projetant sur lui des qualités qu'il ne possède pas toujours, ou en grossissant certains aspects au détriment d'autres. Il nous comprend, sa sensibilité est proche de la notre et, à la limite, il n'est pas nécessaire de se parler. Les amoureux le vivent à longueur de journée : « On se comprend à demi mot, on était faits pour se rencontrer, on se cherchait depuis longtemps. » Dans cette configuration, l'objet dont on est amoureux est paré de toutes les qualités, et cette bulle narcissique est proche de celle qui a été jadis tricotée avec l'environnement maternant.

Etre en deuil, c'est effectuer un travail psychique consécutif à la perte d'un objet de satisfaction. Le travail de deuil consiste dans un changement de statut : la perte de l'objet dans la réalité est compensée par l'investissement narcissique de certaines qualités de cet objet introjectées dans le moi. Le travail de deuil consiste donc à troquer ce qu'on a perdu au dehors pour le retrouver au dedans, via une transformation du moi. L'investissement d'objet est remplacé par un investissement narcissique.

Etre parent, enfin, c'est placer son narcissisme au service de son enfant, « his majesty the baby » comme dit Freud. C'est imaginer que son enfant réussira mieux que soi-même, qu'il sera plus heureux, et qu'il connaîtra une vie meilleure que celle qu'on a vécu. Tout bébé est le plus beau bébé du monde pour ses parents, et le travail de parentalité consiste à se défaire petit à petit, mais jamais complètement, de cette illusion nécessaire à la vie. De ce point de vue, investissement amoureux et investissement parental sont assez proches.

Ces situations de crise sont banales, et tout un chacun est en principe conduit à les traverser à un moment ou à un autre de son existence.

Mais dans certaines configurations psychopathologiques, le déséquilibre entre investissement d'objets et investissement narcissique est considérable.

Soit le narcissisme prend presque toute la place, et le sujet est d'une certaine façon coupé des investissements d'objet, par exemple dans les psychoses, soit l'objet occupe la presque totalité du terrain, et le sujet n'existe que dans et par les autres, comme dans certaines formes de souffrances narcissiques identitaires et de faux self.

Cette conception permet de faire un pas de plus et d'éclairer certaines configurations psychopathologiques. Mais la théorie, comme disait Charcot, « ça n'empêche pas d'exister », et la clinique contraint Freud à faire un dernier pas.

C) Troisième pas : pulsions de vie et pulsion de mort

Subsiste l'énigme de la mélancolie qui échappe de toutes parts à la théorisation. Comment un sujet, pulsionnellement voué au plaisir, peut-il en venir à l'extrémité du suicide ? C'est la question ouverte par *Deuil et mélancolie* en 1917.

Le dernier pas théorique de Freud va consister à montrer que le principe de plaisir n'est pas le fondement de toute vie, qu'il y a chez l'être humain quelque chose de plus fort que le principe de plaisir, quelque chose susceptible de le subvertir radicalement.

Ce sont les situations de névroses de guerre, la découverte du sentiment inconscient de culpabilité – certains patients préfèrent rester malades plutôt que de

tomber guéris – et l'énigme de la mélancolie qui vont permettre à Freud d'envisager le dernier pas de sa construction.

L'invention de la pulsion de mort en 1920 dans *Au delà du principe de plaisir*, et la nouvelle topique qui en découle en 1923 dans *Le moi et le ça*, transforment radicalement le paysage théorique de Freud.

Désormais, les pulsions d'autoconservation, les pulsions sexuelles, la libido d'objet et la libido narcissique passent sous le chef des pulsions de vie, dynamisées par Eros qui tisse du lien.

A ces pulsions de vie s'oppose désormais la pulsion de mort qui vise en premier lieu la disparition du sujet lui-même. Le but de la pulsion de mort est le retour à l'état inorganique. Elle vise l'abolition de toute vie considérée comme un bruit parasite à éradiquer.

La nature du conflit est radicalement différente des précédentes. Jusque là, il s'agissait d'opposer des formes de satisfactions pulsionnelles tangibles, autoconservation versus sexuel, objectalité versus narcissisme. Le troisième pas de la théorie pulsionnelle transforme radicalement les enjeux.

Freud avance l'idée que toute pulsion n'a qu'un but : sa propre extinction. Il ne s'agit plus de satisfaction, il s'agit de disparition, d'effacement, de néantisation. Toute pulsion vise sa propre extinction. Cela signifie, fondamentalement, qu'il n'y a pas une pulsion de mort qui serait de nature différente des pulsions de vie et qui s'opposerait à elles. Toutes les pulsions visent leur propre extinction, et la vie se définit comme ce qui s'oppose à cette tendance de fond. Les pulsions de vie sont le résultat d'une transformation partielle de leur propre but pulsionnel. Cette mutation produit la différenciation entre pulsions de vie et pulsion de mort.

Tout l'enjeu de la vie psychique, via Eros comme principe de liaison, vise par conséquent à s'opposer, à retarder, à différer le but fondamental mortifère de toute pulsion.

Cette conception a été discutée, contestée, refusée ou adoptée par les psychanalystes. Elle est, encore aujourd'hui, l'objet de débats. Des auteurs comme Mélanie Klein adoptent ce modèle et considèrent qu'il existe, dès le début, un moi susceptible d'éprouver l'angoisse devant les enjeux de la pulsion de mort. D'autres, comme Jean Laplanche, parlent d'une pulsion sexuelle de mort ou, comme Paul Denis, estiment que le concept de pulsion de mort signe le retour, dans la théorie, de l'autoconservation trop tôt mise de côté par Freud.

Je n'entre pas dans ce débat mais j'observe que ce troisième pas de la théorie pulsionnelle concerne notre questionnement de façon assez centrale.

La pulsion de mort accroit-elle sa puissance avec l'âge ? Ou, autrement formulé, le phénomène de vieillissement s'accompagne-t-il d'une diminution de la force liante d'Eros, laissant ainsi plus de champ à « l'extinctivité régressive » (B. Chervet, 2009) de toute pulsion ? Le renforcement de la pulsion de mort serait alors consécutif à la déperdition progressive de l'énergie liante des objets de satisfaction, énergie qui contrecarre l'extinctivité régressive consubstantielle à la pulsion.

« La mort ne survient que lorsque nous ne sommes plus capables de vieillir pour continuer à vivre » (F. Villa, 2010, p. 2). Le « travail du vieillir », tel que le définissent Bianchi (1987), Le Gouès (2000) ou Quinodoz (2008) consiste donc, dans cette perspective, à poursuivre le tricotage d'objet, c'est-à-dire à poursuivre le travail de liaison. Vieillir pour continuer à vivre, c'est produire du lien contre l'extinctivité régressive qu'on désigne couramment comme pulsion de mort.

D) Les fonctions de l'objet

Ce principe étant posé, qu'est-ce qui, dès le début de la vie, s'oppose à l'extinctivité régressive de la pulsion et lui fait obstacle ? Qu'est-ce qui fait que nous vivons, malgré tout ?

C'est la fonction de la mère, et globalement de l'environnement maternant incluant le père, que de tricoter des modes de liaison qui vont induire la mutation partielle du but pulsionnel extinctif. Ces liaisons s'appuient sur la peau, les mains, les yeux, la voix, et la rythmicité des gestes de la mère. Les soins maternels imposent une première butée à l'extinctivité pulsionnelle. Sans ces soins le bébé meurt, et sans le plaisir qui accompagne ces soins, il ne se développe pas psychiquement.

La séduction maternelle primaire repérée par Freud en 1938 dans *L'Abrégé de psychanalyse* réalise l'acte de « tirer l'enfant à l'écart » : c'est le sens étymologique du mot séduction. La mère tire l'enfant à l'écart du but pulsionnel mortifère.

Nous sommes donc tous des survivants, mais nous ne sommes pas tous dans la même situation, et nous ne disposons pas tous des mêmes atouts. Comme l'écrivait Georges Orwell dans *La ferme des animaux* : « Tous les animaux sont égaux, mais il y en a qui sont plus égaux que d'autres. »

La différence tient essentiellement à deux facteurs.

D'abord, nous n'avons pas le même corps ni les mêmes dynamiques physiologiques. Certains corps sont plus solides que d'autres, plus ou moins sensibles à certaines formes de pathologies. Les fragilités et les forces organiques ne sont pas les mêmes d'un individu à l'autre. La génétique a ici son mot à dire.

Ensuite, nos histoires ne sont pas identiques. Nos environnements maternants ont été spécifiques, et la façon de traiter notre corps, de l'investir, de le toucher, ont inscrit des traces, des lignes de sensibilité, ou d'insensibilité, particulières. L'érogénéisation du corps, la « subversion libidinale » (C. Dejours, 1989) opérée par l'érotisation des fonctions vitales, le plaisir de fonctionnement, c'est-à-dire la dimension sexuelle sous tous ses aspects, inscrivent des formes propres à chacun, comme un creuset ou une matrice du travail de liaison.

Le travail du vieillir défini comme le tricotage du lien afin de lutter contre l'extinctivité pulsionnelle, repose sur ces deux champs : la spécificité organique et la spécificité historique.

L'idée d'une détermination radicale consécutive aux premiers temps de vie doit toutefois être relativisée. La vie offre des expériences de transformations, pas seulement chez le psychanalyste ou le psychothérapeute, mais dans l'amitié, l'amour, le travail ou l'art.

Il faut reconnaître qu'elle offre aussi l'inverse : des expériences catastrophiques, traumatiques, qui peuvent profondément désorganiser nos capacités de liaison.

Inventer sa vie, être le créateur de soi-même, c'est faire avec ce qu'on a, avec ce qu'on est. Chacun danse sa vie comme il peut, mais l'essentiel est de danser. Sur la scène du narcissisme, le sexuel est maître de ballet.

II) INDOMPTABILITÉ DU SEXUEL

Un patient me disait : « En donnant la vie à mes enfants, je leur ai aussi donné la mort ».

J'ai pensé, sans le dire, qu'entre le début et la fin il y avait *quand même* un peu de marge, et beaucoup de choses agréables à vivre. En même temps, je ne pouvais que reconnaître la justesse de cette remarque. Toute la dimension vivante, liante,

érogène, était dans le « quand même ». Nous sommes tous pulsionnellement voués à la mort, mais quand même...

La spécificité du sexuel humain est d'abord dans sa constance. C'est une source inépuisable, et par définition, ou par principe, insatisfaite. Freud souligne d'ailleurs qu'il y a une dimension d'insatisfaction inhérente à la sexualité.

Pour éclairer la spécificité du sexuel humain, il faut revenir sur sa constitution, et plus précisément sur les deux temps de sa constitution, sexuel infantile et sexuel génital. Entre les deux, j'aborderai la question des autoérotismes.

A) Le sexuel infantile

Le sexuel infantile constitue le premier temps du sexuel humain.

La première distinction opérée par Freud entre pulsions d'autoconservation et pulsions sexuelles repose sur la théorie de l'étayage. Les pulsions sexuelles émergent en appui sur les pulsions d'autoconservation. C'est lors de la satisfaction autoconservatrice qu'émerge un autre processus de satisfaction, qui rapidement se rend indépendant et se développe pour lui-même. Le sexuel s'autonomise et se différencie. Mais ce sexuel, comme je le soulignais tout à l'heure, ne naît pas de toutes pièces en appui sur la satisfaction des besoins physiologiques. Il est également induit, produit, apporté par la mère. Le sexuel vient partiellement d'ailleurs, et il émerge dans le creuset du lien primaire.

L'insatisfaction constitutive du sexuel tient au fait que l'objet recherché est toujours déjà perdu. L'objet recherché c'est la mère des commencements qui satisfait primordialement l'autoconservation. L'état amoureux permet de s'en approcher, par le biais de l'illusion narcissique, mais le processus de différenciation et de séparation a fait son œuvre et rien ne sera jamais comme avant, du temps de l'Eden, du paradis terrestre.

Le mythe biblique l'exprime parfaitement : c'est le diable, le diabolos, le satan qui signifie que tout être humain est voué à la séparation et à la discorde. Après la naissance physique, il faut que se mette en place la naissance à la vie psychique suivant l'heureuse formule de M. Lhopital et A. Ciccone.

Dans le lien à l'objet maternel, l'émergence du sexuel tient aux soins corporels et au plaisir ressenti par cet objet maternel.

En 1924, dans *Le problème économique du masochisme*, Freud introduit cependant une nuance essentielle au sein de la problématique du plaisir. Jusque là, il interprète toute augmentation de l'excitation comme une source de déplaisir et d'angoisse. Le plaisir est consécutif à une diminution de l'excitation. En 1924, il écrit que la montée d'excitation peut être source de plaisir en lien avec un certain rythme.

Freud décrit désormais deux formes de plaisir : l'un lié à la quantité d'excitations, le « plaisir tension » et l'autre consécutif à la décharge de ces excitations, le « plaisir décharge ». Le « plaisir tension » correspond globalement au sexuel infantile, et le « plaisir décharge » au sexuel génital et à l'orgasme.

Le sexuel humain associe ces deux composantes, « plaisir tension » et « plaisir décharge ». Le sexuel infantile, privé de la décharge consécutive à l'orgasme, est soutenu par le masochisme de vie qui permet de contenir une montée de tension, potentiellement source de déplaisir, et de la transformer en plaisir. Cette tension spécifique ne trouve pas, ou peu, de solution de détente sinon dans l'agitation corporelle. Elle se calera partiellement sur le modèle de la décharge orgasmique après la puberté. Mais le sexuel infantile conservera jusqu'au bout une force d'attraction qui dépasse de loin tout ce que le sexuel génital peut offrir en satisfactions.

La transformation de la tension en plaisir est consécutive à l'intervention du masochisme érogène. Le risque de débordement traumatique est jugulé par ce cadrage précoce. Toutes les mères font attention non seulement au plaisir que le bébé éprouve, mais aussi au fait qu'il ne s'excite pas trop. Autrement dit, le plaisir tension est tolérable au sein de certaines limites, variables d'un sujet à l'autre.

Dans la perspective ouverte en 1920 par le troisième pas de la théorie des pulsions, le sexuel infantile s'inscrit en opposition à l'extinctivité régressive, c'est-à-dire à la tendance de la pulsion à disparaître. Le sexuel infantile tissé dans le lien avec l'environnement maternel, fait barrage. Il construit du lien, et il érotise l'augmentation de la tension.

Pour éclairer autrement cette problématique, il faut reprendre rapidement l'une des composantes centrales du sexuel infantile, la dimension autoérotique.

B) Les autoérotismes

Les autoérotismes sont d'abord définis par Freud, en 1905 dans les *Trois essais sur la théorie sexuelle* comme des plaisirs sans objet. Ainsi, les pulsions dites partielles se satisfont au lieu même de leur émergence, au sein d'une zone érogène, et sans référence à une image de corps unifié.

Cette première définition est évidemment insuffisante car elle néglige la place des soins prodigués par l'environnement maternel. Si on se situe dans la perspective ouverte par Freud à la fin de son œuvre, quand il définit la mère comme « première séductrice », c'est-à-dire comme celle qui tire l'enfant à l'écart de la régressivité pulsionnelle, les choses changent considérablement.

Les autoérotismes peuvent être définis comme la façon dont le bébé s'approprie, intériorise, ou subjective le plaisir pris au contact avec la mère. Il se fait plaisir lui-même comme la mère lui fait plaisir. Les autoérotismes vont donc dans le sens d'une subjectivation et d'une autonomisation du sujet. Mais surtout, et là est le trait essentiel, ils rendent compte du fait que le petit enfant trouve désormais en lui les moyens de contrer la régressivité pulsionnelle.

Il faut cependant tenir compte de la qualité de ces autoérotismes. J'évoquais tout à l'heure les différences qui font que les êtres humains ne sont pas égaux face à la tendance pulsionnelle mortifère. Je parlais de deux séries de facteurs : des facteurs organiques et des facteurs historiques. Parmi les facteurs historiques, la qualité des autoérotismes est un élément essentiel.

C. Seulin (2015) propose l'idée d'un « gradient d'objectalisation des autoérotismes ». On peut définir très globalement trois formes pour ce gradient.

Certaines formes autoérotiques semblent coupées de tout lien à l'objet, comme les stéréotypies qui apparaissent dans la clinique de l'autisme. Dans ces formes, la place de l'objet demeure comme trace comportementale dont le sens a été perdu. L'objet s'est effacé, et il ne reste que l'esquisse d'un élan vers lui, ou d'un repli, répétés à l'infini sous forme de stéréotypies. On peut dire que l'autoérotisme régresse jusqu'à l'auto sensualité par effacement de l'objet.

Une deuxième possibilité se dégage, dans laquelle les activités autoérotiques ne sont porteuses que de traces partielles de l'amour d'objet. L'autoérotisme peut alors prendre une forme compulsive, répétitive, parce que chaque fois insatisfaisante.

Enfin, dans la troisième éventualité, les activités autoérotiques sont pleinement tramées par l'amour et la présence de l'objet.

J'ajoute qu'au regard de ce « gradient d'objectalisation des autoérotismes », la place de l'emprise est loin d'être négligeable. Elle est repérable dans une forme de rapport inversé. Plus le gradient d'objectalisation des autoérotismes est tissé par

l'amour de l'objet, moins l'emprise exerce son action. Autrement dit, la deuxième forme du gradient d'objectalisation dans laquelle les autoérotismes ne sont porteurs que de traces partielles de l'objet, implique nécessairement une part non négligeable de pulsion d'emprise. C'est un point essentiel dans la problématique qui nous occupe. C'est, entre autres, un élément qui va faire le partage entre le processus de vieillissement par tissage du lien, et le processus de vieillissement par immobilisation et désorganisation progressive du lien.

C) Le sexuel génital

Le sexuel humain se construit en deux temps. Le premier temps est celui du sexuel infantile. Le second temps est contemporain de la puberté, de l'apparition des caractères sexuels secondaires et de la capacité orgasmique. La part d'instinct sexuel, c'est-à-dire la dimension physiologique et somatique du sexuel, entre alors en jeu. L'émergence de la puberté rencontre le sexuel infantile déjà là, avec son histoire et ses modes spécifiques. La traversée adolescente peut être envisagée comme le long travail d'accommodement, de cohabitation, de tricotage, de tissage, entre ces deux formes de sexuel, infantile et génital.

Si on se place dans la perspective ouverte par le troisième pas de la théorie pulsionnelle en 1920, l'orgasme, en tant que plaisir de décharge, apparaît au moins partiellement au service de la pulsion de mort. On parle d'ailleurs couramment de l'orgasme comme d'une « petite mort ». L'orgasme se place en partie sous la bannière de l'extinctivité pulsionnelle. Par contre, le sexuel infantile trouve son plaisir non dans la décharge mais dans la montée de l'excitation.

On est donc tenté de penser qu'au sein même du sexuel, il existe une tension potentielle entre sexuel infantile et sexuel génital, tension soutenue par leur flèches presque divergentes.

Cette tension n'est évidemment pas de même nature que la conflictualité qui oppose pulsions de vie et pulsion de mort. Le différentiel entre sexuel infantile et sexuel génital se développe au sein même des pulsions de vie. On peut aller jusqu'à penser que ce différentiel est gardien de la vie par son existence même, et qu'il est consubstantiel à Eros, le principe de liaison.

III) RÉSURGENCE DU SEXUEL INFANTILE ET TRAVAIL DU VIEILLIR

« Nous n'avons que deux vies, et la seconde commence quand on s'aperçoit qu'on en n'a qu'une. »

Je ne sais pas qui est l'auteur de cette redoutable maxime. Quoi qu'il en soit, celle ou celui qui a pensé cette phrase mériterait le prix Nobel de la clinique de la vie, s'il existait un Nobel dans cette catégorie.

Sexuel infantile et vieillissement semblent a priori antinomiques comme si le sexuel infantile était voué à disparaître, happé par l'extinctivité pulsionnelle associée au vieillissement. On peut défendre une conception différente. D'abord parce que nous savons depuis Freud que l'inconscient ignore le temps. Ensuite parce que, loin de se dissoudre au fil des années, je pense que le sexuel infantile dynamise et vivifie le travail de vieillir.

La conflictualité entre les deux formants du sexuel humain, le sexuel infantile et le sexuel génital, est constante tout au long de la vie post pubertaire. Le sexuel infantile peut être réprimé, refoulé ou s'exprimer à travers des fantasmes, des aménagements en double ou triple vie, voire plus, des comportements pervers au sens infantile du terme, ou encore des engagements artistiques, idéologiques ou religieux.

Le vieillissement met profondément en crise la dialectique entre les deux formants du sexuel et touche directement le plaisir décharge. Ainsi, le plaisir tension passe au premier plan mais il se heurte à tous les interdits qui le visent depuis la toute petite enfance. Si la génitalité est soutenue par l'injonction d'une forme de normalité sociale, la sexualité perverse polymorphe liée au sexuel infantile reste l'objet des condamnations du surmoi – idéal du moi.

C'est en ce point que le gradient d'objectalisation des autoérotismes joue un rôle essentiel. Si le sexuel infantile tisse la créativité inventive, le champ des possibles, des plaisirs et des expériences de satisfaction s'ouvre ou, plus exactement, continue de se développer. Mais si l'emprise occupe une bonne partie du terrain, elle vient constamment brider et étouffer l'expression du sexuel infantile pervers polymorphe. Toute créativité, toute invention de sa vie devient difficile.

Le sexuel infantile est donc, au moins partiellement, le moteur de notre seconde vie. Je ne dirais pas qu'on « retombe en enfance » mais plutôt que l'enfance revient, comme facteur dynamisant.

Certains patients viennent consulter au détour de leur crise de maturité, vers cinquante ou soixante ans, voire davantage, à l'aube du travail du vieillir. Si les problématiques narcissiques consécutives à l'avancée en âge sont au premier plan de la souffrance qui motive la demande, la dynamique sexuelle est souvent étouffée sous l'emprise d'un surmoi – idéal du moi relativement totalitaire et tyrannique. L'idée d'un renoncement aux plaisirs de la sexualité, et le maintien en parallèle d'une fantasmagorie sexuelle plus ou moins latente mais toujours aussi vive, sont sources d'une conflictualité parfois taraudante.

Dans d'autres situations, c'est le contraire qui s'exprime, avec le sentiment d'être passé à côté de sa vie, de n'avoir pas vécu une sexualité satisfaisante, empêchée ou entravée par des interdits et des sentiments de honte. Ici, la crise de maturité prend la forme d'une demande de libération, pour sortir des ornières dans lesquelles on s'est enfoncé. Mais très vite, cette demande se heurte à des formes d'interdit : est-ce qu'il n'est pas trop tard ? Est-ce bien légitime, à 50 ans, 60 ans ou plus, de vouloir rattraper ce qui n'a pas été vécu en son temps ?

Deux petites situations cliniques pour éclairer cette question.

La première concerne un homme de 68 ans. Sa femme est décédée des suites d'un cancer il y a plus de 10 ans. Depuis, quelque chose est figé. Il a parcouru le monde à la recherche d'une autre femme qui devait impérativement ressembler à l'épouse disparue : même taille, même couleur de cheveux, même visage. Il en a rencontré plusieurs mais ça n'a jamais marché.

Il s'est toujours bien entendu avec sa femme. Il parle d'un couple presque parfait. Elle l'aidait dans son activité professionnelle, et ils ont élevé leurs trois enfants. Sexuellement ça allait, mais sans plus. Ils n'étaient pas des amants très actifs ni très demandeurs.

Pendant des années, il a couru après une chimère, un double de la femme perdue impossible à rejoindre. Simultanément, tout était figé : sa maison est restée telle qu'elle était le jour du décès de l'épouse. Mais ce qui le gêne considérablement, c'est sa fréquentation des sites pornographiques sur Internet. Il les a découverts par hasard, dit-il, déconcerté par leur accessibilité. Il ne peut pas s'en passer et il se connecte chaque jour.

Deux problématiques s'enchevêtrent dans cette situation.

La première concerne le deuil bloqué de l'épouse. Il cherche son double en vain, et il n'est guère étonnant qu'il n'ait rencontré personne correspondant à ce portrait robot. Derrière la souffrance de ce deuil, on perçoit la dimension d'emprise qui immobilise tout mouvement vers la nouveauté.

La seconde problématique est évidemment inconsciente. Que représente l'épouse perdue, ou plutôt de qui est-elle le fantôme ?

L'histoire de cette union est d'avantage celle d'un frère et d'une sœur, ou d'un fils et de sa mère plutôt que d'un couple homme / femme. Mon hypothèse est que derrière l'épouse perdue, il y a la mère, imperdable. Cet homme a donc passé une bonne partie de sa vie sur un compromis défensif : aimer une femme, mais sans excès, sans trop de sexualité, ou juste ce qu'il faut pour avoir des enfants. Pour le reste, tout était investi dans la famille, le travail et l'engagement associatif.

Le malaise lié à la crise de maturité est consécutif à ce deuil difficile mais surtout au retour du sexuel infantile, libéré par la disparition de l'épouse, sexuel infantile qui fait retour dans la fréquentation des sites Internet, avec son cortège de voyeurisme et d'excitations polymorphes.

La deuxième situation clinique concerne une femme d'une cinquantaine d'années. Elle s'est mariée à 23 ans. C'était le premier homme avec qui elle sortait, et elle n'en a jamais connu d'autre. 30 ans plus tard, il est toujours là, ils s'entendent toujours aussi bien. Sauf que sexuellement, ça ne marche pas, et ça n'a jamais marché.

Elle dit s'être mariée pour échapper à l'emprise d'une famille très conservatrice et pudibonde. Aucun mot n'a jamais été prononcé sur le sexuel. C'était banni, non pensé, ça n'existait pas.

Elle ne sait pas ce qu'est le plaisir sexuel. Elle lit beaucoup d'articles sur la question. Elle connaît les écrits de J. Shaeffer et elle désespère de rencontrer un jour « l'amant de jouissance ». Il faudrait pour cela tromper son mari, ce à quoi elle ne peut pas se résoudre. Elle se sent donc coincée, avec le sentiment désastreux de ne pas être une femme, de ne pas savoir ce que c'est d'être une femme. « Chez moi, dit-elle, tout passe par la tête. Je ne sais pas comment faire autrement. »

Dans la première situation, on assiste au retour claironnant du sexuel infantile. Dans la seconde, c'est un sexuel infantile étouffé qui ne parvient pas à sortir de la gangue de honte qui l'emprisonne. Dans l'un et l'autre cas, ce sont les éléments de censure, du surmoi et de l'idéal du moi qui sont mis en avant : ça ne se fait pas de fréquenter les sites pornographiques, ça ne se fait pas à cet âge, comme ça ne se fait pas de revendiquer une sexualité qui supposerait de tromper son mari.

On pourrait le dire d'une formule un peu condensée : « Le sexuel, ça ne se fait pas », et plus fondamentalement : « Ça ne se fait pas d'être soi-même, de tenter d'être ce qu'on est ». Comment inventer sa vie, comment danser sa vie, sans maître de ballet ?

Alors quelle réponse possible à la question : « Avons-nous l'âge de nos pulsions ? »

Il faut d'abord souligner que la question n'a pas grand sens. Nos pulsions n'ont pas d'âge car l'inconscient ignore le temps. Notre corps vieillit, et notre appareil psychique, particulièrement notre moi, s'adapte avec plus ou moins de facilité et de bonne grâce à ce changement inéluctable. Le moi tricote des compromis et investit de nouveaux objets, il s'efforce d'anticiper tout en étant plus ou moins à la traîne. Il fait avec, entre anticipation et adaptation, et cette balance souvent bancale nous caractérise.

Nous sommes constamment confrontés au double mouvement de la pulsion : ce qui pousse et exige satisfaction et ce qui, simultanément, tend à s'éteindre. A la fin, nous le savons, c'est l'extinction qui gagne, mais pas complètement car ce qui pulse nous conduit aussi à transmettre. La vie continue de ce côté, au delà de nous, mais sans nous.

Je défends donc l'idée que le processus de vieillissement, notre seconde vie, est tramé par le sexuel infantile et par la mise en œuvre du plaisir tension. Le processus d'anticipation et d'adaptation du moi, son double mouvement, soutient notre capacité à vieillir. Tant que ce double processus fonctionne, l'extinctivité pulsionnelle est tenue à suffisante distance, au moins pour un temps.

Pour le formuler autrement, le sexuel infantile poursuit l'action séductrice maternelle inaugurale. Il nous tire à l'écart de l'extinctivité pulsionnelle. Pour le dire encore autrement, il y a ici à l'œuvre ce qu'on pourrait désigner comme une fonction de parentalité, une capacité d'engendrement constante de soi, qui anticipe et qui tient compte des capacités réelles de l'enfant.

De cet enfant que nous avons été, et que nous serons toujours, jusqu'à la fin.

BIBLIOGRAPHIE

- BIANCHI H., (1987), *Le moi et le temps*, Paris, Dunod
- CHERVET B., (2009), « L'après-coup : la trace manquante et ses mises en abyme », *Revue Française de Psychanalyse*, LXXIII, 5, p. 1361-1442**
- CICCONE A., FERRANT A., (2015), *Honte, culpabilité, traumatisme*, Paris, Dunod (nouvelle édition revue et augmentée)
- DEJOURS C., (1989), *Recherches psychanalytiques sur le corps. Répression et subversion en psychosomatique*, Paris, Payot
- FERRANT A., (2015), « Clinique de la double vie : l'équilibre et la précarité » in *La sexualité masculine*, sous la direction de JANIN-LOUDINOT M., DURIEUX M-C., DANON-BOILEAU L., Paris, PUF
- FERRANT A., (2015), « Sexuel infantile et vieillissement » in *Revue française de psychanalyse*, LXXIX, 5
- FREUD S., (1905), « Trois essais sur la théorie sexuelle », trad. fr., in *OCF-P VI*, Paris, PUF, 2006, p. 59-182
- FREUD S., (1914), « Pour introduire le narcissisme », trad. fr., in *OCF-P XII*, Paris PUF, 2005, p. 213-245
- FREUD S., (1915), « Pulsions et destins des pulsions », trad. fr., in *OCF-P XIII*, Paris, PUF, 1994, p. 259-278
- FREUD S., (1917), « Deuil et mélancolie », trad. fr., in *OCF-P XIII*, Paris, PUF, 1994, 259-278
- FREUD S., (1920), « Au-delà du principe de plaisir », trad. fr., in *OCF-P XV*, Paris, PUF, 1996, p. 273-338
- FREUD S., (1923), « Le moi et le ça », trad. fr., in *OCF-P XVI*, Paris, PUF, 1991, p. 255-302
- FREUD S., (1924), « Le problème économique du masochisme », trad. fr., in *OCF-P XVII*, Paris, PUF, 1992, p. 9-24.
- FREUD S., (1938), « Abrégé de psychanalyse », trad. fr., in *OCF-P, XX*, Paris, PUF, 2010, p. 225-305
- LAPLANCHE J., (1987), *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris, PUF
- LE GOUES G., (2000), *L'âge et le principe de plaisir*, Paris, Dunod
- QUINODOZ D., (2008), *Vieillir : une découverte*, Paris, PUF
- RIBES G., (2009), *Sexualité et vieillissement*, Paris, Masson
- ROUSSILLON R. et al., (2014), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, Paris, Masson (nouvelle édition revue et augmentée)
- SEULIN C., (2014), « Émergence et transformations de la sexualité infantile dans la cure », in *Revue française de psychanalyse*, LXXIX, 5
- SUCHET D., (2014), « Un commencement sexuel », in *Revue française de psychanalyse*, LXXIX, 5
- VILLA F., (2010), *La puissance du vieillir*, Paris, PUF
- WINNICOTT D.-W., (1971) *Jeu et réalité*, trad. fr., Paris, Gallimard, 1975

« Re-naissance » de Lili De la pulsion immobilisée à la relance de la pulsion

**Catherine Balouzat
Magalie Klockenbring**

Magalie Klockenbring :

Il y a une dizaine de jours j'ai accepté (non sans trac et avec plaisir !), la proposition de Jean-Marc Talpin de venir présenter un cas clinique lié au thème du jour issu de ma pratique Clown Relationnel®. Catherine Balouzat et moi-même sommes donc ici pour échanger sur cette question du devenir des pulsions. Pour ce, je vais vous présenter une rencontre-accompagnement et des questionnements cliniques issus de ma pratique. Catherine vous parlera ensuite de sa place de cadre de santé et de clown relationnel. Il m'a semblé en effet que nos regards issus d'un positionnement différent, pouvait nourrir le questionnement du travail interdisciplinaire, indispensable à mon sens à un continuum contenant et cohérent dans les soins prodigués à nos aînés pour soutenir leurs pulsions de vie et les nôtres !...

Il me semble important de commencer en présentant sommairement la pratique du Clown Relationnel®. Celle-ci a pris sa source en Belgique dans les années 80. Elle a été créée, initiée par Christian Moffarts, clown-thérapeute et son épouse Françoise Camus, infirmière graduée sociale (ICRCT, Liège). C'est suite à un spectacle auprès d'enfants autistes que Christian Moffarts a dû suspendre pour se laisser improviser avec chaque enfant, que cette démarche s'est inventée. Elle a été longuement élaborée par ses créateurs pour créer ce concept de Clown Relationnel®, « mot valise » pour parler de soins relationnels à médiation artistique. Démarche d'art-thérapie pratiquée essentiellement par des soignants, l'art du clown est décentré de l'art du spectacle au profit des soins relationnels, où le clown s'offre aux sujets en souffrance avec sa sensibilité, son ouverture et les pulsions de vie qu'il ose exprimer et mettre au service de l'accompagnement.

Je me suis formée à cette démarche en 1998 et depuis je travaille dans différentes institutions en tant que clown relationnel. J'interviens surtout en gériatrie et

psychogériatrie. Quelques années après le début de cette formation, j'ai entrepris de longues et riches études de psychologie clinique dans le cursus FPP, pour essayer de comprendre toujours plus les sujets singuliers que j'accompagne et évoluer dans ma pratique professionnelle. Aujourd'hui en master 2, je suis, je l'espère, à la fin de ce parcours universitaire.

Ce que je vais vous présenter est le début d'une élaboration après l'accompagnement de Lili, une élaboration que j'avais commencée il y a plusieurs années dans mon cursus universitaire et laissée en jachère... Je l'extrai donc de son sommeil et le revisite pour vous et avec vous aujourd'hui. Merci pour votre indulgence quant à ce travail qui demanderait beaucoup d'approfondissement...

Le contexte d'une intervention particulière...

Nous sommes deux clowns relationnels, venues dans une maison médicalisée pratiquer une intervention Clown Relationnel®. Celle-ci est offerte à l'établissement par un centre de formation. Par ce geste ce centre souhaite remercier la maison de retraite pour l'accueil régulier qu'elle fait à ses stagiaires. Deux formateurs du centre nous accompagnent pour nous filmer afin que le lendemain nous puissions visionner le film aux stagiaires en formation pour amorcer avec eux un débat sur les soins relationnels.

Nous ne connaissons rien du contexte institutionnel, les soignants ne connaissent pas notre démarche, les responsables qui organisaient l'intervention n'ayant pas fait le travail d'information qu'ils devaient faire.

Juste avant l'intervention, nous nous présentons à l'équipe. Je perçois une équipe en souffrance. La tension est palpable : une soignante nous foudroie du regard, manifestation hostile à notre présence. Certaines expriment leur peur que nous infantilisons les personnes âgées. Je situe le cadre de notre travail. Face aux mots « accompagnement et soins relationnels », certaines soignantes « ouvrent les vannes » : « on aimerait bien passer du temps avec les résidents. Au lieu de ça, on court toute la journée, bientôt on ne les habillera plus et ensuite on ne les lèvera même plus ! On est vraiment trop peu ! ». Elles nous apprennent que le directeur de l'établissement vient de changer, qu'elles sont en pleine revendication, ont posé des journées de grève. L'institution est dans un régime de survie où le minimum est assuré.

N'ayant pas été préparées à notre venue, les soignantes ne se sont pas questionnées sur les résidents en besoin de soins relationnels. Nous ne recevons aucune information sur eux (démarche habituelle dans nos interventions). Les soignantes nous proposent juste d'aller dans un service où les résidents sont les plus dépendants.

Dans ce contexte plutôt lourd, nous prenons tout le temps nécessaire à notre préparation pour entrer en « état clown relationnel », puis nous partons à l'aventure dans les couloirs de l'institution. Plusieurs rencontres se vivent spontanément dans les chambres et les couloirs par l'accroche des regards. Notre présence suscite de l'ouverture, du plaisir, de la joie.

Un représentant des usagers de l'hôpital nous croise dans un couloir. Il nous accompagne un moment. Enchanté par ce qu'il voit, il me demande de rencontrer une dame. Tout en marchant dans le couloir pour aller jusqu'à sa chambre, il nous brosse un rapide portrait d'elle.

J'apprends que cette dame est surnommée Lili. Atteinte de la maladie d'Alzheimer, en arrivant dans l'institution Lili déambulait dans le couloir et parlait avec tout le monde. Affable, joyeuse, elle était la mascotte du service, tout le monde l'aimait beaucoup. Depuis trois ans, sans que l'on sache pourquoi, elle s'est refermée, ne parle plus, ne communique plus que sur un registre agressif, rejette tout contact. Elle ne sort plus seule de sa chambre, doit être tirée par les bras pour marcher. Le monsieur qui me parle d'elle, explique son état par l'avancée de sa maladie. Il est très affecté de la voir ainsi et me demande de la rencontrer. J'acquiesce à sa demande.

L'accompagnement de Lili

Sans pause, ni recentrage, j'entre dans la chambre de Lili. C'est la fin de la journée, je sens la fatigue des rencontres précédentes avec ce que chacune m'a demandé d'attention, de présence. Le clown relationnel qui m'accompagne crée tout de suite un lien avec la voisine de chambre de Lili qui sourit de la voir et lui tend les mains.

C'est donc seule que je vais à la rencontre de Lili.

Lili est repliée dans son fauteuil, la tête dans les épaules, recroquevillée sur elle-même, dans sa « bulle », dans une attitude corporelle qui confirme les dires que j'ai reçus. Elle semble vraiment coupée du contact.

Je m'avance doucement, la salue en la nommant par son surnom. Sans se redresser, elle me jette un regard noir courroucé.

Je m'avance encore un peu jusqu'à lui toucher la main. Elle la retire vivement.

Je me recule. Je vois que je suis allée trop vite pour entrer en contact avec elle, je ne me sens pas assez disponible, pas vraiment reliée à elle, je suis à la surface de moi et par conséquent à la surface de la rencontre. Je ne suis pas prête, pas vraiment engagée.

Plusieurs personnes sont à la porte, désireuses de savoir si j'arriverais ou non à créer un contact avec Lili. Une caméra me filme. Je sens le poids de ces regards, le désir d'une réussite et me sens complètement démunie quant à l'issue de cette rencontre.

J'observe ce qui se passe en moi, mes épaules qui se tendent, mes mâchoires qui se serrent. Je prends conscience que j'ai peur, peur d'une agression éventuelle, peur des regards qui sont sur moi. Je reviens à la conscience de mon corps, à mon bassin, à la conscience de mes pieds sur le sol, à ma respiration, je recherche une fluidité corporelle, relâche les tensions que je peux relâcher. Je retrouve une certaine paix qui me permet de m'engager à nouveau dans l'aventure de cette rencontre.

Je retente une ouverture et prends tout le temps cette fois pour entrer en contact avec elle.

Je m'accroupis et cherche tranquillement son regard. Je reste près d'elle, paisible, consciente de ma respiration, disponible, ouverte à ce qui peut se vivre, sans projet.

Je m'appuie sur la posture de base et la position basse du clown relationnel, bien enracinée dans mon corps, acceptant de ne pas savoir, ouverte au plus que je peux à tous les possibles (ou impossibles !) de cette rencontre.

Je l'« écoute avec mes yeux », avec mon cœur, mes sensations, mon intuition, tous mes sens en éveil : je vois une femme recroquevillée sur elle-même, la tête plongeant en avant, me jetant de furtifs regards par en dessous, tendue, comme prête à bondir. Je perçois sa détresse, me laisse toucher par elle et m'engage dans la rencontre à partir de ce qu'elle me donne à voir, à sentir, à ressentir.

Mon regard tranquille, disponible, accueille le sien qui prend la fuite, hostile, retranché. Néanmoins son regard est moins sombre, je la sens plus ouverte. A-t-elle perçu le changement dans mon implication, mon ouverture, mon désir authentique de la rencontrer ? Je continue à laisser faire, à être là, disponible sans rien chercher, dans l'accueil et l'ouverture. Je n'ai plus peur, je suis paisible. Je fais abstraction pour un temps de tout ce qui nous entoure, des personnes qui nous regardent depuis la porte et commentent, ou parlent entre eux, pour être totalement avec elle quoiqu'il arrive.

Ses mains tapotent la tablette de son fauteuil. Elles vont et viennent de cette tablette à sa robe, jouent avec le tissu avant de repartir.

Je pose prudemment mes mains sur sa tablette et la tapote à mon tour en suivant les mains de Lili à distance. Lili ne rejette pas cette entrée en relation, sa « bulle » semble s'entrouvrir. Nos mains continuent à jouer, elles se rapprochent peu à peu, en viennent à se toucher, s'effleurant d'abord, se touchant ensuite très doucement.

Il me vient une chanson douce que je commence à fredonner. J'y glisse son surnom. Son visage n'est plus aussi tendu, nos regards se croisent. Elle semble apprivoiser peu à peu ma présence. Nous jouons ainsi un moment.

Puis elle me prend la main, porte mon doigt à sa bouche. Vu son agressivité latente, ce n'est pas sans crainte que je la laisse faire. Mais après une seconde d'hésitation, j'adhère, j'accepte, je verrai bien. Au pire je serai mordue et alors ? Elle porte mon doigt à sa bouche mais au lieu de le mordre comme je le craignais, elle se met à le sucer, puis à le téter. Je la laisse faire, adhère à sa proposition, pleinement avec elle. Nous sommes à présent toutes les deux dans sa « bulle ».

Je l'accompagne par le regard. Adhérant à ce qu'elle vit, je lui parle doucement.

Au bout d'un moment, elle quitte mon doigt, plonge son regard dans le mien et balbutie des sons inintelligibles. J'adopte son langage, reprends ses sons, pour l'encourager à poursuivre.

Elle replonge dans la succion de mon doigt, puis se remet à me parler. Je soutiens toujours. Ses mots deviennent plus cohérents, j'en comprends quelques uns que je reformule. Au milieu de ces mots pêle-mêle, j'entends plusieurs fois le mot : « maman », que je valide, reformule, reconnais comme important.

Nous passons ainsi un long moment. Tantôt elle me tâte le doigt, tantôt elle me « parle » dans son « baragouinage » qui devient peu à peu un langage un peu plus compréhensif. Je suis complètement présente à elle, soutenant ce qu'elle vit, ce qu'elle dit, dans un échange extrêmement sensible et doux. Je ne suis plus du tout

fatiguée, je suis toute à elle, tout en restant bien enracinée, bien présente à moi. Elle finit par me sourire le visage tout détendu et me caresse le visage.

Puis elle commence à regarder ce qui se passe autour d'elle, sa « bulle » s'ouvre sur l'extérieur. Je m'ouvre avec elle à ce et ceux qui nous entourent.

Les personnes restées à la porte ont vues et soutenues à leur manière ce qui se passait entre Lili et moi, commentant positivement son ouverture. Des commentaires qui m'ont soutenue pour oser poursuivre et m'aventurer dans ce pas à pas relationnel si délicat. Ils sont là présents pour recevoir et accueillir joyeusement la réouverture de Lili. Lili se « reconnecte » au monde, notre relation peut s'achever.

Je prends alors tout le temps nécessaire pour la quitter doucement.

L'intervention terminée, j'échange dans le couloir avec l'infirmière. À sa grande surprise nous voyons Lili sortir toute seule de sa chambre et s'acheminer vers la salle à manger. L'infirmière est saisie, elle dit : « c'est un miracle ! ». L'instant d'après, une soignante (celle qui me foudroyait du regard le matin) revient avec Lili qu'elle tire par les bras pour la ramener dans sa chambre. C'est là qu'elle mange d'habitude.

Je suis atterrée, bouleversée par cette attitude comme robotisée de la soignante qui n'a pas su s'adapter, créer à partir de ce que vivait Lili, qui n'a pas pu se réjouir, l'accueillir en salle, lui faire place. Je repars mal à l'aise, me questionnant sur la justesse de ce type d'accompagnement sans continuum dans les soins, sans reprise au niveau institutionnel, craignant d'avoir fait plus de mal que de bien à cette résidente.

Quelques mois plus tard, j'apprends que depuis notre rencontre Lili s'est remise à marcher et à communiquer avec tout le monde dans le service. L'infirmière avec qui j'avais communiqué et qui avait été témoin du changement de Lili a-t-elle accompagnée cette ouverture et questionné, re-questionné la prise en soin de cette dame ? Le changement de Lili a-t-il permis un changement de regard et d'attitude de la part de l'équipe soignante avec elle ? Je n'ai pas de réponse à ces questions. J'ai en revanche bien des questionnements sur ce qui s'est passé, tant pour cette dame que pour moi dans cet accompagnement, les deux étant à mon sens en étroite relation.

Le clown Relationnel : « miracle » ou médium malléable ?

Pour rejoindre Lili, je me suis tout d'abord laissée touchée psychiquement par elle. J'ai pris le temps de l'entrée en contact, puis je me suis laissé « pétrir », modeler par ce qui se vivait entre nous, très à l'écoute de ses réactions, des miennes et de mes intuitions, bien présente à moi. Je l'ai écoutée et accompagnée de manière inconditionnelle dans ses besoins. Les fondements du clown relationnel m'ont beaucoup aidés, à savoir : l'état clown relationnel qui est « un état paradoxal entre lâcher prise et conscience » où je peux me laisser être dans le moment présent, enracinée dans la posture corporelle et la position basse de l'Auguste, l'empathie sensible corporelle et ludique, la communication non verbale en état de jeu marqué

ici par la spontanéité et la créativité intuitive, l'adhésion à tout ce qui se vit, la fonction contenante, l'engagement à donner et recevoir des nourritures affectives. Ma malléabilité dans l'instant, au service du processus de Lili semble avoir remobilisée en elle un mouvement pulsionnel qui prend forme avec moi, par ma posture physique et psychique d'accueil inconditionnel où j'accepte d'être utilisée, déformée, modelée par elle tout en restant pleinement reliée à moi. N'est-ce pas le propre du médium malléable décrit par Marion Milner et revisité par René Roussillon que de se prêter comme objet malléable aux besoins, impulsions, désirs du sujet, voire de les solliciter, tout en étant contenant, réceptacle de ses pulsions en gardant une « vie propre » ?

Accompagner la régression, relance de la pulsion

Winnicott parle pour la première étape d'accompagnement d'un nourrisson d'un état particulier de la mère qu'il nomme « la préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 1963) où la mère a la capacité de s'adapter et de se vouer entièrement à son nouveau-né, de s'identifier à lui, de savoir ce qu'il ressent, état dont elle se guérit ensuite et qu'elle oublie. La description de cet état me fait faire un parallèle avec ce que nous appelons « l'état clown relationnel » dont je parle précédemment, cet état de réceptivité aiguisée et d'accueil inconditionnel par l'identification consciente à l'autre que nous nommons « empathie sensible ». Cette ouverture aux ressentis de l'autre, à ce qu'il nous donne à voir dans le langage du corps et l'infraverbal, sur base duquel nous osons nous engager dans un « donner-recevoir » sensible au plus près de ses besoins. Un état qui nous demande une préparation pour y entrer et que nous prenons le temps de quitter consciemment après notre intervention.

Il est intéressant de noter que Winnicott indique que pour parvenir à cette congruence de la mère avec son bébé « elle utilise sa propre expérience de nourrisson et ainsi se trouve elle-même dans un état de dépendance et vulnérable » (Winnicott, 1963). N'est-ce pas grâce à cette expérience de nourrisson inscrite en moi que j'ai pu m'ouvrir en vulnérabilité et rejoindre Lili à ce stade de bébé ? Cet état de grande sensibilité et d'ouverture m'a été indispensable pour la rejoindre et Lili a sans doute perçu que ce qu'elle allait exprimer serait accueilli, qu'elle pouvait me faire confiance.

Mais l'expérience du nourrisson en nous n'est-elle pas également un frein par les traces de nos blessures archaïques, les manques, les carences dans les soins que nous avons pu recevoir, pour accompagner l'enfant, voire le bébé dans les sujets psychologiquement dépendants ? Si la régression peut être une ressource par le retour à des états antérieurs de satisfaction, elle peut aussi être dangereuse lorsqu'elle met en contact avec des souffrances primitives. N'y a-t-il pas réactivation de ces blessures archaïques non conscientisées, non symbolisées, voire de la répétition des vécus primaires dans la maltraitance passive ou réactive par exemple ? N'est-ce pas pour nous épargner cette réactivation et éviter de retoucher à des traumatismes enkystés que les besoins des sujets régressés à ces stades archaïques sont si peu reçus, entendus, pris en compte ? Je laisse ces questions ouvertes...

Pour revenir à Lili, il me semble qu'elle a transféré sur moi, un « bon objet », une « mère suffisamment bonne ». Au fil de cet accompagnement, j'ai le sentiment qu'elle a pu, par ce mouvement régressif de succion, retoucher à un ancrage maternant positif et que, par cette tétée et la relation nourricière et maternante qui s'est tissée entre nous, elle a pu combler un besoin prenant racine dans sa vie archaïque. Je suis interpellée par cette « régression dans sa régression » à mon contact. En effet, j'émetts l'hypothèse, au regard de son attitude opposante, que lorsque je l'ai rencontrée, Lili était fixée au stade anal. Avec moi, elle a régressé jusqu'au stade oral où je l'ai accueillie et accompagnée. Dans la tension de cette régression satisfaisant son désir de me téter, de me dévorer, j'ai été attentive à ne pas me laisser prendre dans une séduction régressive avec elle, en posant des mots sur ce qui se vivait, en restant dans la parole et en accompagnant ses tentatives de langage, une tension où j'ai accompagné la part bébé sans oublier la part adulte. Lili a pu ainsi retrouver un ancrage dans le présent après avoir été reçue dans une régression qui a relancé ses pulsions de vie immobilisées. Elle a retrouvé le langage, s'est ré ouverte au monde et a été accueillie par un chœur d'observateurs attentifs qui a manifesté sa joie de la voir s'ouvrir à nouveau. Quel cadeau pour elle!

La question de l'agressivité comme tentative d'expression d'un malaise

Quand je vais la rencontrer, Lili semble dans une phase de retrait relationnel sur un mode défensif, retranchée dans un repli qui pourrait être relié à une souffrance exprimée sur le mode de l'agressivité. L'autre semble d'emblée le « mauvais objet » à éviter. Que s'est-il passé pour elle il y a trois ans qui l'a fait se replier alors qu'elle était la mascotte du service ? N'y a-t-il pas eu une dimension active dans son repli agressif, liée à un investissement trop massif ou inadapté de l'équipe ou de certains soignants à son égard? N'était-ce pas la surinvestir que de lui donner cette place de mascotte, un nom qui désigne une fonction de porte-bonheur ? Lili n'avait-elle pas des comportements régressifs que les soignants ont associés à des comportements infantiles qui leur faisaient du bien, les faisaient rire, la rendait « aimable » mais dans lesquels elle n'était pas reconnue dans sa dimension d'adulte voire reniée dans sa part souffrante ? S'est-elle retranchée pour se protéger d'un investissement non ajusté à elle ?

A-t-elle été aux prises avec une perte d'objet ? Décès d'un proche, d'un résident, départ d'un soignant avec lequel elle aurait tissé une relation affective nourrissante, voire nourricière, en tout cas privilégiée ?

A-t-elle été aux prises avec la perte de certaines de ses fonctions cognitives, physiologiques, pertes porteuses d'angoisses, entamant l'estime d'elle-même ?

A-t-elle été aux prises avec la crise de l'établissement qui a créé un climat d'insécurité ?

Au moment de notre rencontre, Lili semble s'être refermée, laissée glisser dans un syndrome dépressif et régressif non conscientisé par l'entourage et non accompagné. Personne ne semble avoir été présent pour l'étayer psychiquement dans un moment de fragilité lié à un évènement X ou Y.

Ce repli n'est-il pas relié à une réponse non ajustée de l'environnement ? N'est-il pas un mécanisme de défense lorsque l'entourage n'est pas suffisamment bon, contenant, enveloppant ? Le comportement agressif de Lili pourrait manifester d'une réaction saine, d'un désir de vivre coûte que coûte.

L'agressivité peut être une défense face à des agressions extérieures. Mélanie Klein dit qu'« il est évident que certaines formes d'agressivité jouent un rôle considérable dans la lutte pour l'existence » (Klein, 1968). Elles manifestent que la personne ne renonce pas à un désir, à une pulsion de vie justement. Je poursuis encore avec Mélanie Klein qui dit qu'« il existe une explication évidente aux sentiments d'hostilité, dans beaucoup de cas du moins ; c'est que les personnes qui éprouvent ces sentiments ne sont ni heureuses ni satisfaites de leur sort ou de leurs conditions de vie » (Klein, 1968).

Par sa réaction agressive à l'encontre de ses relations d'objet Lili n'a-t-elle pas manifesté d'une insatisfaction, d'une frustration ou d'un besoin non reçu, non entendu qu'elle n'a pu exprimer autrement que par cette voie ?

Joan Rivière, psychanalyste proche de Mélanie Klein, parle de l'agressivité comme pouvant résulter d'une prise de conscience d'un état de dépendance, dépendance ressentie comme dangereuse, impliquant d'éventuelles frustrations. Elle parle de la dépendance dans les relations amoureuses, terreau humain où elle se manifeste d'une manière particulièrement forte, où « le désir nous lie aux autres » avec le danger potentiel de la souffrance que cette dépendance peut engendrer. La relation amoureuse n'est-elle pas le « terreau idéal » pour réveiller le lien premier qui unit à la mère avec la dépendance qui en découle ?

Dans la relation du sujet âgé au soignant n'y a-t-il pas aussi une certaine dépendance, voire une dépendance certaine ? Certains sujets vivant en institution sont très fragilisés. Leur dépendance me renvoie à celle du bébé avec la notion de contenance, les concepts de « mère suffisamment bonne », de « holding », de « handling » chers à Winnicott. Tout comme pour le bébé, puis l'enfant, selon le degré de dépendance du sujet âgé, un environnement suffisamment bon qui s'ajuste à ses besoins, contient, maintient, me semble nécessaire pour pallier à ses failles, ses pertes, ses crises identitaires, pour contenir ses angoisses, accompagner ses retours de mémoire.

Pour ce, un continuum dans les soins dans un esprit d'interdisciplinarité me paraît indispensable.

Catherine Balouzat :

Regard d'un cadre de santé

Mon témoignage part d'un constat fait tout au long de ma carrière en gériatrie, constat de l'évolution des soins mais aussi de mon propre cheminement pour accompagner au mieux dans ma fonction de cadre les équipes qui elles-mêmes accompagnent les résidents. Très vite en qualité d'infirmière puis de cadre j'ai pris

conscience que la qualité des soins était en lien direct avec la qualité de l'environnement que nous offrons ou non aux résidents.

Il ne s'agit pas de « jeter la pierre » aux soignants qui œuvrent avec l'histoire de l'institution et leur propre histoire mais de comprendre ce qui se passe dans nos institutions.

Comment la philosophie de vie a-t-elle été définie par l'ensemble de l'équipe ? Quel sens donner à l'activité des soignants ? Les SOIGNANTS sont-ils des agents isolés, en prise directe avec le soin qu'ils donnent comme ils veulent, ou peuvent, ou sont-ils les représentants de l'ensemble du personnel et de la philosophie des soins de l'institution et œuvrent en complémentarité les uns des autres au bien-être des résidents ?

Quelle place laissons-nous à nos aînés en institution ? Sont-ils accompagnés comme des sujets désirants ayant des projets jusqu'à la fin de leur vie ou comme des objets de soins qui conduisent comme le souligne Magalie à une « robotisation des soins » ? Comment percevons-nous les troubles du comportement comme l'apathie, le mutisme, le repli sur soi qui ont tendance à ne pas « déranger » les soignants ou au contraire l'agressivité, les cris etc. qui peuvent devenir vite insupportables et induire une contention chimique ? Est-ce des troubles du comportement ou les seuls moyens d'expression dont disposent les personnes âgées psychiquement dépendantes pour se faire entendre ?

Comment accompagner ces sujets dépendants dans leurs besoins non reçus, non entendus sinon par un changement de regard sur eux, par un questionnement en équipe pluridisciplinaire, des analyses et des réflexions comme l'a fait Magalie pour tenter de comprendre ce qui a pu se passer chez Lili pour qu'elle régresse ainsi ?

Les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et autres troubles apparentés nous confrontent aux réalités humaines les plus crues liées à la démence, aux crises du vieillissement avec la dépendance et à la fin de vie.

Selon WINNICOT « sous certaines conditions d'environnement soignant, ce qui a été gagné peut être perdu ce qui a été perdu regagné ». Comment soutenir, accompagner ou réveiller les pulsions de vie en institution ? Selon Bernadette CUISINIER « l'animation vise à redonner du souffle, de l'âme ». Oui ! Mais comment ? Par des soins vivifiants qui selon Marie-Françoise COLLIÈRE « sont essentiels en psycho-gériatrie », qui « mettent de la vie là où le mortifère s'installe » selon Marion PERUCHON et qui sont « d'abord et avant tout mobilisateurs de vie » selon Louis PLOTON.

Ce sont ces professionnels, ces chercheurs de la relation humaine (parmi tant d'autres) qui m'ont « nourrie » intellectuellement et guidée dans ce pas à pas de la rencontre avec les personnes âgées psychiquement dépendantes. Ils sont venus éclairer ce que je percevais intuitivement de cette richesse émotionnelle qui, peu à peu, avec les blessures de la vie s'est enfouie chez ces personnes.

La première intervention Clown Relationnel® dans mon institution a été pleine de surprises mais aussi d'interrogations. J'étais animée de sentiments contraires. « Waouh ! C'est génial ces regards qui brillent, ces ouvertures des personnes âgées vers ces clowns alors qu'ils ne se connaissent pas ! ». Et puis j'ai pu voir aussi des regards hostiles, de résidents, de soignants, de la direction qui craignait

l'infantilisation des personnes âgées. Une seule intervention a eu lieu, la direction n'ayant pas souhaité renouveler l'expérience. Puis l'institution a eu la chance d'avoir un directeur intérimaire qui était persuadé du bien-fondé de cette nouvelle approche. Il m'a proposée d'instaurer des interventions régulières tous les 2 mois. Et là avec les équipes nous avons pu vérifier le bien-fondé de cette démarche. L'envie de poursuivre cette découverte s'est fait ressentir. Mais j'étais tiraillée par de l'envie et de la peur. J'avais appris par ma collègue cadre, clown relationnel depuis déjà 10 ans, combien cette formation l'avait transformée à la fois sur le plan personnel et professionnel. Il s'agissait entre autre d'un travail sur soi. Etais-je prête pour cela ? Cette aventure vers la connaissance de moi-même me faisait peur.

J'ai alors participé à un atelier découverte du Clown relationnel® et là j'ai compris que pour aller à la rencontre de ces personnes avec ou sans nez rouge je devais être moi-même, authentique, avec l'envie d'être au plus près de qui je suis et non la représentation de la fonction de cadre telle que je me la représentais.

L'envie de « franchir » le pas et de devenir moi aussi Clown relationnel® s'est faite de plus en plus pressante avec toujours ce mélange de peur et d'envie. Le « cadre » s'est envolé laissant toute la place à Catherine. Et là j'ai été vraiment à ma place de soignante mais aussi de cadre, d'épouse et de mère !!

Cette formation - transformation m'a permis de prendre conscience de qui je suis, de travailler sur moi pour me permettre d'aller pleinement vers l'autre. Avec l'aide d'un, puis de la psychologue de l'équipe, j'ai pu peu à peu accompagner les agents individuellement vers la prise de conscience de qui ils sont dans leur fonction soignante. La prise de conscience de ce qui se passe dans la vie en relation, de l'influence de notre corps, notre voix, notre regard, des émotions qui nous habitent, de ce que l'autre perçoit de nous. Les aider à comprendre ce qui peut se passer en nous mais aussi en chaque résident. Chaque personne est unique et chaque moment partagé est tout à fait singulier. La relation est une alchimie particulière entre ce que la personne a été et ce qu'elle est à l'instant présent, entre ce que j'ai été et ce que je suis dans l'instant présent. Comment apporter des soins vivifiants sinon en étant déjà authentiquement vivant soi-même, porteur de vie !!

Chaque soignant peut oser sortir de sa toute-puissance de soignant. Oser être soi-même, authentique, vulnérable, accepter de ne pas savoir et d'apprendre de la personne âgée qui sait ce qui est bon pour elle et peut, voire veut, nous montrer le chemin. Elle peut et va nous montrer le chemin si nous sommes bienveillants et attentifs à elle, à ce qui se passe en elle au moment présent. A l'écoute de ce qu'elle peut nous transmettre dans le verbal et le non-verbal : saisir une émotion, un mot parmi des paroles inintelligibles en lui prêtant nos mots pour exprimer ce que nous percevons d'elle, si nous savons créer un climat d'écoute par des regards et des attitudes bienveillantes, enveloppantes, rassurantes.

Ceci ne peut se faire en institution sans un personnel suffisant en nombre mais surtout en qualité. Des soignants qui ont certes des diplômes mais aussi une ouverture du cœur.....

Catherine Balouzat

- COLLIERE M.F., « *Soigner... le premier art de la vie* », éd. Masson, Paris, 2001 pour la présente édition, 456 p.
- CUISINIER B., « *Accroître le soin relationnel* », éd. Chronique Sociale, Lyon, 2002, 359 p.
- KLEIN M., RIVIERE J., « *L'amour et la haine* », éd. Payot, Paris, 1968, 170 p.
- PERUCHON M., « *Le déclin de la vie psychique* », éd. Dunod, Paris, 1994, 164 p.
- PLOTON L., « *Maladie d'Alzheimer, à l'écoute d'un langage* », éd. Chronique Sociale, Lyon, 1999, 170 p.
- WINNICOTT D. W., « *le passage de la dépendance à l'indépendance dans le développement de l'individu* », in « *Processus de maturation chez l'enfant* », éd Payot, Paris, 1963, p. 43-54

« Avec le corps pour tout langage : danser, voir, être vu et exister encore »

Leslie ALEMAGNA

Martine RIGAL

1. La rencontre de deux projet : un projet de recherche et un projet d'animation

Je suis Leslie Alemagna, j'ai eu mon diplôme de psychologue en 2011 à l'Université Lyon 2 et j'ai tout de suite continué en Doctorat car on m'a fait une proposition de sujet de thèse.

Dans ma formation, je me suis toujours intéressée aux médiations artistiques, c'est pourquoi j'ai accepté de travailler sur le sujet : **Comment changer le regard sur les personnes Alzheimer en utilisant des dispositifs artistiques et culturels.**

J'ai travaillé pendant 3 ans, grâce à un contrat doctoral (contrat CIFRE), au sein de l'association ACPPA dont l'établissement « La Vérandine » fait parti.

A travers la question du changement de regard, je m'intéresse à la question des représentations sociales sur la maladie d'Alzheimer et sur les personnes qui en sont atteintes.

Le point de départ de mon travail est que : l'étiquette « Alzheimer » est souvent dangereuse car stigmatisante et laisse place à des représentations négatives de la maladie.

- ⇒ renvoie à la folie
- ⇒ projections déshumanisantes
- ⇒ exclusion et marginalisation

Les personnes se retrouvent alors toujours confrontées à leurs pertes donnant lieu à un repli sur soi et un retrait du monde extérieur. Les individus sont touchés au cœur même de leur identité et perdent peu à peu leur reconnaissance sociale donnant lieu à une invisibilité sociale. Ainsi, comment redonner une visibilité aux personnes à travers un regard valorisant ?

Dans mon travail, je m'intéresse surtout au regard des familles et les difficultés qu'elles rencontrent avec leur parent atteint de maladie d'Alzheimer ; notamment en terme de relation et de communication.

La maladie devient une entrave à la communication et à la relation. Le proche (conjoint, enfants) ne reconnaît plus son parent comme celui qu'il a connu

auparavant et avec qui il a construit une histoire commune. Cette histoire commune se retrouve « effractée » par la maladie : « *Je ne reconnais plus celui qui fait parti de mon histoire* ». Il faut alors trouver des moyens pour reconnaître son parent et pouvoir continuer à être en relation avec lui. Ne pas se baser que sur les pertes mais sur ses capacités encore restantes.

Dans mon travail, j'é mets l'hypothèse que faire appel à l'art et la culture permet de renouer le lien à travers la dimension émotionnelle et relationnelle. Et ainsi aller dans le sens d'un re -narcissisation des personnes, donc d'une valorisation et d'une reconnaissance sociale. Je soutiens l'idée qu'il existe chez tout sujet, malgré son âge et son handicap, une pulsion créatrice restée intacte.

Je suis Martine Rigal, art-thérapeute de formation et animatrice depuis 5 ans à « La Vérandine » qui est un EHPAD qui accueille 95 personnes dont 83 % environ de personnes âgées démentes.

Sur mon temps partiel, je propose des animations en petit et grand groupe dans l'établissement mais aussi à l'extérieur. Un de mes objectifs de travail est le développement de la vie sociale au sein de la maison de retraite, cet objectif étant un point important de notre projet d'établissement.

Pour moi cette notion de vie sociale est essentielle et dépasse largement la simple animation d'ordre occupationnelle. C'est-à-dire qu'il me semble important:

- que cela concerne chaque résident quel qu'il soit et quelle que soit sa pathologie et ses troubles.
- qu'il est nécessaire d'essayer de répondre au mieux à ses demandes et ses désirs.
- et qu'il reste citoyen dans la mesure du possible et au moins citoyen du quartier.

Comme vous vous en doutez, il est difficile en tenant compte des problématiques psychiques et physiques liées au vieillissement de répondre par des propositions adaptées. Cela demande d'être imaginatif et créatif. Habituellement les propositions d'animation s'adressent à des groupes plus ou moins grands et mon souhait serait de pouvoir prendre le temps de rencontrer chaque résident là où il en est et dans ce qu'il est.

Un grand nombre de résidents désorientés sont souvent dans une demande d'attention et d'écoute importantes. Pour ces personnes, il y a un vrai besoin de propositions adaptées ainsi qu'avec des personnes qui n'ont plus la capacité de formuler des demandes et pour lesquelles je constate aussi l'importance de prendre le temps de se poser et de communiquer avec elles. Dans tous les cas, ces temps individuels mis bout à bout sont extrêmement chronophage et en trop grand nombre pour être envisageable et cependant essentiel, car je suis intimement convaincue que cela fait partie intégrante de l'animation.

Mon expérience d'art-thérapeute m'a permis de repérer ces demandes non formulées et ces besoins en latence.

Cependant, le manque de temps et un grand nombre de résidents me font vivre une grande frustration, pour ne pas rester sur un sentiment d'insatisfaction et de travail inachevé j'ai été amené à réfléchir et à élaborer un projet pour répondre à ce manque.

Pour ma part, la médiation culturelle et artistique me semble être tout à fait pertinente dans la mise en œuvre de propositions qui pourraient enrichir la vie sociale d'une maison de retraite.

Ce projet, je l'ai intitulé "Donner à voir, laisser une trace exister" car régulièrement on constate le besoin qu'on les familles de donner à l'établissement des objets affectivement investis par leur parent décédé. Pour ma part, j'observe la nécessité qu'éprouve chaque être humain à laisser une trace de soi exister, par la filiation, par l'achèvement d'une réalisation, la création d'une œuvre ou de garder précieusement des photos, objets ou toute autre action qui témoigne d'une histoire, d'une existence.

Cette considération découle également de mon questionnement concernant la vie en communauté subie par la grande majorité des personnes âgées à cause de leur dépendance. C'est en les côtoyant dans ma pratique d'animateur et en observant leur quotidien en EHPAD que des questions sont venues :

- Comment peut-on exister dans la multitude, sachant que la personne âgée et de surcroît démente souffre de l'isolement provoqué par une déliaison sociale ou psychique ?

- Comment permettre à chaque résident de l'établissement de se raconter et de laisser une trace de son passage dans ce dernier lieu de vie qu'est le sien ?

- Quels moyens utiliser pour faire état de la mémoire d'une existence et des caractéristiques d'une identité ?

Ce travail a pour objectif de donner la "parole" à chacun, de se raconter et de se définir là, dans ce qu'il est au temps présent, mais aussi fort de tout ce qui l'a construit et constitué tout au long de sa vie.

L'idée étant de proposer un espace dans lequel, dans un 1^{er} temps on pourra collecter histoire de vie et matériaux signifiants mais aussi qui offre la possibilité à chaque résident de mettre en forme artistiquement son histoire de vie et les traces mémorielles représentatives de cette histoire personnelle avec l'intention de "laisser une trace de soi exister".

La finalité étant que ce projet s'adresse à chaque résident de l'EHPAD, qu'il devienne pérenne et s'inscrive dans le projet d'établissement. En définitive, c'est un travail sur le regard que chaque personne porte sur sa vie, sur ce qui le définit et donc sur l'image qu'il désire donner à voir et qui "fera trace" sur les murs de « La Vérandine ».

- [Immersion au sein d'un atelier](#)

(Leslie Alemagna)

Au fil de mes observations au sein de l'établissement « La Vérandine », j'ai été intégrée dans un atelier de musique mené par un musicien qui vient dans l'établissement 1 fois par semaine. Pendant un mois d'été, l'intervenant a proposé le projet de réaliser, au sein de l'établissement, l'enregistrement de chants et musiques, avec du matériel adapté (casques, micros, table, multi-pistes d'enregistrements...). Pour ce faire le groupe de résidents participant devait être plus restreint ; les séances sont hebdomadaires.

Cet espace est devenu un lieu d'échanges, de rencontres et de création ; fondamentalement un lieu d'expression, où s'échangent regards, plaisanteries,

encouragements, conseils...un moment un peu à part au sein de l'établissement, « dans » et « hors les murs » : « *Quand on est ici, on a l'impression d'être ailleurs...* » dit une des résidente à la fin de l'atelier ; s'étonnant que celui-ci soit déjà fini : « *on ne voit pas le temps passer* ».

- [Proposition d'un projet de photographies](#)

Le déroulement de cet atelier, permet, au fil des séances, de réaliser et de matérialiser des « objet traces » qui pourront être conservés, montrés et être sources de souvenirs.

Freud utilise « l'objet archéologique » comme métaphore pour parler de l'objet trace. Il avance l'idée que l'objet psychique inconscient est structuré comme un objet archéologique :

« L'archéologue est un fouilleur, qui constitue les traces, recueille les objets, les re-constitue en eux mêmes et en leur contexte. Il reconstitue donc l'objet à partir des restes. C'est à ce titre l'un des spécialistes de la trace. Son paradoxe est d'ailleurs qu'en extrayant du terrain l'objet, il le fait disparaître de son lieu pour l'inscrire dans l'espace de la culture : l'archéologie est écriture » (P.L., Assoun, 2005).

A travers les enregistrements, il s'agit de venir « fouiller » dans la mémoire de chacun, de retrouver les traces laissées par les mélodies chantées autrefois afin de les reconstituer et les inscrire dans l'actuel. La proposition de cet espace de création permet alors à chacun de venir ancrer sa présence et transmettre une partie de soi.

A la suite de cela, avec Martine et toujours avec le soutien de la direction, nous avons organisé une véritable exposition de toutes ces photographies intitulée, « Au fil de l'âge » qui a duré plus d'un mois. La mise en place de cette exposition a été une véritable collaboration et un travail de co-construction.

A travers ce projet de photographie, l'objectif était véritablement d'aller vers des dispositifs qui proposent un autre regard sur les personnes vivant en EHPAD. Cette démarche était tout à fait en lien avec le projet d'établissement et la philosophie de la direction.

2. Vers le Projet Babel

(Martine Rigal)

A l'origine, la participation à ce projet a vu le jour grâce au REAG8 qui est un réseau..... Dont il me semble important de souligner cette initiative riche aussi bien pour les animateurs et les usagers d'EHPAD. Je fais donc partie de ce réseau qui a pour objectif principal de mutualiser compétences et moyens pour permettre d'enrichir la vie sociale de nos usagers.

Le contenu du projet Babel correspond totalement à notre désir de développer des actions extérieures à l'EHPAD en redonnant une place de citoyen à nos résidents et surtout en leur donnant l'opportunité d'être à nouveau un acteur visible et valorisé.

Du côté de la Maison de la Danse, ce qui a intéressé Dominique Hervieu, chorégraphe et directrice de la Maison de la Danse hormis la

mixité, c'est le fait qu'un de nos kinés proposait des cours de Tai Chi adaptés aux personnes âgées.

A partir de là, le pas a été vite franchi vers ce projet Babel qui rassemblait divers intérêts des deux côtés. Et pour nous professionnel d'EHPAD, c'était aussi l'occasion de partager un projet commun avec nos résidents, c'est-à-dire d'être acteur au même titre qu'eux de ce spectacle tout en les accompagnants.

➤ **Présentation de Babel 8.3. :**

Babel 8.3. qu'est ce que c'est ?

C'est un projet qui a été lancé par la chorégraphe et directrice de la Maison de la danse, D. Hervieu pour les habitants du 8^{ème} et 3^{ème} arrondissement. Toutes personnes était acceptées sur le projet même si elle n'avait aucun lien avec la danse. Ce projet s'est réalisé en partenariat avec l'Auditorium de Lyon (3^{ème}) et France 3.

L'objectif de ce projet était de créer avec tous les participants (250) un grand spectacle chorégraphique et musical sur la scène de la Maison de la Danse. Pouvoir emmener les participants au cœur d'un processus créatif, leur permettre de s'approprier la danse de manière singulière et offrir à des mateurs des conditions de travail de professionnel.

Cela a aussi était un moyen de mettre n valeur la diversité des culture et également la dimension intergénérationnelle puisque les participants étaient âgés de 5 à 99 ans. C'est à partir de l'identité de chacun et des pratiques de chacun (hip hop, free style, danse orientale, chant berbère, dans contemporaine, Tai chi...) que D. Hervieu, et les chorégraphe associé à chaque groupe (10) ont conçu les différentes séquences composant le spectacle.

La musique, fil conducteur de ce spectacle était Mozart, jouait par l'ONL.

Ce projet a donné lieu à 3 représentations en mai 2015.

De plus, il a été créé pendant toute la durée de ce projet une « web-série », qui permettait chaque semaine de suivre l'évolution du travail et de suivre une personnalité dans chaque groupe

Après des personnes âgées, et notamment des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, il a été particulièrement étonnant d'observer l'engagement émotionnel et relationnel des personnes au sein de ce projet.

Une mobilisation des objets psychiques internes qui a favorisé la pulsion créatrice et la pulsion de vie. La musique, la danse font appel à la mémoire du geste et aux souvenirs. Les personnes semblent être « nourries » à l'intérieur d'elles mêmes. Ce qui procure des émotions positives à travers l'expérience de la rencontre.

Impressions et discours des participants

« Ca m'a rappelé la période de ma jeunesse quand ma mère chantait »

« J'ai ressenti un mieux être, car on pensait ne pas être capable de le faire et puis on l'a fait... Ce spectacle a été beaucoup d'émotions mais pas de trac car on ne voit pas les gens ».

« J'étais contente quand M. m'a enlevée comme une plume. Ça m'a fait vivre une grande joie et puis on s'est beaucoup amusé. J'adore, il faudrait recommencer avec plaisir ».

« J'ai bien aimé tout... »

« Ça m'a procuré de la joie. C'était très agréable. »

« J'ai eu du plaisir et de la joie »

« Ça laisse un bon souvenir. Ca m'a rappelé ma vie avec mon mari musicien, je jouais du violon, la vie d'artiste...C'était une aventure »

« De l'émotion et de la joie. Je ne m'attendais pas à faire ça ».

« Très belle rencontre. Une fille formidable qui transmet plein de choses »

« On apprend à se connaître et cela permet de garder l'équilibre du corps et de la tête ».

« Je ne peux pas vous dire exactement ce que l'on fait, mais c'est du bonheur de faire ça, même si ce n'est pas toujours facile. Vous savez, je dansais déjà dans la nuit des temps »

« C'est quelque chose quand même tous ces gens ! C'est beau de se retrouver là ».

« J'ai peur de ne pas tenir le coup en jouant le spectacle quatre fois. C'est important ce projet, on est avec les autres. Les dames sont sympathiques. Les mouvements ne sont pas trop difficiles, mais il faut s'en rappeler. On verra bien »

« Fière non. Mais contente quand même. Pleine, pleine, voilà. (...) Je me dis là au moins, j'ai pas perdu mon temps ».

« J'ai dansé toute ma vie, j'adore ça. Et puis, je suis légère, facile à mener ».

3. Quelques vignettes cliniques

(Martine Rigal)

- **Christiane**

Pour cette personne qui est très angoissée, cette aventure a été synonyme de dépassement de soi. En effet, à l'issue du projet le témoignage de Christiane concernant cette expérience a dit : "on pensait ne pas être capable de le faire et puis on l'a fait".

Dans son cas, la valorisation a été un facteur positif car à maintes reprises, elle a verbalisé son plaisir de participer à ce spectacle et aussi sur le fait qu'elle ait été capable de répondre à ce qu'on lui demandait sur le plan corporel. Mais surtout de

pouvoir être sur scène d'être vue et reconnue ont été d'une importance capitale pour elle.

- **Antoinette**

Cette expérience a été un fil qui la reliait à sa vie de musicienne et d'épouse d'artiste avec un mari musicien et chef d'orchestre.

Au travers de cette aventure, j'ai senti combien il était important pour Antoinette de revivre l'exigence des répétitions, la nécessité d'être assidu, d'être dans la justesse du mouvement que requiert la création chorégraphique. Toutes choses qu'elle a connues en tant qu'artiste.

Il est clair que cette aventure artistique a fait revivre et remobilisé tout un pan extrêmement important de sa vie d'artiste et d'épouse.

- **Pierrette**

Pierrette est une dame qui a une mémoire très altérée et tout au long de l'aventure, chaque moment était une découverte du contenu du projet, des actions et des personnes liées à Babel. Mais ce qui a été important pour elle c'est que ce projet était lié à la musique et en l'occurrence à Mozart et qu'il y a eu de nombreuses occasions où elle a été sollicitée pour "pousser la chansonnette" et considéré pour ce talent.

D'ailleurs lorsque j'ai fait un tour des ressentis de chaque participant après le spectacle, Pierrette ne voyait pas de quoi je parlais mais le lien qu'elle faisait quand je lui expliquais le contenu de Babel, c'était la musique et elle m'a dit "moi, je chante tout le temps". Eh bien oui, pour Pierrette cette expérience l'a conforté dans ce qui la fait vivre et qui reste la seule chose qui l'intéresse vraiment.

- **Rencontre entre Odile et Carla**

Cela a été une vraie rencontre entre Odile (85 ans) et Carla (assistante de DH et chorégraphe qui nous a accompagnée tout au long des répétitions).

Odile a rapidement investie Carla lors des répétitions, il faut dire qu'Odile est une passionnée de danse et que sa profession l'a amené à être médecin de garde à l'Opéra et à l'Auditorium durant des années. Elle a aussi beaucoup pratiqué la danse et le Tai Chi.

Odile sollicitait beaucoup Carla lors des répétitions où elle s'impliquait corps et âme et c'est ce qui a débouché sur une vraie complicité entre elle.

Ce qu'il a été intéressant d'observer, c'est combien tout cela semblait naturel à Odile : de répéter, de danser, de faire partie d'un spectacle,... alors que pour Carla c'était une grande surprise de découvrir que l'envie et la volonté de bouger, de danser était encore aussi présente et vivace pour cette dame âgée, malade et dépendante.

Ce qui a aussi très troublant c'est de constater que tout au long des répétitions (8 mois) et malgré la dégradation cognitive et physique d'Odile, sa passion et son désir de danser n'ont jamais faibli.

Je vous ai parlé de son investissement avec Carla mais il faut savoir qu'elle assistait par ailleurs à toutes les répétitions d'un groupe de danseurs qui répétait dans nos murs tous les 15 jours et qui eux aussi faisaient partie du projet Babel. Elle s'immisçait dans leur répétition et dansait avec eux. Abdou, le chorégraphe et

danseur hip hop, l'a accueilli et intégré à son groupe et certaine fois aussi, il a dû freiner son engouement à répéter ses chorégraphies pour éviter les accidents.

4. Quelques « Babel histoires »

(Leslie Alemagna)

« Ces grands costauds avec ces petites grands-mères »

C'est lors d'une répétition, que D. Hervieu évoque l'idée de danser avec ces jeunes danseurs. Elle dit aux résidents : « *Ce sont de grands jeunes garçons, qui font une danse qui se danse essentiellement dans la rue, que l'on appelle le Hip-hop. Je me suis dit que cela pourrait être bien si certaines d'entre vous voulaient danser avec eux. Qu'est ce que vous en pensez ?* ». Réaction spontanée ne résidente. : « *oh bin moi ca ne me dérange pas !* », rires amusés des autres participants. Une autre résidente semble un peu plus sur la réserve : « *Ils ont quel âge ? Parce que moi j'ai 93 ans quand même !* » puis elle se met à rire. Puis certains s'étonnent : « *Ah bon ?* » ; « *Ils sont charmants vous verrez !* » les rassure la chorégraphe.

La rencontre avec les deux jeunes danseurs se fera sur la scène de la Maison de la danse, lors d'une répétition. Ils commencent par un solo de danse hip-hop, énergique et acrobatique avant d'aller chercher leurs cavalières. A ce moment là, ils sont très délicats et très doux. Ils ralentissent leurs gestes, leurs corps deviennent un appui pour ceux plus fragile de leurs partenaires. Ils se regardent, ils se sourient, ils se suivent.

Comme le dit D. Hervieu : « *Ces grands costauds très délicats avec ces petites grands-mères, ce sont des images inattendues dans notre société. Des personnes mises de côtés dont le corps est habituellement rejeté, se retrouvent ici prises en compte, prises en charge avec douceur* ».

Marie semble très vite à l'aise avec son partenaire. Même si la première fois qu'il vient la chercher, sûrement impressionnée par sa grandeur et sa carrure, elle le regarde en lui disant « *on va essayer hein ?* ». Mais elle suit ses gestes sans difficulté et se laisse mener. La chorégraphe osera même proposer un porté. Elle demande au jeune danseur et à Marie si cela est possible. Avec enthousiasme, elle répond sans hésitation : « *oh oui ! Ça ne me dérange pas, je suis légère comme tout !* ». C'est plutôt le jeune danseur qui émet de la réserve au début.

Marie-Louise a un pas plus hésitant. Elle n'ose pas lâcher les mains de son partenaire et s'agrippe à lui. Ils ont plus de difficultés à se trouver. Elle semble gênée par le regard des autres et moins libre dans son corps ; le dos courbé avec des petits pas moins assurés. Finalement, elle évoquera plus tard l'envie de ne pas faire ce solo. Cela l'angoisse beaucoup. Elle est gênée depuis quelques temps par des problèmes d'incontinence. Ce corps qui lui fait défaut, parfois imprévisible, elle préfère ne pas le mettre à l'épreuve pour ne pas « *qu'un petit accident* » arrive sur scène. Elle préfère rester assise avec les autres participants. Les solos se feront donc entre Odile. et Carla et Marie. et son jeune danseur.

Le spectacle continue

Pour la première représentation, nous partons avec tous les participants. L'organisation perturbe un peu le déroulement quotidien. Nous mangeons tous ensemble un peu plus tard que d'habitude ; 19h au lieu de 18h.

L'ambiance est plutôt détendue. Certaines n'arrivent pas très bien à resituer ce que nous allons faire après le repas. Nous expliquons plusieurs fois que nous partons à la Maison de la danse, pour faire notre chorégraphie. Certaines acquiescent même si l'on perçoit que cela manque de concret pour elles. Mais personne ne se refuse à y aller. Ainsi, nous partons dans une bonne humeur générale.

Arrivés sur place, nous sommes accueillis et installés dans notre loge qui se trouve juste à côté de la scène. Notre chorégraphie se situe au milieu du spectacle. Il faut donc attendre un petit moment avant de monter sur scène. Pendant notre attente, Odile s'endort assise sur le canapé où elle est assise. Nous la laissons dormir tout en se disant qu'il faudra la réveiller tout de même un peu avant pour qu'elle entre en scène. Le spectacle est filmé ce soir et Odile doit interpréter son solo avec Carla. Quand nous voulons réveiller Odile, celle-ci ne se réveille pas. Marie-Louise qui est sa colocataire de chambre et inséparable de son amie, nous dit : « *laissez moi faire, je la connais bien* ». Elle s'adresse à Odile : « *Odile réveille toi. Il faut que tu te lèves. Tout le monde t'attend là bas. Il faut que tu y ailles...* » Odile ne réagit toujours pas. « *Odile on t'attend. Réveille toi...C'est toi la bête Odile. Il faut que tu montes sur scène* ».

L'atmosphère est un peu tendue. Nous le ressentons. Le spectacle avance et l'on vient nous chercher pour venir sur scène. Carla tente également de la réveiller mais rien n'y fait. Odile sourit dès qu'elle entend le son de sa voix mais n'ouvrira pas les yeux. Il faut y aller. Les spectateurs nous attendent. Tout le monde est un peu déboussolé. Marie-Louise me regarde légèrement inquiète en me demandant : « *Qu'est ce que l'on fait alors ?* ». Je lui répond : « *On va aller sur scène, le spectacle continue. Une infirmière est avec nous pour s'occuper d'elle, ne vous inquiétez pas. Elle a juste besoin de se reposer* ». Marie-Louise me suit et accepte malgré tout de monter sur scène. Odile et Marie-Louise sont toujours très inquiètes l'une pour l'autre. Mais Marie-Louise me dit qu'elle dansera pour Odile Elle qui ne voulait pas danser debout sur scène, accepte la proposition de danser avec Carla ce soir à la place de Odile.

Ainsi, elle assure le spectacle. Elle ressort de scène avec un immense sourire. Odile s'est réveillée. Et semble s'être reposée. Carla vient la voir dans la loge est lui dit avec ironie et complicité : « *c'était bien cette petite sieste ?* ». Malgré les aléas, le spectacle a continué et Marie-Louise a pu vivre cette expérience de danser debout sur scène, épaulée par Carla. Elle semble très heureuse. Le lendemain Odile montera sur scène et, reprenant son rôle, dansera sa partie avec Carla.

Par ces vignettes cliniques, nous percevons comment la rencontre peut avoir lieu entre des personnes qui dans l'ordinaire ne se seraient peut être jamais rencontrées. Le lien se crée. La différence d'âge, de génération, de centres d'intérêts...pourrait empêcher cette rencontre et pourtant elle a bel et bien lieu. Chaque personne est reliée par un projet commun qui est celui de réaliser un spectacle ensemble. Pour cela, il faut prendre le temps de s'approprier, de s'adapter à l'autre, à son corps, à son rythme... Il est très intéressant de voir comment les jeunes danseurs modifient leurs gestes, leurs attitudes des qu'ils se trouvent avec leurs partenaires. A travers la danse, ils arrivent à « être ensemble ».

La rencontre de Odile avec Carla a relancé la notion du « désir de l'autre », prendre du plaisir à être avec l'autre. Par la danse, c'est essentiellement le corps qui entre en jeu.

La pulsion met en avant le mouvement et ici la dynamique de vie. La vieillesse, quand elle entraîne des pertes de capacités cognitives nous renvoie à la destruction, la déliaison que représente la pulsion de mort. Mais ce qui est très intéressant avec une telle démarche, c'est qu'elle permet de mettre en lumière la permanence de l'humanité vivante qui se dégage à travers la pulsion de vie. Il y a une liaison qui s'opère à travers la rencontre et le partage.

Puis la dernière vignette clinique est très intéressante car elle met en exergue comment les liens qui se tissent entre les personnes peuvent être déterminants au sein d'une situation inattendue et comment, poussée par cette relation, les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer peuvent nous surprendre. Marie-Louise a pu avoir confiance en ses capacités et a réussi à dépasser ses craintes.

Elle permet de percevoir comment la perturbation d'un événement peut mobiliser les liens entre les personnes et engager quelque chose qui est de l'ordre du pulsionnel. Personne ne s'attendait à ce que Odile s'endorme au milieu du spectacle, qui plus est, le soir de la première. Symboliquement c'est un acte fort.

Tout le monde percevait chez Odile sa passion pour la danse, en lien avec son histoire personnelle, et le plaisir que les répétitions et les retrouvailles avec Carla lui procuraient. Il y a donc eu un fort investissement de la part de l'équipe d'accompagnants. Nous rappelons que Odile fait partie des personnalités qui ont été choisies pour être suivie pour la web tv. Il y a donc beaucoup d'attention autour de Odile C'est d'ailleurs elle qui se trouve au centre de la scène avec Carla lorsqu'elles doivent effectuer les solos avec Mme A. et son partenaire. Mais Odile surprend tout le monde lorsqu'elle s'endort au milieu du spectacle alors que beaucoup l'attendait sur scène. La façon dont elle s'endort et ne se réveille pas est d'ailleurs assez théâtrale.

Nous pouvons penser que cet endormissement soudain serait une mise en scène de sa propre mort. En effet, les membres du personnel de la Maison de la danse étaient très inquiets et angoissés en la voyant ainsi ; certains pensant qu'elle était en train de s'éteindre. Mais cette mise en scène pouvait aussi être perçue comme un moyen de protection marqué par son refus de monter sur scène.

Parallèlement, l'intervention et la mobilisation de son amie et voisine de chambre Marie-Louise surprend tout le monde. Alors que nous nous attendions à ce qu'elle s'inquiète très fortement pour son amie et qu'elle manifeste une très grande angoisse l'amenant à ne plus vouloir monter sur scène, il en a été tout autrement. C'est elle qui semble « reprendre les rennes » de la situation face à notre impuissance à réveiller Odile

Nous rappelons que Marie-Louise souffre de troubles cognitifs importants ; or, à ce moment précis, elle a tout à fait compris l'enjeu de la situation et le rôle qu'elle pouvait avoir auprès de son amie. Elle a pris l'initiative d'aller lui parler en nous demandant de la laisser faire : « *je la connais, laissez moi faire* ». Elle l'encourage, la motive, la renvoie à la force de sa présence au sein du groupe: « *C'est toi la bête !* », sous entendu « *C'est toi la bête de scène !* ».

C'est Marie-Louise qui a transformé la situation et notamment les regards sur elle en acceptant d'aller sur scène sans son amie pour la remplacer. Elle qui ne voulait pas danser debout devant les spectateurs de la Maison de la Danse, par peur du regard

des autres et par honte, dansera avec Carla. Elle ressortira très heureuse de cette expérience.

La dimension intersubjective s'exprime par l'importance du partage entre les personnes et la force de la rencontre. Ainsi, chaque personne devient actrice dans ce processus de création. La créativité devient le témoin, le produit, des différentes singularités présentes à un moment donné, partageant un objectif commun. Marie-Louise a permis une transformation de la situation et donc une transformation du regard.

Ce soir là, Odile n'est pas montée sur scène et Marie-Louise poussée par son amitié et le lien sensible qui l'unit à son amie, a été capable de la remplacer sous le regard de tous.

Expérimenter de nouveaux mouvements avec son corps permet de transformer sa façon d'être au monde et modifie le rapport avec l'autre. Se crée un champ de possibilité de communication différent. Le corps ne peut exister tout seul. Il a besoin d'être sollicité, touché, relié à l'environnement extérieur et à d'autres corps. Un corps à corps qui met en avant toute la dimension sensible de la rencontre et ouvre l'espace à une expérience partagée.

5. Conclusion et ouverture

A travers son travail scénique, elle opte pour une hétérogénéité des styles et des techniques. Elle utilise comme outil la vidéo à travers des incrustations d'images projetées sur la scène. Par ce processus, elle vient interroger le rapport corps réels/corps virtuels où la réalité se mêle à l'irréel. Il y a une dualité des espaces de part la création d'interactions visuelles entre les danseurs « *en chair et en os* » et leurs avatars qui se situent dans des lieux et des temps différents. Se crée alors un jeu de miroir entre la personne réellement présente et son double qui n'est qu'une image. Ces images sont alors là pour définir les codes d'un « *langage symbolique* » allant du conscient à l'inconscient, de l'intérieur à l'extérieur. Ce mouvement de va et vient, élaboré ici à partir d'une recherche artistique, nous interpelle sur la problématique des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, perdues entre le réel et l'irréel et perturbant toutes nos possibilités de communication.

A travers la danse, les personnes jouent sans cesse entre le monde réel et le monde imaginaire. Entre le monde extérieur et le monde intérieur qui est celui du désir et de la sublimation et entre le visible et l'invisible. . Ce qui est recherché dans ce processus artistique c'est « *un jeu de circulation, d'échange, d'intersection* ». Se mêlent et s'entremêlent différentes écritures, différents langages, différentes images issues de différentes cultures. Cette démarche artistique met en avant la force médiatrice de l'art et de la culture.

La pulsion est ce qui donne le sens, la direction du processus psychique, son vecteur. Un mouvement qui va de la déliaison à la liaison. Ce qui marque l'ensemble de cette démarche c'est la création de lien et d'échange. A travers la danse, c'est d'abord le corps qui s'anime et qui va avoir une incidence sur le psychisme. La pulsion de vie entraîne un mouvement en avant. C'est une matière convertible qui va se transformer pour aller vers une quête de plaisir.

Cette transformation de la pulsion a permis aux personnes d'investir ces temps dansés et d'entrer au cœur du processus créateur.

Dans ce projet, D. Hervieu met en scène une métaphore du lien, une façon d'appréhender le « vivre ensemble ».

Les corps sont en relation réciproque les uns avec les autres et les zones corporelles sont considérées comme des lieux sources pour les pulsions. L'expérience corporelle donne une première forme aux expériences psychiques à travers lesquelles la représentation est possible. Il y a donc un va et vient. Un passage de l'un à l'Autre qui retranscrit la rencontre. Rencontre inattendue, rencontre improbable entre deux mondes qui d'ordinaire, ne se rencontrent pas. La mise en scène de ces couples d'opposés se retrouve toujours dans une parfaite harmonie. Des accords harmonieux où le duo chasse le duel. La chorégraphe met à l'œuvre une « éthique et une esthétique du plaisir ». Elle crée un monde qui n'exclut pas mais qui inclue. Une vision humaniste qu'ils donnent à voir à travers la danse : « exubérant, exultant, exaltant, excédant de vie, pulsion, impulsion, pulsation dans un jaillissement jubilatoire du corps en gloire, d'Eros triomphant joyeusement de Thanatos » (B. Pélegrin, 2009).

Ce qui importe c'est le geste et les potentialités du corps, unique à chacun. Elle parle d'une « grammaire singulière » qui s'accorde au groupe et propose à chacun un « répertoire de possibilités ». La rencontre avec soi, avec les autres, avec le public et le partage des émotions se trouve au cœur de ce projet: "Babel, c'est une porte qui s'ouvre sur d'autres regards". C'est laisser une trace par la rencontre.

Il s'agit ici de venir chercher la personne atteinte de maladie d'Alzheimer là où elle en est, avec ses possibilités actuelles, tout en restant dans la valorisation et la reconnaissance. La personne atteinte de maladie d'Alzheimer devient alors un « Babélien », présent de tout son être au sein de ce projet dansé. Elle est présente avec sa fragilité et ses souvenirs qui s'envolent mais touché en plein cœur par l'émotion et le plaisir d'être là, sur l'instant : « vivre au seul présent du plaisir ». Le dialogue passe par le regard avec ce rapprochement des corps qui dansent côte à côte : « Regardez vous ! Regardez la personne à qui vous donnez cet objet si précieux ». C'est une recherche du ressenti, de la sensation. D. Hervieu perçoit chez chacun une sensibilité et beaucoup de plaisir "à voir comment le mouvement peut, dans leur vie quotidienne, leur donner des émotions et des relations poétiques entre eux".

Par ces dispositifs il y a ainsi une démarche d'aller au contact des choses, au contact du monde et de s'en saisir en captant l'image : « Faire sortir le nouveau, dans le routinier » comme le dit l'artiste Ernest Pignon-Ernest.

"Avec le corps pour tout langage,
Tu as osé la rencontre,
Pour que ce soit vraiment une victoire, il faut que tu touches les spectateurs,
Tu regardes les gens qui te regarde"²

² Extraits de paroles de divers participants au spectacle Babel 8.3. Dialogues enregistrés et diffusés sur l'écran vidéo pendant le spectacle.

Il manque

« Destins des pulsions en institutions »

Christelle DECORME,

**Le destin des pulsions en institution
Aurélie DESME-BARRY**

La clinique des sujets âgés nous invite à revisiter certaines idées reçues, non seulement sur le destin des pulsions au grand âge (épuisement, disparition de la pulsion), mais aussi plus largement sur la clinique adulte. En effet, les sujets âgés nous enseignent leur manière à chaque fois unique de faire avec le symptôme tout au long d'une vie, leurs solutions pour que cela "tienne" des années durant, ou ce qui peut provoquer un effondrement. La notion de décompensation tardive bouscule nos représentations concernant les âges les plus fréquents pour l'émergence d'une maladie psychique (l'adolescence pour la schizophrénie, le milieu de vie pour la

mélancolie...). On pourrait entrer tardivement dans la folie? Ou est-ce le signe d'un effritement de nos défenses?

Notre époque tente plutôt d'attraper cette question du côté du déclin cognitif ou bien des dysfonctionnements du cerveau. C'est une part du travail demandé au psychologue à l'hôpital, en service de médecine gériatrique ou en service de soins de suite. Dans ces lieux des soins du corps, je rencontre donc des patients âgés à un moment de leur vie où quelque chose du corps se défait, et où leurs défenses semblent bien malmenées. Aussi, à la frontière entre le somatique et le psychique, la pulsion suivrait-elle le même destin?

A cet égard, ma rencontre avec Dominique a été pour moi très enseignante.

Dominique a tout juste 78 ans à son arrivée en service de court séjour gériatrique. Il y a une certaine agitation autour de son arrivée, les soignants m'en parlent, sont inquiets, avec l'idée que cette patiente ne se trouve pas hospitalisée au bon endroit et nécessiterait des soins "psychiatriques". Le médecin me dit sa préoccupation pour cette patiente qui s'est présentée à plusieurs reprises aux urgences, sans que rien de somatique ne soit identifié, et qui a refusé le suivi CMP comme les psychotropes. Il entend bien son insistance, mais me dit aussi son intérêt, teinté de curiosité, pour une de ses particularités : Dominique est née homme. Elle n'a pas été opérée, mais a obtenu le changement de sexe au niveau de l'état civil il y a des années. Le médecin s'interroge sur un éventuel hermaphrodisme, sur de possibles traitements hormonaux... Toutes ces préoccupations, ces interrogations autour d'elle, loin de me renseigner, finissent par m'éloigner des raisons qui l'ont conduite à l'hôpital.

Dominique est hospitalisée pour amaigrissement (IMC inférieure à 15) et asthénie. Elle a fait plusieurs tentatives de suicide, dont une récente. Elle a des antécédents de cancer pulmonaire (lobectomie 6 ans plus tôt) sans récurrence. Depuis quelques années, elle s'est installée chez un ami d'enfance, de 10 ans son aîné, avec qui elle s'est pacée mais dont elle ne me parlera à aucun moment durant l'hospitalisation. Malgré ses réticences à "voir un psychologue", elle consent tout de même à me parler. Je ne rencontre pas une personne agitée comme on me l'avait présentée, mais quelqu'un de profondément inquiet, peut-être un peu véhément du fait de l'angoisse, et dont les propos sont parfois difficiles à suivre. Elle parle fort, beaucoup, remet en question en bloc les avis des médecins, a des idées bien précises sur les traitements qu'elle ne prend pas toujours, ou en exige d'autres.

A la fin de notre première rencontre, Dominique me confie qu'elle souffre de manière viscérale de ne pas être entendue, « depuis toujours », insiste-t-elle. Elle craint une fois de plus que le corps médical n'entende pas sa plainte. Cela lui est déjà arrivé, explique-t-elle, les médecins auraient mis du temps par exemple à faire le diagnostic de son cancer pulmonaire. Je m'étonne: comment se fait-il que les médecins ne l'entendent pas? Elle répond qu'elle est devenue « un objet de fascination » pour l'autre, en particulier pour le corps médical, du fait de son « transgenre ». Elle ajoute que cette fascination fait écran et dissimule la maladie, d'où son angoisse. Je prends également sa réflexion comme une indication précise : peut-être faut-il une part d'ombre ? Il faut en effet un certain effort pour ne pas céder à la curiosité, ne pas trop chercher à « savoir » (voir ça?), s'il a eu des interventions, un traitement hormonal etc. Je m'en tiens à ce qu'elle me dit "je n'ai jamais voulu modifier ce corps... Je souhaite qu'on m'accepte telle que je suis".

Pourriez-vous me dire ce qui vous amène à l'hôpital?

Dominique se plaint de ne plus dormir depuis des mois; elle en a perdu l'appétit et s'inquiète de son amaigrissement. Sa dernière tentative de suicide serait survenue dans ce contexte-là. Elle tentait de mettre un terme à cet état de veille constant. Elle ne trouve plus le sommeil en raison des bruits des véhicules passant constamment devant chez elle. A l'hôpital aussi, les bruits sont insupportables : elle entend les conversations des soignants (qu'elle suppose à son propos), les portes qui claquent, un objet qui tombe au loin, les pas dans le couloir. Elle ne parvient pas à s'en protéger et on peut s'interroger sur d'éventuelles hallucinations tant elle le vit d'une manière intrusive. La nuit, le silence met en relief d'autres bruits, des acouphènes tout aussi intolérables. Évoquant cela, Dominique se souvient que sa mère souffrait comme elle de ne pouvoir se soustraire aux bruits. Elle la pensait dépressive et l'avait convaincue de rencontrer un psychiatre. Elle raconte : « Ce jour-là, alors que je la quittais, je la regardais me faire signe par la fenêtre. Je ne la quittais pas des yeux, jusqu'à ce que je passe l'angle de la rue. Elle s'est alors effondrée ». On l'a retrouvée morte le lendemain « terrassée par un infarctus ». C'est un peu comme si elle la tenait du regard et elle imagine qu'elle s'est effondrée au moment précis où elle l'a lâché des yeux. J'entends le danger que représentent cet état d'extrême vigilance, le corps qui s'effondre, le fil ténu qui la tient.

Je reprends en parallèle avec le médecin du service. C'est une patiente « difficile », qui remet toujours tout en question. Elle a des explications sur ses symptômes que le médecin ne valide visiblement pas, à propos d'éprouvés divers, comme la sensation que ses jambes se dérobent, ne la portent plus etc. Progressivement, l'intérêt qu'on lui porte se déplace légèrement, et ne concerne plus seulement son changement de sexe. Dominique a le don de trouver les sujets de conversation qui touchent l'interlocuteur. (Cinéma, lecture, musique). Son « transgenre » n'est plus en ligne de mire, mais elle ne devient pas invisible pour autant, elle est “regardée” pourrait-on dire, différemment. Les soignants me questionnent moins : « comment faut-il l'appeler? » (elle/il?), et s'intéressent plutôt à ce qu'elle se nourrisse mieux ou dorme correctement. Dominique s'apaise, se montre plus discrète, parle moins sans retenu, “à ciel ouvert” avec les soignants. Nous découvrons une femme cultivée, aimable; l'équipe apprécie sa politesse, son souci de ne pas donner trop de travail en gardant sa chambre propre. Sa conversation est des plus agréables.

A l'exception d'un somnifère, Dominique refusera obstinément tout autre psychotrope. Je m'intéresse à ce refus forcené, qui ne faiblira jamais, refus qu'elle qualifie de “vital”. “Je ne veux pas que ma vie psychique soit lissée, Je ne veux pas gommer les aspérités... j'en ai besoin pour écrire”. Dominique a en effet un rapport complexe au langage et à l'écriture. Elle a le verbe précis, une certaine esthétique dans la langue qu'elle utilise pour écrire des récits, des poèmes. Elle pense là aussi tenir cela de sa mère. Son enfance fût éprouvante. Son frère aîné n'a jamais compris sa particularité. Il était dans le mépris, l'injure, alors que son père ne prenait pas même la peine de parler, il frappait. Au contraire, Dominique s'entendait bien avec sa mère. Elle avait appris à accepter que son enfant ne soit pas “comme les autres”. Sa mère était précise, sévère et avait à cœur que ses enfants s'expriment bien. Dominique retient l'effort de cette femme pour transmettre ce qu'elle a acquis par elle-même, puisqu'elle n'a jamais été scolarisée. Elle a de l'admiration pour celle qui “disait calmement mais fermement les choses”, celle qui lui aurait transmis son amour de la langue. Je remarque pourtant une certaine tyrannie dans son énonciation. Pas de place pour l'erreur, le doute, il faut le mot juste. Un mot donné, une promesse devient engagement total, il est impossible de s'y soustraire. Un mot de travers devient injure, humiliation.

Le temps de l'hôpital ne permet pas de déplier plus longtemps cette question-là. Je peux simplement soutenir ce qu'elle dit : l'importance qu'elle donne au fait de ne pas "gommer les aspérités", et à son désir d'écrire.

Je repasse la voir de manière informelle la veille de son départ. Hasard du calendrier, il s'agit de la date anniversaire de l'enterrement de sa mère. Le jour des funérailles fût le dernier où elle fût « déguisée » en homme se souvient-elle. Son frère l'avait obligée à mettre un costume pour se tenir parmi les autres hommes dans le cortège. Elle se souvient, elle titube, doit être soutenue par deux personnes. Tant que les passants sont là pour les voir, ces personnes la soutiennent, mais « à peine ont-ils passé l'angle de la rue », qu'ils l'abandonnent. Dominique s'effondre. Elle est lâché du regard et dans son corps en même temps. « Jamais plus » dit-elle « je n'ai porté de vêtement masculin ».

Bien qu'elle reconnaisse l'aide apportée par les entretiens psychologiques, l'idée de poursuivre en ambulatoire ne la séduit pas. Elle souligne qu'elle aimerait poursuivre ce travail, mais à l'hôpital, donc aussi du côté d'un appui au corps. Elle tient aussi aux "aspérités" insiste-t-elle. Aspérités qu'elle met plutôt du côté de la pulsion de vie, alors qu'une vie psychique lissée, semble la livrer à la pulsion de mort. Ces quelques rencontres lui permettront pourtant d'entendre que rencontrer un psychologue ne vise pas à aplanir les rugosités d'une vie ni la complexité de son être, ce qui participera sans doute aussi à un certain apaisement, au moins le temps de cette hospitalisation.

Sur les conseils du médecin, Dominique consentira à garder le contact avec l'hôpital, par le biais de la consultation gériatrique organisée dans notre établissement.

Se croire fini et rester vivant. Vieillir séropositif³

Jean-Marc Talpin

Eros et Thanatos sont dans un bateau. Eros tombe à l'eau, qui reste-t-il ? Personne. Thanatos et Eros sont dans un bateau. Thanatos tombe à l'eau, qui reste-t-il ? Personne.

Ceci pour dire l'indissociabilité de l'un et de l'autre, de la pulsion de vie et de la pulsion de mort. C'est de cette histoire qu'il va s'agir dans ce travail portant sur le vieillissement de sujets séropositifs. Pour eux Eros a été porteur de Thanatos non seulement comme pulsion de mort mais comme mort à venir, dans les premiers temps avec une proximité certaine, liant indissolublement et dans le concret de la vie sexualité et mort.

Avant de développer un travail sur ce qui ressort du devenir des pulsions en appui sur des entretiens avec des sujets vieillissant séropositifs au VIH, je ferai un rapide rappel de l'histoire de cette maladie et de ceux qu'elle touche.

1) Apparition et évolution de la contamination par le VIH

Le Sida apparaît au début des années 1980 et se développe assez rapidement, touchant tout particulièrement les communautés homosexuelles masculines, les prostitué-e-s et leurs clients, les personnes transfusées.

A. Thomé-Renault dans *Le traumatisme de la mort annoncée* (1995) a décrit, à propos de la première génération des sujets contaminés, très largement décimée par le début de l'épidémie, les effets psychiques de la confrontation à la perspective rapide et quasi certaine de sa propre mort. Mais depuis 1996 les trithérapies sont venues renverser ce mouvement, avec un allongement régulier de l'espérance de vie. Ceci a conduit à évoquer le deuil du deuil (de sa propre vie ou de celle de l'autre : compagnon, conjoint, enfant,...) dans la logique de ce que D Brun a décrit, certes pour une autre population et une autre pathologie, dans *L'enfant donné pour mort* (du cancer). Cette question du deuil du deuil pose en particulier celle des réinvestissements dans la sphère relationnelle, amicale, amoureuse, sexuelle et professionnelle.

Avant ce livre A. Thomé-Renault avait écrit avec M. Péruchon *Destins ultimes de la pulsion de mort* (1992) : je fais lien d'une part car je vois, chez cette auteure, une préoccupation constante mise à l'épreuve de différentes populations et de différentes pathologies. Je fais aussi un autre lien : au début de l'épidémie, on disait que, du fait des multiples atteintes et affaiblissement somatique, il y avait un vieillissement prématuré ; de plus certains cas évoluaient vers des démences

³ En appui sur une étude commandée par la Corevih Lyon-Vallée du Rhône (Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH).

A partir donc des succès thérapeutiques des trithérapies (qui ne guérissent pas mais rendent le virus dormant, inactif dans l'organisme, parfois indécélable), on passa de la logique de la certitude de la mort à un terme rapproché à la pensée de la vie au long cours. Dès lors le grand public, les familles s'attendaient à ce que, le traitement étant efficace, le sujet reprenne une vie normale, comme avant. Or, et G. Canguilhem l'avait déjà souligné, le malade guéri ne retourne pas à l'état antérieur, il garde traces physiquement et psychologiquement de la maladie. La question est relancée dans le cadre du VIH dès lors que l'on ne peut pas parler de guérison, même lorsque le virus est devenu indétectable : il s'agit plutôt d'une maladie chronique au potentiel néanmoins léthal.

2) Vivre et vieillir avec le VIH

Plusieurs études (épidémiologiques, sociologiques, sanitaires) se sont déjà penchées sur le devenir de ces sujets, qui peuvent avoir été contaminés voici une vingtaine d'année. Mon propos s'appuiera sur une étude réalisée grâce à une commande du Corevih Lyon-Vallée du Rhône (Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH) et coordonnée par Rommel Mendes-Leité, étude commencée voici trois ans et dont le rapport a été rendu en décembre 2015.

Cette étude repose d'une part sur des questionnaires (dont il ne sera pas question ici), d'autre part sur des entretiens semi-directifs qui ont été menés par différentes personnes, psychologues, sociologues, anthropologues ; je n'ai pas participé au recueil des données. Ceci élimine de fait la question des attitudes et contre-attitudes, du ressenti dans l'entretien, de la dimension affective non verbale. Cependant, certains éléments permettent de se faire une idée de l'investissement de l'entretien : certains sont brefs, peu développés, la grande majorité est longue, témoignant d'un investissement important s'exprimant dans différents registres, du plus factuel (mais que viennent dire les faits choisis) aux plus personnels. La présentation de cette recherche a fait naître un projet de travail avec A. Brun dans la mesure où celle-ci a rencontré dans sa pratique clinique des patients VIH vieillissants qui étaient dans d'autres problématiques, en particulier en ce que leurs investissements étaient importants (cf. la suite de ce travail quant aux mouvements fréquents de désinvestissement). Dans cette étude, il s'est agi de rencontrer différentes populations : hommes, femmes, personnes se déclarant hétéro, homo ou bisexuelles, d'âges différents (entre 52 et 81 ans, la majorité ayant autour de la soixantaine), la plupart de nationalité française plus quelques femmes migrantes venant d'Afrique noire, dont la contamination est vieille de quelques mois à une vingtaine d'années. Dans cette population des sujets ont été contaminés jeunes (vers trente ans) et d'autres plus tardivement, vers 50-60 ans, entre autres lors de rencontres sexuelles avec des prostituées ou de relations homosexuelles non protégées. Mais il a aussi des cas où la contamination résulte de l'infidélité du conjoint. La durée du temps de vie avec le VIH est importante pour plusieurs raisons :

- D'une part les sujets contaminés depuis le plus de temps ont connu de début de trithérapies : les traitements étaient lourds, avaient de nombreux effets secondaires, étaient facilement stigmatisant ; en outre, les patients comme les soignants n'en connaissaient pas l'efficacité ou les inconvénients potentiels à long terme.
- D'autre part car durant ce temps de vie avec le VIH chaque sujet effectue des remaniements psychiques importants ; l'organisation psychique évolue de l'annonce de la maladie, vécue comme temps traumatique, au suivi au long cours une fois la charge virale réduite, voire devenue indétectable

- Enfin, une longue durée de vie avec le VIH conduit aussi le sujet à se rapprocher de l'âge à partir duquel il commence, plus ou moins, à se considérer comme vieux, ayant atteint soit l'âge de la retraite, soit celui où d'autres problématiques de santé que celles liées au VIH apparaissent.

Ainsi donc, pour la population retenue pour cette étude, comme pour la majorité des personnes séropositives vivant dans les pays riches, il y a augmentation de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en santé suffisamment bonne ; il est en effet frappant de constater que dans la population de l'étude peu de personnes se plaignent de pathologies annexes au VIH (hormis le diabète pour certains) ou d'effets secondaires lourds.

3) Perspectives d'analyse

J'examinerai ici, en lien avec le thème de notre journée, deux perspectives qui seront intriquées dans la suite de ce développement :

- Celle des représentations que ces sujets se font de leur future vieillesse, en particulier pour les moins de 60 ans, les plus nombreux
- Celle des effets ressentis de la vieillesse, avec des conflits d'attribution : effet du VIH ou effet du vieillissement ordinaire ?

Nous verrons aussi, que, d'une manière ou d'une autre, les différents aspects participant au vieillissement sont concernés : somatique, social, familial (et générationnel), cognitif, psychique et donc pulsionnel.

4) Vieillissant, VIH positif et vie pulsionnelle

Nous allons maintenant nous arrêter sur quelques résultats sur la question VIH et vieillissement, en particulier sous l'angle pulsionnel, c'est-à-dire d'une part de l'investissement de vie dans ses différentes dimensions, d'autre part de la présence de la pulsion de mort, témoin du travail du négatif. Dans un premier temps nous nous arrêterons sur deux investissements ciblés, le travail et la sexualité, puis nous terminerons par une reprise plus globale de l'investissement vital au regard de la maladie, des soins, de la vieillesse et de la mort.

4.1) L'investissement professionnel

L'investissement professionnel est largement mis en avant lors des entretiens, sans doute parce qu'il est entre le privé et le public et parce qu'il mobilise de multiples enjeux. Il ressort qu'il est mobilisé différemment en fonction de l'histoire professionnelle des sujets, de ses rapports antérieurs au travail et à l'emploi, des incidences de la maladie sur la capacité à exercer le métier (en particulier du fait de la prise régulière des traitements), de l'éventuel accueil et accompagnement de la maladie et de la reprise d'emploi par l'employeur ou la hiérarchie.

Le lien avec le vieillissement et ce qui s'y joue autour de la retraite ressort lors de l'arrêt professionnel précoce, vécu comme un soulagement par certains (ne plus avoir à justifier la fatigue, les hospitalisations, les traitements), et comme prématuré pour d'autres qui investissaient particulièrement leur travail, source de revenus, de relation, de gratifications narcissiques aussi. Pour ceux qui ont été en maladie longue durée puis en invalidité le passage à la retraite est normalisateur (on retrouve cela avec les personnes au chômage) : de par l'âge, le sujet retrouve un statut social commun, non lié à la maladie.

L'emploi participe à la mobilisation de la libido mais il peut aussi faire ressortir une forme d'épuisement pulsionnel. On voit donc sa double valeur tant sur le plan narcissique (source de gratification ou atteinte à l'image de soi s'il faut dissimuler sa maladie) que sur le plan libidinal, entre risque d'épuisement (en lien à l'aspect

somatique et à une dimension dépressive) et soutien ou relance de l'excitation par la proposition d'objets investis.

4.2) La sexualité

Dans la majorité des cas, ainsi que le montrent les études épidémiologiques et les entretiens réalisés pour cette étude, la contamination par le VIH est liée aux pratiques sexuelles (hétéro ou homo). Quand bien même ce n'est pas le cas (transfusion sanguine en particulier), la sexualité est très présente dans les représentations et dans les discours.

Nous distinguerons deux aspects essentiels pour aborder cette question : la pulsion d'une part, la sexualité agie ou pratique sexuelle de l'autre.

Alors que nombres d'auteurs, confondant pulsion et force physique, pensent que la libido (pulsion) baisse avec le vieillissement, nous soutenons avec G. Le Gouès, que, lors du vieillissement, la quantité de libido reste la même mais qu'éventuellement une plus grande part de celle-ci peut être immobilisée défensivement, narcissiquement. De plus, pour cet auteur le désir ne baisse pas, ce qui change, ce sont les moyens physiques (moteurs et sensoriels) de sa réalisation. Mais le rapport de chacun à son désir, en particulier lorsqu'il concerne les pratiques sexuelles, est complexe car il tient à différents éléments :

- L'histoire, en particulier infantile du sujet (nous n'y avons que très partiellement accès dans les entretiens même si des éléments percent) ;
- L'état physique du sujet tant du fait de la maladie que du vieillissement. Lors de maladies ou de difficultés physiques, la pulsion va moins être dirigée vers la recherche de satisfactions pulsionnelles et beaucoup plus mise au service de la préservation de soi, du narcissisme. C'est très net, nous le verrons plus loin, chez les sujets qui expliquent qu'après la contamination ils ont arrêté toute pratique sexuelle, le désir n'étant plus là. « Ça m'a coupé le désir », dit, dans le vocabulaire de la castration, une femme qui a récemment appris sa contamination. Ces sujets réservent leur libido à leur propre survie et désinvestissent cette sexualité source le plus souvent de leur contamination, donc de mort plutôt que de plaisir ou de relation.
- Les objets d'amour qui existent ou n'existent plus (séparation, mort du conjoint ou de la conjointe...), la capacité à investir de nouveaux objets en étant contaminé et donc potentiellement contaminant. Dans les entretiens certains sujets disent « perdre tout désir » (ce qui veut dire que leur libido est mobilisée autrement), d'autres disent au contraire continuer d'avoir une vie sexuelle en recourant aux moyens de protection des autres et de soi qui leur semblent s'imposer.

Ainsi André, 71 ans, hétérosexuel, déclare-t-il :

Q : D'accord ... Et ça c'est ... c'est lié à l'âge ? C'est lié au VIH ? C'est lié ... (interrompu).

R : Là ... Non ... Je tiens pas du tout à ... Je tiens pas du tout à ... Mais bon ... Le préservatif, c'est pas mon truc, alors ... Alors je tiens pas du tout à contaminer quelqu'un ... J'y tiens pas du tout ... Non ... Je m'y suis fait, puis c'est tout ... Je m'y suis fait ... Et ma femme ... Et ma femme, à partir de 50 ans, elle a plus voulu de rapports sexuels.

Tandis que Dominique, homme bisexuel de 62 ans, après avoir évoqué une sexualité très présente (un ou deux rapports par jour), dit :

Actuellement, je n'ai plus que des rapports avec ma femme, mais à un moment, j'ai eu des rapports avec des hommes et avec des femmes.

- L'état psychique du sujet : angoisse, dépression, inhibition, désinvestissement ou au contraire investissements stables ou changeants... Cet état dépend des trois points précédents, de ce que le sujet fait de ce qui lui arrive.

En ce qui concerne les pratiques sexuelles, il est méthodologiquement plus difficile de les cerner, le travail ne reposant, nécessairement, que sur les déclarations des sujets, déclarations qui sont prises dans de multiples enjeux (dont des enjeux narcissiques de prestance, des enjeux de séduction, de connivence...). Néanmoins, il ressort globalement une baisse de la fréquence des relations sexuelles avec le vieillissement. En revanche, en particulier pour les couples stables, insistance est souvent mise sur d'autres formes d'intimité qui passent en particulier par la tendresse, le toucher. De plus, l'évolution de ces pratiques est aussi étroitement corrélée à l'état de santé des sujets, qu'il s'agisse de la santé physique, cognitive ou psychique. Ainsi dans un entretien un homme explique l'arrêt de ses pratiques sexuelles par les effets (fréquents en effet) du traitement de son cancer de la prostate, un autre par les troubles cognitifs de son épouse suite à un AVC.

Lorsque l'on parle de la sexualité et des pratiques sexuelles dans la maladie (ici le VIH) ou dans le vieillissement, le risque est de polariser cette question sur l'aspect retenu. Or les témoignages recueillis montrent quasiment tous l'entrecroisement de multiples facteurs dans une dynamique qui évolue éventuellement dans le temps. Parmi ces facteurs, nous retiendrons particulièrement les enjeux liés au vieillissement, en y ajoutant les effets de la maladie, de son annonce, de sa réception par les autres, de son traitement. Il est aussi nécessaire de prendre en compte les pratiques sexuelles du sujet tout au long de sa vie, leur stabilité ou leurs évolutions : je pense ici particulièrement aux changements marqués par la découverte (ou l'acceptation) de leur homosexualité par certains hommes alors qu'ils voulaient se marier ou l'étaient. Ce point nous conduit à souligner l'importance de la prise en considération de l'âge des sujets, et ceci sous deux angles :

- D'une part leur état physique et psychique en lien avec leur âge ;
- D'autre part une dimension sociale et historique : en effet, les sujets de quatre-vingts ans ont souvent débuté leur vie sexuelle dans les années cinquante, à une période où il n'y avait pas de contraception, où l'homosexualité était très stigmatisée. Les sujets de cinquante-soixante ans l'ont, eux, commencée dans la société d'après Mai 68, dans un mouvement d'ouverture à la sexualité, à la contraception et, progressivement, à l'homosexualité (cf. par exemple le beau film : *Les invisibles*).

Très schématiquement, nous distinguerons deux catégories dans l'ensemble de notre population :

- Ceux dont les pratiques sexuelles s'inscrivent dans une certaine continuité entre l'âge adulte et le temps du vieillissement, entre avant et après la contamination ;
- Ceux pour lesquels il y a rupture dans leurs pratiques sexuelles : à cause de la contamination principalement, mais aussi à cause des traitements, d'autres pathologies, qu'elles soient ou non associées au VIH ou au vieillissement.

Ceci pose aussi la question de savoir si la vie sexuelle avant la maladie ou le vieillissement avait été plutôt en rupture ou en continuité (les changements d'objet sexuel, en particulier le passage de l'hétérosexualité à l'homosexualité ayant lieu plus tôt, vers la trentaine souvent), et à quels égards, ce que les entretiens ne nous permettent pas toujours de repérer.

Cependant, certains entretiens font bien ressortir que les variations ne sont pas seulement quantitatives (continuer d'avoir ou de ne pas avoir de relations sexuelles) mais aussi qualitatives (certains ne changent rien ou le moins possible pour

entretenir l'illusion du non changement, pour se rassurer sur leur « normalité », pour faire plaisir au conjoint ou entretenir le lien avec lui, ceci sans parler des différentes motivations et enjeux psychiques).

Les évolutions des pratiques sexuelles sont liées entre autres au type de vie amoureuse et/ou sexuelle du sujet, au fait qu'il vivait/vive ou non en couple, qu'il ait eu un-e partenaire stable ou plusieurs, régulier-e-s ou occasionnel-le-s.

Ceci conduit à explorer plusieurs points :

- A entendre plusieurs sujets, la place accordée aux pratiques sexuelles serait plus importantes dans les couples homosexuels masculins que dans les couples hétérosexuels. Ceci entre en résonance avec la représentation, qui est aussi évoquée par certains sujets féminins ou masculins, de l'évolution différente de l'investissement des relations sexuelles par les femmes et par les hommes au cours du vieillissement : ceci peut s'entendre dans une logique hormonale avec la ménopause pour les femmes mais aussi psychologique et sociale, le désir féminin étant culturellement vécu comme moins légitime et/ou plus dangereux que le désir masculin (F. Héritier) et/ou plus lié que ce dernier au désir d'enfant, à la fécondité.
- L'effet de dépression déclenché par la maladie pour certains sujets qui de ce fait retirent leurs investissements de la sexualité agie, de la rencontre sexuelle vécue comme dangereuse (en réactivation de la contamination) pour les autres et/ou pour eux.
- Dans les couples déjà constitués au moment de la contamination, les pratiques sexuelles sont remises en question par les deux partenaires : le sujet non contaminé peut y renoncer ou y avoir antérieurement renoncé pour les raisons évoquées plus haut, le sujet séropositif peut y renoncer aussi soit pour des raisons de retrait dépressif, soit par crainte de contaminer son partenaire, soit encore parce qu'il refuse d'utiliser des préservatifs (cf. citation plus haut) et préfère donc ne plus avoir de relations du tout, ce qui fait penser à une rationalisation d'un refus qui aurait son origine ailleurs.
- On constate plus de séparation suite à la contamination dans les couples homosexuels, le partenaire contaminé, lorsqu'il souhaite réinvestir, étant à la recherche d'un partenaire séroconvergeant (ce qui peut aussi s'inscrire dans la question du choix d'un objet homo, c'est-à-dire « même »).
- Lorsque le sujet est seul, cette solitude peut correspondre à un choix de vie, à une perte de l'objet d'amour du fait de sa mort, à une (ou des) séparation(s). La grande majorité des sujets vivant seul dit ne pas chercher à rencontrer un nouveau partenaire sexuel mais certains évoquent la solitude, que l'on retrouve classiquement dans les travaux sur le sujet vieillissant, en particulier du fait de la mort des personnes de la même génération. Lorsqu'un objet est recherché, il ne s'agit pas forcément d'un partenaire sexuel mais d'un compagnon ou d'une compagne : un vieil homme homosexuel imagine pouvoir se mettre en ménage avec une femme car il n'y aura ainsi pas d'enjeux sexuels et qu'il s'est toujours bien entendu avec les femmes, et ceci alors même qu'il explique être tout à fait autonome pour le quotidien.
- Je soulignerai aussi, parmi nos entretiens, une situation qui témoigne de la possibilité de pratiques sexuelles évoquées avec plaisir chez un sujet bisexuel de soixante-quatorze ans, veuf de longue date, qui va tous les quinze jours avec une ou deux copines dans une boîte échangiste :
 - R : *Mais... J'ai d'autres rapports [que ceux avec une compagne régulière étrangère qu'il voit lors de ses séjours en France].*
 - Q : *C'est-à-dire ?*

- *R : Ben je fréquente souvent les boîtes d'échangistes, j'ai des amis à Lyon, on se voit, on fait l'amour, voilà quoi.*

Alors que les sujets plus âgés de notre population font effectivement l'expérience de la vieillesse, chez les sujets entre cinquante et soixante ans, nombreux nous l'avons dit, le croisement VIH/vieillesse quant à la sexualité s'organise dans deux registres, dans deux temporalités, le présent et le futur :

- Certains évoquent, du fait de la maladie, un vieillissement anticipé qui se manifeste par des dysfonctionnements corporels, de la fatigue, le désinvestissement des pratiques sexuelles. Autrement dit ces sujets séropositifs se représentent comme déjà vieux, ce qui est confirmé, plus largement, par le fait que beaucoup (de même que les sujets très vieux qui se pensent proches de la mort) ne font plus de projet ou des projets à très court terme. Le désinvestissement de la sexualité est alors à intégrer dans un mouvement de désinvestissement plus global dont il est un des symptômes, un symptôme d'autant plus spécifique que c'est le plus souvent les pratiques sexuelles qui ont été vectrices de la maladie.
- D'autres se représentent leur propre vieillissement à venir et, le cas échéant, la place de la sexualité au sein de celui-ci. Ces sujets-là conservent un investissement du présent, pour un certain nombre d'entre eux un investissement des pratiques sexuelles. Comme pour les sujets non séropositifs, les représentations de la sexualité dans le futur témoignent d'enjeux psychiques contradictoires, entre fantasme que rien ne change, désir d'une sexualité toujours active, et prise en compte des effets supposés du vieillissement, auxquels certains ajoutent les effets de la séropositivité, voire des traitements. Il est cependant frappant de constater que les sujets qui supportent bien le traitement, qui disent qu'ils n'ont jamais été à proprement parler malades, ne prennent guère ou pas en compte leur séropositivité lorsqu'ils envisagent leur vieillesse qui semble rejoindre le « cas commun », les pathologies de l'âge pouvant venir occulter (cf. notre introduction) la séropositivité.

4.3) L'investissement du futur

Après deux points ciblés (le travail et la sexualité), je vais terminer par une perspective plus large, celle de l'investissement du futur, et donc, entre autres, du vieillissement et de la vieillesse, ce qui mobilise aussi la question de l'idéal tardif du moi.

Je l'ai déjà évoqué plus haut, les trithérapies, dans les cas de succès, obligent les sujets malades à changer de point de vue pour les personnes contaminées de longue date : en effet, alors qu'un temps elles ont pu penser qu'elles allaient mourir jeunes, il leur faut maintenant penser le temps du vieillissement au terme duquel viendra en effet la mort. Or le vieillissement propre avait pu être occulté, même chez des personnes contaminées plus tardivement. La rencontre avec la perspective de son propre vieillissement pose à nouveau, comme pour tout un chacun mais dans une histoire forcément singulière, la question de la relance et de la réinjection pulsionnelle.

Dans les entretiens, quel que soit l'âge de la personne contaminée, en particulier dans les premiers temps de la connaissance de la contamination, le renoncement aux projets à long terme est globalement frappant. Chacun s'en tient, prudemment, à des projets à brève échéance. La maladie demeure une épée de Damoclès que certains ne veulent pas provoquer, y compris par superstition, comme si faire des projets à long terme (certains sujets ont la cinquantaine) pouvait porter malheur. Cependant, un malade de longue date (Nicolas, 58 ans, homosexuel) explique

qu'entre le temps du diagnostic et celui du traitement il ne fit aucun projet, même à court terme, alors qu'à partir du moment où il eut un traitement, il recommença à en faire à minima, ce qui semble avoir déjà été le cas avant la maladie pour cet homme retraité à quarante-cinq ans.

Cette question des projets et du futur est aussi à articuler à d'autres paramètres tels que, en particulier, le fait d'avoir ou non une descendance, sachant que dans les générations âgées comme actuelles les couples homosexuels ne peuvent légalement pas adopter mais que certains ont des enfants car ils ont d'abord été mariés. D'autres font référence à des filiations symboliques, en particulier avec des neveux ou nièces, ce qu'ils traitent sur le plan affectif et sur celui de la transmission de leurs biens. Une lecture clinique ouvre aussi à la dimension narcissiquement importante de la descendance, de continuer à exister dans la mémoire de quelques-uns, pour les générations suivantes.

4.3.1) Maladie vs vieillesse

Généralement, dans les représentations, les sujets « tout venant » vont convoquer deux systèmes concurrents d'explications de certains troubles, en particulier physiques : le vieillissement-la vieillesse / la maladie, ce que C. Roos avait développé au sujet de l'apparition de pathologies somatiques au cours du vieillissement. Pour les sujets vieillissants, penser que ce qui leur arrive relève de la maladie permet de ne pas penser qu'ils vieillissent ; en outre, cela permet de penser qu'il peut exister une thérapeutique possible, alors que la vieillesse rend impuissant, ne pouvant pas être guérie en tant qu'elle est inhérente à l'être humain.

Dans le cas de la situation des personnes rencontrées lors des entretiens, la dynamique n'est pas celle-ci, d'une certaine manière même elle se renverse : devenir vieux devient le signe que la maladie ne l'a pas emporté. Pour autant demeurent ensuite bien des inquiétudes et l'ambivalence souvent associées à la vieillesse, en particulier ce qui relève de la « maladie d'Alzheimer » ou de l'entrée en institution.

Cependant, si des craintes perdurent (bien entendu avec de multiples variations individuelles), il convient de souligner que plusieurs sujets pensent certains épisodes de la maladie (lorsqu'ils l'ont ressentie) et des hospitalisations qui les ont éventuellement accompagnés, comme les ayant préparées aux possibles difficultés de la vieillesse. Ceci relève le plus souvent d'une reconstruction après-coup, le sujet cherchant à donner du sens, et si possible un sens positif, à ses expériences liées à la contamination et aux soins. D'autres sujets, qui n'ont ressenti aucun trouble lié à la maladie ou au traitement (ils sont relativement nombreux), se sentent tout de même mieux préparés dans la mesure où l'annonce de la maladie et les premiers temps de celle-ci leur ont brutalement fait prendre conscience de leur propre mortalité. Le diagnostic donne le plus souvent (du moins lorsqu'il est intégré par les patients, ce qui prend plus ou moins de temps) un poids de réalité à la mort propre, que chacun sait consciemment mais nie inconsciemment. En ce sens l'annonce de la maladie peut s'inscrire dans la perspective (plus ou moins partielle) de la prise de conscience de sa propre mortalité par le sujet, ce que décrit bien E. Jaques à propos de la crise du milieu de la vie.

4.3.2) La mort, la vie, la mort

Dans les entretiens sur lesquels j'ai pu travailler, alors que certains sujets vivent sur le mode dépressif du repli, du désinvestissement, avec amertume en particulier du fait de la contamination vécue comme une trahison par le partenaire et comme une injustice (au regard de quelles croyances et attentes au regard de la vie ? ce qui demanderait une étude à part entière), d'autres au contraire investissent la vie, les projets, le futur. Si le VIH comme la vieillesse sont associés à la mort, nous rencontrons là quelque chose du côté de la vie, comme si avoir vécu avec la mort ou

son risque la mettrait à distance dans la vieillesse, ce qui relève probablement d'une dimension défensive nécessaire pour pouvoir continuer à vivre.

Conclusion

Ainsi que nous l'avons vu, pour les sujets séropositifs, le vieillissement peut venir comme une normalisation par rapport à la maladie, et ce d'autant plus que celle-ci ne se manifeste pas par des symptômes.

Nous avons aussi vu qu'il existe une réelle diversité de destin du pulsionnel de vie comme de mort et de la sexualité chez les sujets séropositifs vieillissant plus ou moins âgés. Si le mouvement majoritaire est un désinvestissement de l'activité sexuelle (qu'elle soit hétéro ou homo), il n'en demeure pas moins que certains sujets conservent une activité sexuelle pour des raisons diverses tantôt plutôt du côté de la recherche du plaisir, tantôt plutôt dans une logique d'entretien d'un lien à un ou à plusieurs autres.

In fine, se pose la question de voir arriver de vieux séropositifs en maison de retraite, de la prise en charge de ces patients qui mobilisent des fantasmes d'une part du côté de la sexualité explicitement ou implicitement présente, une sexualité associée à un risque mortel, d'autre part du côté de la mort, réactivant ainsi potentiellement les fantasmes de contamination par la mort, ainsi que les défenses afférentes, présents dans le champ gériatrique.

Bibliographie

Brun D. (2001), *L'enfant donné pour mort*, Paris, Dunod

Canguilhem G. (1966), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF

Jaques E. (1963). Mort et crise du milieu de la vie, in Anzieu, D. et coll. *Psychanalyse du génie créateur*, Paris, Dunod, (1974), 238-260.

Mendès-Leité R. et coll (2015), *Vieillir avec le VIH*, rapport de recherche pour le COREVIH Lyon-Vallée du Rhône

Péruchon M., Thomé-Renault A. (1992), *Destin ultimes de la pulsion de mort*, Paris, Dunod

Roos C. (2003) Maladie et/ou travail du vieillir, quelle voie possible, in *Corps et psychisme, comment vieilliront-ils ensemble ?*, Actes de la 17^{ème} journée de l'ARAGP, Lyon, 23-34.

Thomé-Renault A. (1995), *Le traumatisme de la mort annoncée*, Paris, Dunod