



29^{ème} journée de l'ARAGP, 20 janvier 2017

Vieux secrets... Secrets de vieux...

Quel poids dans la vie psychique?

L'âge avancé, la crainte des pertes cognitives, la perspective d'une mort plus ou moins proche, font que le secret et les questions qu'il pose reviennent avec acuité dans la vieillesse.

Le secret, comme la langue pour Esopé, est la meilleure et la pire des choses. La meilleure lorsqu'il ouvre sur l'espace de l'intime, sur le for intérieur, sur cette possibilité de penser, de fantasmer ce que l'on veut, dans l'amour comme dans la haine, sans que les autres le sachent. Le pire lorsque ce secret est mortifère, qu'il est imposé sur un mode aliénant dans la chaîne des générations ou dans les liens institutionnels, qu'il s'appuie sur des interdits de penser, de questionner.

Ce secret, ces secrets, seront pensés dans l'intrapsychique (cette part secrète qu'est pour chacun son propre inconscient), dans l'inter et le trans-subjectif, que ce soit dans les couples, dans les groupes familiaux ou dans les équipes institutionnelles : secret de famille à révéler ou à taire, à emporter avec soi ou à partager ; espaces du secret à préserver jusque dans la vie en institution ; secret professionnel au risque des relations entre multiples intervenants ainsi qu'avec la famille ; secret ignoré, secret entre-aperçu, secret de Polichinelle, secret exhibé...

Il s'agira donc, au cours de cette journée, d'explorer et de déployer quelques-uns des enjeux et figures des secrets... peut-être dans le rêve de percer les secrets du vieillir...

Ouverture

Cécile DU CHAYLARD, psychologue, Lyon
Cécile HALBERT, psychologue, Lyon

« L'intime secret, le public transparent et le privé discret »

André CAREL, Psychiatre, Psychanalyste, Membre de la Société Psychanalytique de Paris, Président du CPGF, et Membre de la SEPEA.

« Le secret des personnes âgées : un souffle fragile sous le regard attentif du droit »

Marie-France CALLU, Maître de Conférence, IFROSS, université Jean Moulin Lyon 3

« Comment te dire adieu mon gentil 'saligaud' »

Catherine SIMON, psychologue, Genève
Christophe DELALOYE, Dr en psychologie, institut de Genève

« Les petits secrets du quotidien »

Catherine HAFFNER, Psychologue, Lyon

« Secret-démence »

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

Mireille TROUILLOUD, Psychologue, Docteur en psychologie et psychopathologie cliniques, Grenoble.

Ouverture de la journée

Cécile DU CHAYLARD

Cécile HALBERT

Nous sommes heureux de vous accueillir pour cette nouvelle journée de l'ARAGP, au thème prometteur, puisqu'il s'agit du secret... Ces dernières années ont vu se réduire le nombre de participants à notre journée annuelle, et bien voilà, nous avons trouvé comment remplir à nouveau cette salle, en vous appâtant avec des révélations possibles de secrets !! Les pulsions n'y avaient pas suffi l'année dernière, pourtant, nous pensions qu'un réveil de votre libido vous aurait fait venir en nombre, mais non, c'est bien le miroitement du secret qui se révèle être le plus attracteur, puisque nous faisons salle comble aujourd'hui. Et vous avez vraiment bien fait de venir, car vous pouvez compter sur nous, trois nouvelles recrues de l'ARAGP (avec Cécile ici présente, et Véronique cet après-midi) pour vous révéler tous les secrets de fabrication de l'association, que nous sommes en train de découvrir... et oui, il ne faut jamais laisser un micro aux derniers arrivés, on ne sait jamais ce qu'ils peuvent révéler...

Mais avant de vous raconter toutes les histoires d'argent détourné, d'amours interdites, de filiation cachée, d'anciens membres mis au placard à cause de rivalités sournoises (oui l'ARAGP, c'est comme partout, finalement les contenus des secrets sont toujours les mêmes...), parlons d'abord du secret tel que nous le rencontrons dans nos pratiques...

Effectivement, si les thèmes des secrets sont toujours plus ou moins les mêmes, tournant autour de l'argent, la maladie, le sexe, ou encore la filiation, nous nous sommes plutôt intéressés et questionnés sur sa fonction. Pourquoi tel secret, à tel moment révélé ? Quelle fonction peut avoir la revendication, la mise au secret ou la révélation tardive de secret, dans notre clinique, avec les populations que nous rencontrons ? Quelle défense cela sert-il ? Le secret revêt-il une particularité avec l'âge avancé ?

Y aurait-il une crainte qu'il ne soit divulgué, lorsque la démence attaque les verrous antérieurs? Je repense ainsi à cette nouvelle habitante d'un EHPAD qui répétait « mais je comprends maintenant, on l'a tué, on l'a tué !!! », et dont la famille, dans une certaine résonance, tremblante devant ces propos qui restaient pour nous énigmatiques, demandait à l'équipe de lui faire faire une cure de sommeil... Et plus couramment, que penser de ce qu'une personne, dont la mémoire s'efface, nous a confié, et que désormais elle oublie ? Que faire de ce que nous « savons d'elle », et qu'elle ne sait plus, comment jongler avec cette dimension dans une relation psychothérapique ?

Y aurait-il une urgence à se débarrasser des lourds non-dits avant de trépasser, ou au contraire, un point d'honneur à vouloir les garder et les emmener dans la tombe ? Y'aurait-il une crainte des professionnels, sensibilisés à la transmission psychique inconsciente, autour du poids des non-dit sur les générations futures, entraînant une envie de « faire avouer » aux personnes âgées leurs derniers secrets (le seul pouvoir qu'il leur reste pourtant parfois, pouvoir de taire) avant de mourir ?

Et les vieux couples, après 40 ou 50 ans de vie commune, ont-ils encore des secrets l'un pour l'autre ? Comment peuvent-ils articuler leur intimité avec le fonctionnement institutionnel ?

Et enfin, quelles limites donner aux contours de la notion de secret partagé dans nos institutions ?

Dans nos pratiques, nous rencontrons le secret sous différents aspects : de la close nécessaire à la possibilité de pouvoir penser, garant et protecteur de l'espace personnel, l'intime, au poison délétère du non-dit qui suinte, échec de symbolisation et de transformation, en passant par l'accord tacite d'un secret de façade : ainsi cette fille, qui souhaite cacher le décès de son frère à sa mère démente : « vous comprenez, elle est déjà dans un tel état... » et qui devant elle parle de ce décès sous couvert du secret implicite du à ses troubles cognitifs : « heureusement qu'elle ne comprend pas tout ce que je dis ! » Mère répliquant alors au soignant à ses côtés : « et bien il y en a des choses à dire... » Choses à dire, choses à taire, illusion de la transparence du tout dire et de n'avoir rien à cacher, dans cette aire où les institutions gériatriques sont tenues de montrer pattes blanches devant journaux et caméras avides de gros titres quand leurs résidents viennent à mourir en trop grand nombre, illusion de croire taire, revendication d'un droit à l'intime, telle Eliane, lors d'un entretien familial en équipe, qui rétorque à son fils : « mais enfin, je vais quand même pas tout te dire ! », devant son insistance à savoir auprès de l'équipe ce qu'elle fait quand il n'est pas là, et la crainte qu'elle passe ses journées dans son lit « Ah bon ? Elle va à la gym douce ? », et Eliane se tournant avec complicité vers l'équipe « je ne vais quand même pas lui dire pour Simon (le professeur de gym), ça c'est ma vie de femme !... »

La vie quotidienne en institution gériatrique bouleverse souvent nos rapports bien tempérés au secret (enfin, si tant est que nous avons réussi à les construire ainsi!) : les professionnels sont témoins de l'intime qui se dévoile, voir même parfois qui s'expose, du fait de la dépendance des corps. Le sujet âgé se retrouve avec un corps qui le trahi, qui se montre malgré lui, qui peut devenir bien encombrant. Et face à cette situation de dépendance, on peut même voir apparaître dans certains établissements, sous couvert de raison sécuritaires, des caméras dans les chambres, dans le but d'avertir d'une éventuelle chute. Comment articuler notre inquiétude avec cette logique sécuritaire, et avec la protection nécessaire de l'intime de la personne même très âgée ? Et comment ne pas s'habituer à ce bouleversement des repères quand on travaille en gériatrie, comment continuer à s'offusquer et à tenter de rétablir les contours d'une intimité perdue ou en péril ?

En effet, quelle place pour l'intime, quand à peine entré en institution, il faut faire état de votre histoire de vie, de façon automatique, en vue de fournir le matériel de votre futur projet personnalisé ? Quelle place pour l'intimité du corps face à un personnel changeant, quand la nouvelle soignante est la 5ème de la journée à voir vos fesses ? Quel droit au secret et au mensonge pour la personne âgée, droit difficilement gagné mais désormais souvent acquis pour les enfants ? Question qui se pose bien souvent aux professionnels, qui peuvent se sentir tentés d'aller rapporter à une famille la nouvelle liaison potentiellement érotique de leur aïeul...

Dans notre clinique, contrairement à l'idée reçue répandue, nous rencontrons peu de révélation de secret familial sur le lit de mort, mais nous rencontrons fréquemment des secrets fait aux personnes âgées, dont le but exposé est toujours de les protéger, un peu comme on le trouve concernant les enfants... On ne leur dit pas qu'ils ont un cancer, que leur enfant est mort, qu'ils ne vont pas rentrer chez eux etc... Cette projection de fragilité a tendance ainsi à laisser sur le carreau le potentiel et la responsabilité de vivre de la personne, au début ou à la fin de la vie. Pourtant, ce qui compte, ce ne sont pas les contenus des secrets, mais bien ce qu'on en fait, le chemin que chacun, quelque soit son âge, fait pour imaginer, fantasmer ou découvrir sa vérité. Pour conclure, en ce sens, citons Wajdi Mouawad, qui a écrit selon moi LE livre sur le secret, « Incendies » « Il y a des vérités qui ne peuvent être révélées qu'à la condition d'être découvertes. »

Espérons que la journée d'aujourd'hui nous donnera des pistes pour accompagner la dépendance en ménageant l'intimité des sujets et des familles, pour fermer les bonnes portes sans lesquelles la confidentialité n'est pas possible, tout en conservant du jeu dans des espaces d'interstices, et finalement nous aider à ne pas être trop séduits et rester sidérés par les miroitements du secret qui paralyse et empêche de penser

« L'intime secret, le public transparent et le privé discret »

André CAREL

La problématique du secret est constitutive de la vie psychique, elle se déploie dans tous les espace-temps de celle-ci : le sujet, les liens, la famille, les groupes, les institutions, le socius. L'inconscient est polytopique, dit René Kaës. Tous les âges de la vie, toutes les générations, toutes les cultures sont concernées par le secret, le processus du secret, qu'il soit trophique ou aliénant. Les périodes critiques ordinaires de l'existence, de la naissance à la mort, les situations traumatiques et de catastrophe, singulières et/ou collectives, augmentent, exacerbent l'efficiences du secret.

Comment nous aventurer dans un domaine si vaste et si complexe sans nous égarer dans le labyrinthe, sans nous faire dévorer par l'objet de notre recherche ?

Je propose de prendre comme fil rouge de notre réflexion l'hypothèse de travail que j'ai soutenue à partir de 1992 (Gruppo 8). Nous avons besoin, pour penser le secret, de ce que R. Kaës nomme une « métapsychologie des ensembles intersubjectifs ». Pour ma part, j'ai proposé une topique intersubjective (ou inter psychique) qui différencie trois espaces corrélés : *l'intime* qualifié par la valeur du *secret*, le *public* qualifié par la valeur de la *transparence* et, en position intermédiaire et régulatrice des conflits entre les deux précédents, le *privé* qualifié par la valeur de la *discrétion*. Je différencie donc le privé et l'intime alors que les écrits dont j'ai pu avoir connaissance ne le font pas.

C'est donc une quatrième topique, ternaire comme celles, intrapsychiques, de Freud : l'inconscient, le préconscient et le conscient ; le ça, le moi, et le surmoi-idéal et celle que l'on peut déduire des travaux de Winnicott : le dedans, l'intermédiaire-transitionnel et le dehors.

Nous allons étudier les principales caractéristiques de la topique intersubjective proposée, *l'intime, le privé et le public*, à partir de plusieurs cliniques : celles du socius, de l'institution, et de la famille, normale- ordinaire et souffrante.

Cette étude fait apparaître deux faits d'une grande importance.

Le premier est qu'il faut concevoir deux polarités de fonctionnement de cette topique, qui inclue la dimension temporelle. La topique est un espace-temps, un processus qui se déploie entre deux pôles : un pôle normal-ordinaire, optimal, tel que nous venons de le définir et un pôle souffrant, ou pôle en souffrance qui se caractérise par une inversion des valeurs affectées aux trois espaces : le public devient secret, l'intime devient transparent, quant au privé, il est réduit en « peau de chagrin », il échoue dans sa fonction régulatrice.

Le second fait consiste en une haute correspondance quant aux variations de la topique, du côté des vastes ensembles, le socius, la nation, l'état et du côté des ensembles plus restreint telle l'institution et la famille. Le romancier Milan Kundera a ouvert la voie en ce domaine (1986, *L'art du roman*, Paris, Gallimard) quand il a décrit la mystification qui menace, dans la société tchèque souffrante totalitaire de la période soviétique, l'identité des sujets et celle des familles. « *Le beau mot de transparence a été perverti. Il est devenu synonyme de dévoilement de la vie des individus qui ne trouvent plus d'intimité ni en amour ni dans la maladie, ni dans la mort, alors que dans le même temps, la chose publique devient secrète, inintelligible.* » Gardons en mémoire la lucidité de l'écrivain pour comprendre les dérives,

explicites ou feutrées de la période contemporaine, « chez nous », ici et maintenant, en démocratie.

LA TRANSPARENCE ET LE SECRET DANS LE SOCIO-CULTUREL

Le socio-culturel qui nous entoure et nous contient est riche en débats sur la place et le sens accordés aux réalités sous-jacentes aux termes de transparence et de secret.

La transparence est devenue un maître-mot. Il qualifie les lois et les fonctionnements qui permettent aux citoyens et aux institutions d'avoir accès à la connaissance de toutes les données du domaine public. Pensons, par exemple, à la bataille homérique au service de la transparence fiscale et du bien commun, contre les abus du secret des institutions financières (paradis fiscal). Jean-Claude Trichet (2012, Institut de France) relève cinq notions-valeurs dans le concept de transparence : 1/ la clarté des idées, contre l'obscurantisme. 2/ l'esprit des Lumières, à savoir la liberté et la vérité, contre le mensonge et la ruse. 3/ la connaissance, l'information contre l'ignorance. 4/ le débat ouvert des opinions, « penser à voix haute » (Paul Ricœur) contre la seule confrontation obscure entre initiés 5/ La mise en œuvre pragmatique de l'éthique de responsabilité contre la seule réflexivité.

Dans un autre domaine, dès le 12^{ème} siècle, la transparence a caractérisé l'architecture religieuse gothique, au service de la transcendance, ainsi que le proclame l'Abbé Suger (1081-1151), concepteur de la nouvelle basilique de Saint Denis à Paris : « *Lumineux est le noble édifice que la clarté envahit* ». (Emmanuel Alloa, 2008, <http://www.appareil.revues.org/138>). L'architecture gothique de la transparence a-t-elle inspiré la construction de nos édifices sociétaux contemporains ?

Mais la transparence ne risque-t-elle pas, ce faisant, d'être « idéalisée, idéologisée, idolâtrée » (R. Kaës) et de devenir « tyrannie de la transparence ». Il suffit, pour se convaincre de la réalité d'une telle dérive, de donner quelques exemples. L'excès de transparence ne menace-t-il pas le secret-défense, le secret des affaires, le secret de l'instruction judiciaire, le secret médical, le droit au secret propre à l'intimité de tout sujet, via les réseaux sociaux ou la télé réalité ?

L'architecture rencontre le même débat. Que faut-il penser de ces immeubles d'habitation (Pays scandinaves), de cet hôtel à New York dont les parois, y compris celles donnant sur la rue piétonnière, sont en verre transparent du sol au plafond, à quoi s'ajoute, dans la chambre de cet hôtel, un cube transparent lui-même pour l'espace salle de bain ? Comment l'habitant et le passant peuvent-ils faire respecter le droit à l'intimité, comment ne pas être voyeur et /ou exhibitionniste tour à tour dans une telle configuration architecturale qui pousse à la perversion des valeurs de la topique intersubjective et à une forme sournoise de la destructivité ? Milan Kundera le disait avec concision : « *Le désir de violer l'intimité d'autrui est la forme immémoriale de l'agressivité* » (ibidem).

Ainsi, le vice de la transparence est proche de sa vertu, démocratique et républicaine, comme « *La roche tarpéienne est près du Capitole* », selon la maxime romaine.

Le concept et la pratique du secret rencontrent une même ambivalence et le même risque de dérive, sur le mode inversé. Car l'avancée de la démocratie suppose la réduction de toutes les pratiques abusives du secret de la part des pouvoirs excessifs dans les régimes « autoritaires, tyranniques, dictatoriaux, totalitaires » (Hanna Arendt, 1953, *Qu'est-ce que l'autorité ?*). L'emblème architectural en est La Bastille destiné à l'enfermement par la lettre royale de cachet, sans procès. Le secret ici n'est plus un droit protecteur de l'intime mais un abus de pouvoir, arbitraire et violent, imposé en toute méconnaissance de cause, et privateur du droit de la défense.

Cet antagonisme potentiel, ce conflit permanent entre public transparent et intime secret est inhérent à l'histoire des mentalités, ainsi que l'historien Georges Duby l'a argumenté (1985, *L'émergence de l'individu. Situation de la solitude au 11^{ème}-13^{ème} siècle*, in L'histoire de la vie privée. De l'Europe féodale à la renaissance, T II, p. 503-526).

EMERGENCE HISTORIELLE DE LA TOPIQUE INTERPSYCHIQUE

G. Duby démontre que la vie privée de la famille à cette époque est une conquête progressive qui s'effectue à partir de deux ensembles publics, celui de la communauté religieuse et celui de la grégarité féodale. Peu à peu, contre le pouvoir de l'église et celui de l'état, la demeure privée qui abrite la famille délimite son espace et ses règles. Mais le sujet-individu est encore assujéti à la tribu et l'espace de l'intime est encore méconnu. Cependant il commence à émerger dans deux espaces socio-culturels privilégiés.

L'institution monastique autorise désormais l'exercice intime et solitaire de la contemplation pour le moine, dénommé anachorète, sous certaines conditions qui attestent du lien avec la communauté religieuse. Prier dans l'intimité du sujet singulier devient licite. Le mythe de la chevalerie met en scène dans les textes épiques et les rituels sociaux le chevalier errant et son idéal d'amour courtois. L'alliance conjugale n'est plus l'apanage du seul groupe d'appartenance familial et /ou féodal. Elle devient conquête amoureuse entre deux sujets qui se doivent de rester « discrets », souligne G. Duby qui ne distingue pas l'intime secret et le privé discret.

L'anachorète et le chevalier errant sont les héros fondateurs de l'intime.

A la même époque, le concile de Latran en 1215 pose un autre jalon essentiel dans l'histoire de l'intime. Il décrète que l'acte pénitentiel n'est plus public mais « discret et périodique ». Il instaure la confession auriculaire et l'inviolabilité de l'aveu secret.

Il faudra attendre sept siècles avant que S. Freud émancipe de son ancrage religieux la problématique intime de la cause, de la faute et du changement psychique dans le dispositif analysant « à deux » qui, plus tard, pourra s'enrichir de dispositifs de couple et de famille.

TOPIQUE INTERSUBJECTIVE ET SOUFFRANCE FAMILIALE

La clinique du travail en séance, au sein du « néo groupe famille thérapeutique » (Evelyn Granjon) abonde en situations qui appellent une topique intersubjective. Écoutons l'objection exprimée à certains moments en consultation thérapeutique et en thérapie familiales : « on n'a pas à parler ici, en public, de nous-même et de nos secrets de famille ». Cette affirmation d'un droit au secret dont nous avons appris avec Piera Castoriadis-Aulagnier (*Le droit au secret : condition pour pouvoir penser*, Nouvelle Revue de Psychanalyse, 14, 1976) qu'il était une « condition pour pouvoir penser » paraît s'opposer, de prime abord, au droit de parler offert par la règle de libre association. Une seconde contradiction peut surgir lorsque cette règle, issue de la cure-type, en vient à produire des formes de langage qui constituent des agirs verbaux dans le registre de l'incestuel et du meurtriel. Dès lors, la dynamique inter associative familiale court le risque d'installer une forme d'exhibition violente de l'intimité du soi en souffrance et, corrélativement, une violation d'intimité des autres.

Un tel conflit méthodologique se retrouve en institution soignante. Un sous-groupe soutient fermement que le soignant ne doit rien communiquer aux collègues de ce qui se travaille avec le patient. Déroger à ce secret, à cette confidentialité absolue serait transgresser et sèmerait la confusion. Un autre sous-groupe soutient, tout aussi fermement, que le travail en équipe exige la transparence des savoirs concernant le patient, faute de quoi le multiclavage s'installerait.

Le plus souvent, de tels conflits, en séance familiale ou en institution, finissent par se résoudre par la recherche de compromis. Mais parfois, la tension entre droit au secret et droit à la parole prend une allure de dilemme, le silence et la parole ne peuvent plus faire l'objet d'un jeu transitionnalisant, ils deviennent source d'emprise et de violence. Une telle forme paradoxale fermée de fixation des contradictions témoigne de la réactualisation dans la cure et dans la vie des traumatismes qui ont altéré la qualité des liens premiers et du surmoi-idéal des sujets et du groupe-famille. C'est alors que le thérapeute, à son tour entravé par le dilemme paradoxant, va avoir besoin d'une topique intersubjective ternaire pour traiter les contradictions à l'œuvre. Cependant ce travail est difficile, il fait appel à la vertu de l'endurance contre-transférentielle car les phares et les balises habituels paraissent avoir disparu.

En effet, une telle configuration clinique témoigne, lorsqu'elle se répète et s'amplifie en séance, des réminiscences d'expériences de catastrophes, vécues mais non symbolisées

tout au long de l'histoire générationnelle. Celles-ci ont nécessité des défenses intra et inter psychiques souvent regroupées en une trilogie associant la paradoxalité fermée, la perversion narcissique et l'incestualité. Une telle trilogie défensive accroît la mélancolie froide sous-jacente qu'elle était censée combattre. La dynamique de la cure est en grand danger. La topique intersubjective prend alors une forme opposée à celle énoncée en introduction.

L'espace public transparent devient secret. Les savoirs et les règles concernant la naissance et la mort, la nomination et l'héritage, l'alliance et la filiation sont lacunaires et mensongers. La curiosité du sujet vis-à-vis de ce capital et de sa transmission est fortement entravée car frappée d'interdits non explicites qui font le lit de la confusion identitaire et de la honte.

L'espace intime secret devient transparent. Les portes des chambres et des toilettes restent ouvertes à tous vents, la promiscuité attise l'envie, le corps et le moi perdent leur quant à soi, le jardin secret est saccagé. L'incestuel et le meurtriel s'exhibent sans vergogne mais dans le déni en commun.

L'espace privé discret se rabougrit en « peau de chagrin ». A la discrétion et à la pudeur succède le défi, et la provocation, au débat réglé des opinions succède la tyrannie de la rumeur, à la co réflexion succèdent les co agirs et les somatisations.

Une telle forme souffrante de la topique intersubjective n'est plus source de régulation ni de croissance psychique. Bien au contraire elle génère excitation, confusion et désespoir. Le clinicien-thérapeute confronté au transfert négativiste qui envahit la séance et menace le devenir du traitement psychique, cherche à retrouver les repères de la forme trophique, normale-ordinaire de la topique.

TOPIQUE INTERSUBJECTIVE ET CROISSANCE FAMILIALE

La croissance familiale, dans la vie et dans la cure, suppose en effet un certain état de la topique intersubjective, laquelle nourrit en retour la croissance.

Quels en sont les principales caractéristiques ?

L'espace intime est celui du quant à soi, du for intérieur, du jardin secret et l'intime de l'intime est l'inconscient. Il est à géométrie variable puisqu'il est un attribut du sujet, du couple, du petit groupe. Le « reste du monde » est censé le respecter. Il est en effet qualifié par la valeur du droit au secret auquel il n'est licite de déroger qu'avec l'assentiment des parties. Un tel espace de confidentialité se construit tout au long d'un processus d'épigénèse, il se protège et s'entretient. Sa limite, fluctuante, forme une enveloppe, du même ordre que celle qui entoure le moi-corps. Elle s'en différencie cependant en ce que l'intime est inaccessible au regard de l'autre sans la permission de soi. L'intime a donc ses portes, ses orifices, ses failles aussi. Il est vulnérable aux effractions et intrusions qui constituent autant de violations d'intimité, « forme immémoriale de l'agressivité », disait Kundera (ibidem). Dans l'espace intime du soin individuel à l'enfant, le droit au secret prend une forme particulière. Le thérapeute respecte le secret professionnel mais l'enfant garde la liberté- il est indispensable de le préciser à l'enfant devant les parents- de dire ou ne pas dire ce qui a eu lieu dans le jardin secret de la séance. L'énonciation de cette liberté est essentielle : elle distingue le thérapeute du pervers qui, lui, impose le silence, tout le secret, à sa victime.

L'espace public, qualifié par la valeur de la transparence est, dans le socius, l'institution, la famille et à l'intérieur de soi-même cet endroit où les valeurs, les conventions, les lois, les règlements régulent le vivre ensemble et vectorisent la mise en œuvre du processus d'autorité (proscrire, prescrire, autoriser). L'ensemble de ces données sont connues ou connaissables. Chacun dispose du droit de savoir et de faire savoir.

Cependant, il apparaît que les conflits entre l'espace intime et l'espace public sont le pain quotidien des groupements humains et que la limite, la frontière entre ces espaces est impossible à tracer précisément. Qui plus est, elle est le lieu privilégié des querelles en tout genre car elle est l'écran de projection des troubles narcissiques identitaires des sujets et des groupes. D'où la nécessité de penser et de (re)construire un troisième espace inter psychique, l'espace privé, appelé à réduire les antagonismes qui fleurissent sans cesse.

L'espace privé est qualifié par la valeur de la discrétion. A quoi s'ajoutent les valeurs du tact, de la pudeur, du discernement. C'est un espace intermédiaire et médiateur entre les deux autres. Il désigne le moment et la manière par lesquels un sujet, un couple, un petit groupe ouvre une partie de son espace intime à l'autre, non pas en objet brut ou en exhibition, mais sous des formes qui ont fonction d'indices quant à la vie pulsionnelle. Elles attestent aussi que les matériaux psychiques propres à l'intime ont bénéficié d'une transformation bonifiantes en fonction alpha. Une telle restitution témoigne de l'élaboration antécédente, elle produit une nouvelle élaboration. L'espace privé constitue le lieu de la réduction des contradictions entre l'intime et le public, le lieu de la co construction des compromis entre soi et l'autre, entre son groupe et celui des autres. Il est l'attracteur de ce qui se déploie dans les interstices de l'institution.

TEMPORALITES

J'ai évoqué que la topique était un espace- temps. La topique d'un groupement de sujets a ceci de particulier qu'il immerge chacun dans une multiplicité de temporalités subjectives toutes différentes les unes des autres (selon l'âge, la structure, l'après-coup, etc.), alors que le temps objectif, celui de l'horloge est le même pour tous (A. Carel, 2013, *Les enveloppes corporelles, accordages et dissonances*, in *Quoi de neuf dans les enveloppes familiales ?* APSYFA, Talence, Ed. M et S). Ce polymorphisme temporel peut, en condition optimale, constituer le « bouquet du temps » (A. Green), une enveloppe temporelle. Mais, en condition souffrante, le temps est éclaté par la concurrence rivalitaire des temporalités, chacune pour soi, en désaccordage sans fin, un vrai casse –tête qui pousse à la suspension du temps qui passe, voire au vécu de hors temps et du sans histoire. C'est la caractéristique de la temporalité catastrophique qui contribue au dysfonctionnement de la topique ternaire, car sans temporalité il n'y a pas de transformation qui tienne.

C'est un long travail, qui inclue un « travail de deuil originaire » (P.C. Racamier), pour le clinicien, que de réhabiliter la valeur du temps qui passe différemment pour chacun, entre dissonances et accordages, condition pour reconstruire la topique interpsychique, chaque fois que le déroulé de l'histoire des sujets, de leurs liens et de leur groupe-famille a généré des expériences de catastrophe.

**« Le secret des personnes âgées : un
souffle fragile sous le regard attentif du
droit »
Marie-France CALLU**

**Texte non communiqué par
l'auteur**

« Comment te dire adieu mon gentil «saligaud» ? »

Catherine SIMON

Christophe DELALOYE

I. Introduction :

Nous souhaiterions aujourd'hui partager avec vous quelques réflexions issues de notre pratique clinique auprès de couples âgés. Il nous semble important dans un premier temps de situer le contexte de nos interventions. Nous ne travaillons pas avec des couples qui viennent avec une demande claire de thérapie de couple. En effet, nous travaillons dans un centre public de psychiatrie gériatrique ambulatoire, plus exactement le CAPPa pour centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie de l'âgé. Ce sont ainsi souvent les soignants des différents programmes de soin (crise, consultation ou hôpitaux de jour) qui nous réfèrent les couples en mentionnant qu'ils auraient besoin de travailler **en** couple avec l'idée **souvent** qu'il y a un **patient désigné**, celui suivi par le CAPPa et qui présente une problématique psychiatrique (dépression, trouble anxieux, OH, ...) associé ou non à des troubles neurocognitifs. On constate cependant que l'information qui a été transmise par les soignants « référents » par rapport au suivi de couple demeure relativement floue. Les couples se demandent du reste souvent au début de la thérapie pourquoi ils viennent nous voir. Et en miroir nous nous posons la même question ? Dès le départ, nos thérapies sont donc marquées d'un **certain secret**, secret qui à notre avis est à respecter pour que le couple puisse garder une liberté importante, qu'ils réalisent qu'on peut dire ou ne pas dire ce qu'il y a dans leur jardin secret. Il s'agit également d'un changement de perspective puisqu'il n'y a dans notre espace pas un patient et son conjoint mais deux membres d'un couple en souffrance. Ce changement de perspective est bien entendu un processus temporel qu'il faut approcher avec tact et qui dépend à notre avis fortement de l'alliance thérapeutique qui peut se créer au fur et à mesure des séances. Cela demande de la part des thérapeutes d'accepter pendant un certain temps un certain flou : comment pouvons-nous aider ce couple ? est-ce que notre suivi a un sens voire une certaine utilité ? Ce qui nous aide le plus souvent à tenir c'est qu'ils continuent à venir aux séances et nous investisse à leur manière, même à coup de canne !!!! Dans ce contexte, nous avons été surpris de la place que prenait le **secret** pas tant dans son **strict contenu** mais plutôt comme quelque chose d'invisible et non-dit qui restait à découvrir et à comprendre. Le secret avait donc **comme fonction** de maintenir le lien, le lien avec nous et le lien entre les conjoints.

Nous sommes étonnés de la violence et de la souffrance que nous rencontrons au sein de nombreux couples âgés que nous suivons. Cette violence peut s'exprimer de manière verbale mais également de manière physique. L'autre devient un saligaud, un être insupportable, parfois dangereux, avec lequel il faut continuer à co-exister jusqu'à la mort. L'arrivée sur la scène psychique de la finitude active le besoin de trouver une cohérence interne mais sonne également l'heure des « règlements de compte » de l'histoire du couple. Comment le couple construit-il le lien entre sa vie passée et son présent ? Comment dire à l'autre à la fois ce que l'on aime ou on aimé chez lui mais également ce que l'on déteste ou on a détesté chez lui ? Est-ce-vraiment possible ? On observe souvent dans les couples que nous suivons que ceci est très difficile et que finalement un magma de refoulements et de non-dit s'est inséré au sein du couple et constitue le saligaud au sein du couple. Garcia

(2007) nous rappelle que « l'espace-couple est espace commun. Formé du psychisme des deux partenaires, qu'il transcende, il est le lieu de dépôt de l'inconscient du couple, de ce que chacun recherche inconsciemment, mais également de ce dont chacun cherche à se défaire sans le savoir. Il est le lieu des attentes non sues, des désirs refoulés, des souffrances idiosyncrasiques ». Le saligaud, le magma peut parfois être appréhendé dans les thérapies de couple au travers d'un secret.

Parfois ce magma ne peut qu'être dévoilé partiellement au travers de la thérapie de couple et le saligaud part dans la tombe. Nous illustrerons ce cas de figure à travers l'histoire du couple d'Anne et de Marc. Parfois le magma arrive à être mobilisé et le saligaud devient progressivement le gentil saligaud. Dans ce contexte, le couple peut continuer à vivre mieux ensemble et se préparer à la séparation de manière moins angoissante. Nous illustrerons cette situation à travers l'histoire de couple de Charlotte et de Jacques.

II. Anne et Marc

Le 10 juin 2010, Anne et Marc vont faire face à un coup de tonnerre dans leur vie de couple. Ce soir-là ils se sont rendus au théâtre. Avant le spectacle, Marc a pris du temps pour manger un canapé ce qui a fortement exaspéré Anne. En rentrant chez eux, une forte dispute éclate et Marc dit « toute ma vie n'a été qu'une erreur ». Pour la première fois de sa vie Anne demande à Marc d'aller prendre l'air. Celui-ci se rend alors dans une permanence médicale où il demande qu'on envoie quelqu'un chez eux car il craint qu'Anne se fasse du mal. Le médecin, inquiet de l'agitation et de l'état psychique (idées de mort et suicidaires passives) que présente Marc, décide de l'hospitaliser en psychiatrie et d'envoyer la police chez madame. Anne est fort étonnée de voir des policiers sonner à sa porte, elle les rassure et apprend que son mari a été « interné ».

Mystère, mystère, d'un canapé qui a de la peine à être avalé on finit par une hospitalisation en psychiatrie et cela ne va plus s'arrêter, les hospitalisations que ce soit en milieu somatique ou psychiatrique vont s'enchaîner. Le psychiatre qui le suit à ce moment là parle d'un épisode dépressif sévère inaugural sans symptôme psychotique évident, anxiété généralisée, personnalité anankastique (TOC) et notion de troubles cognitifs débutants. Marc semble être brusquement devenu un autre homme : apathique, irritable, mutique par moment, agressif, mélancolique, régressé, On cherche par de multiples examens surtout somatiques (IRM, labo, ...) à comprendre l'étiologie de ce changement mystérieux. Selon l'entourage de Marc, il avait été jusqu'au 30 avril 2010 un homme calme, attentionné, cultivé et très sociable et sans antécédents psychiatriques.

Faisons un peu plus connaissance avec Marc qui en 2010 était âgé de 76 ans. Marc a grandi au sein d'une grande famille (11 frères et sœurs) et ses parents lui ont prodigué une éducation catholique très stricte. Marc a lui-même suivi des études de théologie et a été prêtre durant 8 ans. Il a ensuite rencontré Anne, une femme de 10 ans sa cadette. Marc a alors décidé de quitter l'église pour se marier avec Anne, ce qu'il a engendré des réactions très négatives dans les deux familles, notamment par le père de madame qui n'a jamais vraiment accepté leur union car à ses yeux Marc reste un « défroqué ». Malgré leur envie de bien faire (attente de 5 ans avant la célébration du mariage pour respecter les règles de l'église), le couple a souvent du faire face aux préjugés. Marc a ensuite fait des études supplémentaires pour devenir éducateur spécialisé et il a également suivi une formation en thérapie familiale. Le couple a eu 3 enfants (1 fille et 2 fils) dont l'un vit actuellement à l'étranger. La fille est très présente car elle habite le même immeuble. Anne s'est principalement occupée de la famille.

Après de nombreuses hospitalisations et une intégration impossible au sein des hôpitaux de jour, Marc refusant de participer aux espaces de soin (groupes, entretiens individuelles, échanges informelles, ...), un suivi par la consultation est organisé (entretiens médico-infirmiers). L'opposition de Marc est également présente à domicile, il régresse au point de

devenir totalement dépendant pour les activités de la vie quotidienne, position qu'il ne supporte cependant guère ce qu'il fait savoir par des gestes violents (coup de pied à son épouse, insulte les aides à domicile, ...). Anne, qui est suivie en psychothérapie, s'épuise psychologiquement et physiquement, elle ne comprend pas ce qui leur arrive. Dans ce contexte, une thérapie de couple, qui avait déjà initiée en milieu intra-hospitalier, est proposée.

Les premiers temps de la rencontre sont marqués par une atmosphère « tendue » : Marc est presque mutique, il est agité, à tendance à vouloir partir, replié sur lui-même, opposant avec les thérapeutes (remarques désobligeantes, non envie de donner sa main pour dire bonjour ou au revoir), regard fuyant. Anne attend beaucoup de ces entretiens de couple, elle exprime d'emblée sa colère et sa déception vis-à-vis d'autres soignants de l'institution qui ne prendrait pas suffisant soin de son époux (ajustement des traitements, ...), nous voilà averti !!! Rapidement, nous nous sentons pris dans un magma gluant qui nous paralyse ; leur fonctionnement de couple semble nous prendre en otage. Nous nous sentons impuissant, dans l'incompréhension, agacé : comment allons-nous pouvoir aider ce couple qui pourtant est dans une grande détresse ? Allons-nous nous brûler si nous tentons d'approcher ce magma en ébullition ? Nous nous rendons compte que nous avons en fait peur d'intruser et d'activer ainsi encore plus la colère et l'agressivité. Après plusieurs semaines de travail, nous avons l'impression de ne pas pouvoir « aider ce couple », d'être presque spectateur des saligauds à l'œuvre. Anne traite Marc d'une manière « infantilissante » et Marc en retour la traite de manière passive/agressive et par moment par une agressivité plus agie. Il nous semble qu'à ce moment là nous avons de la peine à repérer l'identification projective que nous ressentons : nous nous ressentons comme le couple se ressent. Quelque chose fait barrage au développement d'une identification introjective complémentaire afin que nous réalisons que ce que nous ressentons est conforme à l'objet interne du saligaud, ce qui nous permet d'entrer en résonance avec la partie la plus troublée, car désavouée, du patient (Bolger, 2003). Nous prenons alors conscience à ce moment là que pour ce couple parler de ce qui dérange, se confronter à l'autre revient à détruire l'autre, mettre en péril le couple pour lequel ils se sont tant battu. En même temps, ceci laisse toute la place à l'agressivité du saligaud qui se projette à tour de rôle sur les conjoints. Ceci paralyse ainsi le travail d'élaboration des conflits. Le dépassement de cette collusion défensive au sein du couple nécessite d'oser appréhender le saligaud, l'apprivoiser, le transformer en terme « audible » pour le couple. En tant que thérapeute, nous allons essayer de transformer, en suivant Bion, des éléments beta en alpha et les restituer en fonction du rythme du couple, une inconnue ne devant pas être prématurément chargée de sens. Il nous semble que nous avons pu commencer cette transformation qu'après avoir déposé, peut-être de manière un peu maladroite ou directe, notre sentiment d'impuissance au couple en émettant l'hypothèse que Marc, et par conséquent le couple, pourrait rester dans cet état. Ceci nous a valu une forte réaction d'Anne mêlée de déception et de colère. Mais le couple a continué à venir aux séances. Cette intervention confrontante a permis de franchir une étape en réalisant que l'on pouvait tous survivre à la confrontation et en même temps démystifier quelque peu les attentes face à la thérapie.

Nous avons alors commencé à oser nommer les conflits, les comportements dérangeants mais aussi les mouvements tendres, l'affection, la complicité... Par exemple, par identification projective, nous pouvions ressentir le besoin pour Marc de retrouver une position plus « phallique » au sein du couple. Nous avons alors souligné, en nous basant sur des exemples au sein de la séance, le sentiment de « castration » que pouvait éprouver Marc face aux comportements infantilissant d'Anne. En même temps, celui-ci les provoquait par sa position de passivité ou d'opposition. Nous avons été étonnés de voir Anne pouvoir entendre et reconnaître cette position, elle rapporte même en riant que Marc la traite souvent de « commandante ». Elle ne peut cependant déroger à certaines règles que le couple avait établie au fur et à mesure des années : se laver avant le petit-déjeuner, se lever à 7 heures du matin, toujours être poli, être bien habillé, ... Nous confrontons Marc aussi, lui un homme qui a beaucoup travaillé avec la parole et qui essaie systématiquement de fuir celle-ci

lorsque les émotions sont présentes. On l'interroge sur ses fluctuations thymiques surprenantes. Il peut parler plus de 15 minutes au téléphone avec son fils à l'étranger et être dans les jours qui suivent presque mutiques et à nouveau dans l'opposition.

A ce stade, nous imaginons que des non-dits, voir des secrets, bloquent la danse du couple. Nous cherchons, y aurait-il des règlements de compte ? En effet, la dépression hostile de Marc pourrait-elle traduire une atteinte narcissique activée par la confrontation à ce choix d'un conjoint en décalage avec les espérances existentielles, et une idéalisation déçue (Ribes et al. 2007). De manière consciente, ni Marc ni Anne ne semblent cependant regretter leur mariage qui s'est réalisé dans des conditions complexes. Marc, qui a souvent tant de peine à s'endormir, aurait-il si peur de la mort, malgré ses croyances religieuses, et cette peur l'amènerait-elle à s'enterrer avant l'heure pour garder l'illusion d'un contrôle sur la mort ? Y-aurait-il des secrets moins « avouables », plus « profonds » ?

Nous avons l'impression de trouver souvent une nouvelle piste mais qui au final s'avère rester sans réponse ou rester dans le flou. En même temps, au fur et à mesure des séances, malgré nos nombreuses hypothèses, nos confrontations, le quotidien du couple ne se modifie pas, les violences quotidiennes demeurent, voir augmentent, et la distance dans le couple semble prendre de l'ampleur. Dans ce contexte, on peut se demander si la recherche de secrets n'était pas simplement une manière de ne pas abandonner, de rester en lien avec ce couple nous plongeant sans cesse dans l'impuissance.

Avec du recul, la recherche du secret ou du mystère a probablement permis à Anne et à Marc, d'appréhender partiellement leur saligaud, de réaliser que celui-ci n'était pas à l'extérieur, ce n'était pas la maladie qui était responsable de l'ensemble de leurs souffrances. Progressivement, Anne et Marc osent se confronter un peu plus, la question des limites et des responsabilités individuelles se manifeste. Anne commence à parler d'une potentielle institutionnalisation pour Marc, elle organise des séjours temporaires à l'hôpital où elle s'autorise à lâcher en renvoyant à Marc que s'il se laisse glisser ceci sera son choix. Elle ne peut cependant de manière paradoxale assumer cette position à domicile car elle se sent devoir être responsable.

La question de la mort et de la séparation semble néanmoins se tisser progressivement. De son côté Marc semble ne pas pouvoir faire marche arrière malgré sa grande affection pour Anne. Il tente maladroitement de la manifester quelque fois en effleurant la main de son épouse. On a l'impression que Marc se sent plus dans un tribunal que dans un setting thérapeutique. Nous lui transmettons ce ressenti et nous nous demandons s'il aurait peur de devoir s'expliquer si son état psychique s'améliorait. Pas de réponse si ce n'est de la confusion et des mouvements de fuite.

Peu de temps après, nous revenons sur le début des tourmentes du couple, ce fameux 10 juin 2010. Marc spontanément amène une nouvelle piste, effleure un nouveau secret. Anne reparle de cette phrase qui l'a tant blessée « toute ma vie était une erreur », elle rapporte avoir été profondément choquée. Marc se fâche et dit que lui aussi a été profondément choqué par les découvertes de la pédophilie dans l'église. Sur questionnement, Marc dit qu'évidemment il existe un lien entre ces deux évènements. On tente de comprendre. Marc rapporte n'avoir pas subi ou été impliqué dans ces actes délictueux mais il a connu des prêtres impliqués. Nous nous demandons si ces évènements auraient mis à mal nombre de ses croyances, de ses valeurs. La dispute du 10 juin 2010 aurait-elle, en miroir des révélations pédophiles, mis à mal ses valeurs de couple : en quoi puis-je encore croire ? me suis-je fourvoyé toute ces années ? Marc dit que depuis ce soir là il sent perdu et il continue à être à la dérive. Anne rapporte n'avoir jamais entendu son mari relier ces deux évènements ce qu'elle peut comprendre, cela semble faire sens pour elle. On demande à Marc s'il souhaiterait parler avec un prêtre psychologue de ce sujet lourd et pesant. A notre grande surprise, il accepte cette proposition. Peut-être un peu trop facilement ? Certes, le remaniement des valeurs a du être une fracture douloureuse dans la vie psychique de Marc.

En même temps, nous avons l'impression que c'est une manière de projeter à nouveau le saligaud à l'extérieur et de retrouver une certaine compréhension, un certain apaisement au sein du couple.

Coup de théâtre, Marc est hospitalisé en psychiatrie peu après (hospitalisation prévue mais avancée en raison de l'épuisement d'Anne). Il se laisse glisser et décède quelques semaines plus tard. Nous resterons avec un mystère tout comme Anne puisque le saligaud, le magma de leur couple n'a pas été que partiellement dévoilé et le reste est parti dans la tombe. Il nous paraît cependant important de souligner qu'Anne a pu laisser partir Marc en respectant sa décision de «partir». Nous ne les avons pas revus durant les temps de l'hospitalisation mais il nous semble que la séparation a pu se faire avec une certaine « douceur ». De notre côté, nous ne saurons jamais ce qui a vraiment précipité le couple dans une telle souffrance mais finalement la thérapie est une expérience de discours et non un appel à l'aveu d'un secret. Au contraire, il nous a semblé que l'apparition de multiples hypothèses, de possibles secrets, au cours de la thérapie nous a aidé à continuer à investir ce couple avec lequel nous avons au début de la peine à nous sentir empathique et avec lequel nous ne savions pas où nous diriger. Il nous semble que le secret nous a donc servi de boussole, permis de tolérer l'incertitude en ne nous laissant pas happer (dans le sens de mettre fin à la thérapie) par le saligaud, le magma.

III. Charlotte et Jacques

Les soignants de la crise nous demandent de voir le couple de Charlotte et Jacques, tous deux octogénaires. En effet, le couple s'est violemment disputé avec une intensité jamais vécue auparavant. Charlotte s'était quelque peu alcoolisée, la dispute a ainsi pris de l'ampleur au point que Jacques a serré fort le cou de Charlotte pour la faire taire. Celle-ci fait ensuite une chute ce qui l'amène aux urgences qui la transfère au programme crise du CAPPA.

La première fois que nous les rencontrons, nous sommes frappés et même attendri par la tendresse et la complicité qu'ils se portent au point d'occulter la violence sous-jacente présente dans leur couple. Charlotte rapporte souvent qu'elle ne supporte ce qu'elle nomme les « tics » de Jacques, se ronge les ongles, se gratte le nez, toussote, ... Ceci l'insupporte au point de vouloir le quitter pour vivre seule et être tranquille. Face à ces reproches, Jacques reste en séance calme et écoute. Il peut cependant dire qu'il perd également par moment le contrôle ce qui amène à des disputes quotidiennes. Mais rien n'y fait, nous n'arrivons pas à ressentir la violence qui se joue à la maison dans ce couple. Nous nous demandons même si une thérapie est vraiment indiquée, du reste Charlotte et Jacques se posent la même question. Ils ne souhaitent du reste pas des entretiens trop rapprochés (chaque 3 semaines). Le rapprochement, la tendresse semble faire « peur ». Pouvons-nous nous diriger vers ce magma sans se brûler ?

Dans les séances suivantes, le couple va spontanément parler de leurs histoires individuelles semées de graves carences affectives. Charlotte n'a jamais connu son père et elle a perdu sa mère des suites d'une tuberculose lorsqu'elle était âgée de 5 ans. Elle sera ensuite élevée par une nourrice puis par sa tante maternelle et son époux. Charlotte décrit sa tante comme ayant été très dure et autoritaire. Elle se souvient qu'à son arrivée, sa tante lui aurait tout de suite dit « on ne va pas t'élever à ne rien faire ». Charlotte s'est sentie être la bonne de la maison, elle se souvient par exemple d'avoir du récurer tout le carrelage de la ferme. Son oncle, qui était directeur d'école, était décrit comme gentil et soutenant mais seulement en l'absence de son épouse. Charlotte se souvient avec tendresse des moments de complicité qu'elle partageait avec son oncle lorsqu'il était seul pour les devoirs. Charlotte est une femme qui accorde beaucoup d'importance à la culture et au côté intellectuel. Elle dit avoir hérité ceci et ses yeux verts de son oncle. En effet, Charlotte dit qu'il existe un secret autour de ses origines. Elle pense que son oncle pourrait être son père biologique ce qui pourrait expliquer en partie la froideur de sa tante et la complicité de son oncle. Ce mystère

est par ailleurs soutenu par une lettre écrite par sa mère quelques temps avant son décès. Dans cette lettre, sa mère lui transmettait son affection, son amour et probablement lui expliquait ses origines. Son oncle et sa tante ne lui ont cependant jamais transmis la lettre dans son entièreté, elle n'a donc jamais eu accès à la probable partie sur ses origines. Pourquoi ? Qui a coupé la lettre ? Dans quel but ? Son contenu ? Tous ces éléments forment un mystère.

Charlotte mentionne que sa tante toussoit souvent ce qui l'agaçait au plus haut point. Elle prend conscience que la toux de son époux ressemble étrangement à celle de sa tante. Lorsque Jacques tousse, elle est donc remise en contact avec la petite fille en elle, la petite Charlotte qui se sent seule, abandonnée et en colère. On commence donc à voir que les traumatismes individuels semblent participer à la problématique de couple actuelle.

Jacques de son côté vient d'une famille modeste où l'argent manquait souvent. Son père est décédé lorsqu'il était jeune adolescent et sa mère est tombée amoureuse d'un « gigolo » de 27 ans son cadet. Le couple a un moment donné décidé de louer la chambre de Jacques lorsqu'il s'absente pour commencer un apprentissage. A son retour, il est contraint de dormir dans une sorte de placard. Il est alors parti de la maison. Il nous semble que Jacques continue à chercher un père. Il rapporte par exemple une trahison de sa sœur qui l'a blessé, son père avait laissé une lanterne magique (merveilleux souvenir des samedi soir où leur père installait un drap pour projeter la lanterne magique). Il l'avait confiée à sa sœur et lorsqu'il a voulu la récupérer pour faire vivre à ses enfants ce moment magique, sa sœur l'avait donné à quelqu'un. Quelques années plus tard, il a récupéré à temps le gramophone de sa grand-mère, départ de sa passion pour les appareils de musique qui l'amènera à devenir passionné d'orgue de barbarie. Il a ensuite vu dans un musée en Italie qu'il y avait des gens qui mettaient la musique (orgue de barbarie) tout en utilisant une lanterne magique. Il se rend compte que la musique est une sorte de connexion à son père.

Jacques et Charlotte ont donc tous les deux traversé une enfance difficile et ils réalisent que leur couple s'est constitué sur ses blessures, deux âmes perdues se trouvent et se mettent ensemble. Du reste, leur rencontre est assez explicite. Charlotte attendait son amant sur le quai de gare, il n'est jamais arrivé et elle repart finalement avec Jacques. Le couple prend progressivement conscience que la constitution de leur couple a été un « arrangement » dans le sens d'une protection mutuelle et d'un souhait de fonder une famille. Ils comprennent la raison de leur union comme, notamment, une mise en commun défensive. Nous reconstruisons ensemble l'histoire personnelle du couple. Bien entendu, l'union d'un couple ne se constitue pas par hasard et repose pour partie sur des déterminations inconscientes. Nous pouvons dans cette perspective rappeler la phrase connue de René Kaës (1999): « L'affiliation se constitue sur les failles de la filiation. ». A travers cette reconstitution historique le magma, le saligaud se laisse progressivement approcher. La petite Charlotte et le petit Jacques sont par moment effrayés de se rapprocher, d'exprimer de la tendresse car ils craignent de souffrir si l'autre venait à partir : « j'ai tant besoin de toi, pourtant je doute tant que tu me quittes ». Chacun commence à se réapproprier son histoire personnelle et à en entrevoir l'impact sur leur couple qui, auparavant, était essentiellement le lieu de projections défensives.

Dans les séances suivantes, Jacques apportera en séance un poème satirique sur un couple vieillissant. C'est sa manière, certes un peu maladroite, de dire son affection à Charlotte qui a de la peine cependant à l'entendre.

Poème de B. Dimey, « Mémère », chanté par Michel Simon

Mémère

Mémère, tu t'en souviens, de notre belle époque,
C'était la première fois qu'on aimait pour de bon.
A présent, faut bien l'dire, on a l'air de vieux schnocks,

Mais c'qui fait passer tout, c'est qu'on a la façon.
 Tu t'rappell's ta guêpière, à présent quand j'y pense
 J'en rigol' tout douc'ment mais c'est plus fort que moi,
 Comment qu'tu f'rais maint'nant pour y loger ta panse ?
 On a pris d'la bouteille tous les deux à la fois.
 Mémère, tu t'en souviens comm' t'as fait des histoires
 Pour me laisser cueillir la marguerite aux champs,
 Et pourtant c'était pas vraiment la mer à boire,
 Ça t'a fait des ennuis mais c'était pas méchant...
 Tu t'rappell's comm' j'étais, je n'savais pas quoi dire ;
 Y a des coups, pour un peu, j't'aurais bien dit des vers.
 T'as bien changé, mémère. Quand je vois ta tir'lire,
 Comment qu'ça m'donne envie d'fair' la route à l'envers !
 Mémère, tu t'en souviens des p'tits diabolos menthe,
 Des bouteill's de mousseux du quatorze juillet !
 Un éclair au café, j'veux bien mais faut qu'tu chantes !
 Chérie, t'as renversé ton verre, faut l'essuyer.
 Mon Dieu, c'est pourtant vrai que je t'app'lais chérie
 Il n'faut pas m'en vouloir, mais je n'm'en souv'nais plus.
 On parle des souv'nirs, mais c'est fou c'qu'on oublie.
 J'te d'mande pardon, chérie, et qu'on n'en parle plus.
 Mémère, si j'te dis ça, c'est pour te dir' que j't'aime,
 Te l'dire comm' ça, tout cru, c'était trop dur pour moi,
 Mais au fond, j'suis content, j'vois qu't'as compris quand même,
 Et j'peux te l'dire, mémère, j'ai jamais aimé qu'toi.

Au fur et à mesure des séances, il apparaît que le couple doit faire face à un certain nombre de pertes et de changements. Tout d'abord, dès les premières séances nous constatons que Charlotte présente des troubles mnésiques. Elle est en relativement consciente et parle d'une barre qui la gêne à l'arrière de la tête. Elle parlera même à un moment donné d'une émission sur la maladie d'Alzheimer, elle dit alors s'être reconnu à travers les patients et qu'elle pense avoir cette maladie. Elle ne souhaitera cependant pas d'investigation pendant presque un an. La perte des capacités cognitives est source de grandes souffrances pour Charlotte pour laquelle le côté intellectuel est si important, elle nous parle du reste souvent des livres qui composent sa bibliothèque.

Jacques est bien entendu inquiet et il a renoncé à certaines activités (part moins souvent pour jouer de l'orgue de barbarie) pour être plus présent auprès de son épouse. Il souffre par ailleurs également de problèmes cardiaques qui l'ont obligé à réduire également ses activités sportives. Charazac (2005) souligne que le couple ne peut pas vieillir sans connaître de transformations intérieures. Il est le lieu d'un double investissement, objectal et narcissique, qui subit de plein fouet les retentissements du vieillissement de chacun de ses membres. Le couple obéit au principe de réalité et doit continuellement confronter sa réalité à celle du monde externe. Avec la retraite, le départ des enfants de la maison, ..., l'énergie libidinale qui était jusque-là investie sur le monde extérieur resurgit sur le couple sans que la situation soit toujours propice à la liaison des pulsions. Dans le cas de Charlotte et Jacques, les difficultés cognitives et somatiques semblent faire resurgir la question de la dépendance et de la séparation, question difficile au regard de leur passé.

Le deuxième temps d'approche du magma a beaucoup tourné autour de la question de la maladie, de la mort et de la séparation. Des mots peuvent commencer à être mis sur les angoisses. Comme Charazac-Brunel (2010) le souligne, il est important que les psychothérapeutes offrent la possibilité d'écouter ces angoisses d'effondrement et de mort en vivant les interactions dans une continuité des liens. Charlotte se questionne alors : « est-ce-que tu sauras t'occupé de moi ? est-ce-que tu me mettras en maison de retraite ? qui

prendra soin de toi ? ». Jacques transmet à Charlotte qu'il souhaite s'occuper d'elle tant qu'il le pourra. Il a déjà visité des maisons de retraite qui lui ont plutôt laissé une mauvaise impression et qu'il pense qu'ils ne seront ni l'un ni l'autre heureux dans de tels établissements. Il doute cependant que Charlotte puisse vivre seule s'il lui arrivait quelque chose. Le couple peut de plus en plus échanger autour de leurs dernières étapes de vie avec beaucoup de douceur tout en étant réalistes. Charlotte décide de compléter un bilan cognitif qui confirme le diagnostic d'une maladie d'Alzheimer. Jacques doit subir une nouvelle angioplastie coronaire, il peut indiquer en séance à Charlotte qu'il a préparé l'ensemble de ces papiers dans son bureau au cas où il décéderait durant l'intervention. Le couple affronte ensemble toutes ces difficultés, les disputes se raréfient car le saligaud devient moins clivé, plus conscient, moins menaçant. L'ambivalence du lien peut également être plus facilement nommée.

Au fur et à mesure des entretiens, le couple commence également à faire le bilan de leur vie. Charlotte regrette de n'avoir pas pu plus investir sa carrière professionnelle d'infirmière (relevons au passage qu'elle a choisi le même métier que sa mère), elle mentionne souvent à quel point elle était appréciée, nous montrant même avec fierté ses carnets d'évaluation. Elle s'est sentie utile et valorisée, ressentit qui lui a manqué et qui lui manque au sein de son cercle familial. Elle répète souvent à quel point elle a pris tant soin des autres, de l'estomac de son mari en suivant un régime équilibré, de la santé fragile de son cadet, ... En même temps, Charlotte a de la peine à entendre les compliments et les remerciements de ses proches. On a l'impression que Charlotte tente de se défendre d'une atteinte narcissique en mettant à l'extérieur la dévalorisation mais ceci ne semble pas fonctionner, Charlotte restant par moment fortement déprimée. Elle reconnaît que son mari a été un excellent père, qu'elle sent son affection mais elle aurait souhaité un homme plus attentionné, moins sensible, moins violent, moins proche de ses sous.... Elle a même le courage de dire à Jacques qu'elle a pensé à plus d'une reprise divorcer. Jacques peut reconnaître certains « défauts » qu'il relie cependant souvent à son enfance. Par exemple, il craint de manquer d'argent, il reconnaît son impulsivité voir sa violence, ... Jacques est plutôt satisfait de sa vie, il est fier de son parcours professionnel, il a développé de nombreux loisirs (sport, orgue de barbarie, ...) et il regarde avec émotion leur vie de couple. Il ramène en séance de nombreux moments de bonheur (promenades en montagne, vacances, ...). Il aurait souhaité cependant que Charlotte puisse être plus avenante, plus sociable, moins en retrait.

A ce moment-là, on s'aperçoit que Charlotte s'est mise en retrait du cercle familial depuis environ 8 ans. En effet, nous nous étions déjà étonnés du peu de place que les enfants et les petits-enfants prenaient dans les séances mais nous n'osions pas aborder directement le sujet, le magma nous semblait être encore trop bouillonnant. Quand nous commençons à nous interroger sur la distance face aux enfants et petits-enfants, Charlotte s'agite, les émotions débordent et elles crient : « j'ai trop donné, je n'en peux plus, je ne veux plus les voir, je ne veux pas en parler ». Il nous faudra plusieurs séances pour pouvoir commencer à ré-aborder ce sujet, s'approcher de cette nouvelle couche du magma, du saligaud. Charlotte a même failli mettre fin au suivi de couple suite à cette séance mouvementée. Nous avons l'impression que Charlotte et Jacques ont cherché en fondant leur propre famille à trouver ce qu'ils n'avaient pas reçu mais la tâche s'est avérée plus ardue que prévue. Nous apprenons par exemple qu'ils ont placé leur fils en institution plusieurs mois mais nous n'arrivons pas vraiment à comprendre les circonstances. Nous ressentons actuellement une grande distance affective du côté de Charlotte envers ses enfants et même petits-enfants. Jacques est plus proche et voit plus régulièrement ses fils qu'il considère un peu comme des amis. Malgré tout, il évoque certaines déceptions ou attentes non remplies.

Charlotte et Jacques n'auraient ainsi pas réussi à être les parents aimants qu'ils auraient eux-mêmes souhaité avoir ?

A cette période de la thérapie, Jacques nous demande s'il serait possible d'avoir un entretien individuel pour parler de ce que nous avons entendu comme d'un « secret ». Cette demande ne nous étonne guère car Jacques nous disait souvent sur le pas de la porte à distance de

Charlotte « il faudra que je vous dise quelque chose un jour ». Nous avons alors proposé lors de la séance suivante que nous allions les voir une fois séparément mais en les rendant attentif que si le contenu touchait le suivi de couple, nous allions le restituer lors du prochain entretien de couple. En venant à cette séance individuelle, Charlotte chute devant son ascenseur et se casse le col du fémur. Est-ce un hasard ? Nous en doutons. La thérapie de couple prend une autre forme durant quelques mois car Charlotte a dû se faire opérer et suivre une longue rééducation. Un peu près au même moment, le couple traverse une autre tempête, leur fils aîné décède brusquement d'un probable arrêt cardiaque. Dans ce contexte, nous voyons le couple de manière séparée notamment parce que Jacques semblait être proche de l'effondrement. Finalement il ne parlera pas tellement lors de cet entretien du décès de son fils mais plus d'un secret et d'un événement qui reste traumatisant pour lui. Concernant le secret, il rapporte qu'il a appris par hasard en discutant avec une infirmière, qui n'a pas respecté le secret professionnel, que son épouse avait subi une interruption de grossesse quelques mois avant de faire sa rencontre. Il n'a jamais osé parler de ceci à son épouse. Il se demande si ceci n'affecterait pas encore Charlotte. L'événement traumatique concerne sa mère qui l'a accusé à un moment donné de vouloir la tuer. Il se rend chez sa mère où il avait laissé ses affaires militaires après un cours de répétition de tir. Il était en train de nettoyer son arme à la cuisine et sa mère aurait crié « Jacques veut me tuer », sa sœur aurait alors appelé un pasteur. Sa sœur, qui reste persuadée qu'il voulait tuer sa mère, a raconté ceci à Charlotte qui semble la croire. Elle le lui reproche souvent pendant leur dispute ce qui le blesse énormément. Ceci nous ramène au début de la thérapie avec l'épisode d'agression physique. Jacques revient en fin d'entretien sur la relation difficile entre son fils décédé et son épouse. Il exprime avec émotion que finalement avec son épouse ils n'ont réussi que partiellement à avoir une famille harmonieuse comme ils l'auraient souhaité.

Nous n'avons pas pu encore restituer l'ensemble des propos de Jacques au sein des entretiens de couple et l'hypothèse d'un certain échec familial ou plutôt une certaine désillusion familiale n'a pas pu encore être mise au travail. Les thérapeutes pourraient-ils eux aussi avoir des secrets ? Seraient-ils des saligauds ? Nous avons l'impression que Charlotte ne peut pas actuellement avoir accès à cette couche du magma en raison notamment de la charge émotionnelle liée au décès de son fils, à la baisse de son autonomie, à sa maladie d'Alzheimer.

Nous continuons à suivre ce couple qui malgré les nouveaux traumatismes se rapproche de plus en plus. Leur lien semble s'être fortifié ou du moins il peut être plus facilement exprimé. Charlotte ne parle plus des « tics » de Jacques, elle semble moins douter de l'amour de ce dernier et elle s'autorise à l'accepter. Lors de notre dernier entretien, le couple a pu rire de leurs disputes du soir qui semblent être une manière de tester le lien. De manière émouvante, Charlotte a pu dire à Jacques qu'au fond elle était terrifiée à l'idée de le perdre, qu'elle ne peut pas imaginer vivre sans lui. Jacques a également reconnu qu'il n'arrivait pas à se taire lors des disputes car il s'agirait d'une manière de donner raison à l'autre, reconnaissant qu'il aurait alors voulu tuer sa mère. Nous avons l'impression que pour ce couple, leur saligaud s'est progressivement adouci. Le couple est redevenu un lieu de partage où peuvent se conjuguer une élaboration partielle des traumatismes du passé avec les inquiétudes pour l'avenir, pour apprendre à se satisfaire des frustrations du présent (V. Garcia, 2007). Charlotte et Jacques ont donc retrouvé un certain apaisement, une meilleure compréhension de leur histoire interne de couple ce qui leur permet, il nous semble, de se préparer à la séparation finale avec une certaine affection. Je peux te dire maintenant au revoir mon gentil saligaud.

IV. Conclusion

Talpin & Joubert (2008) souligne que chez les couples vieillissants la crainte ou l'arrivée de la maladie, de la séparation, de la mort peut précipiter le couple dans une nouvelle crise. Que ce soit chez Charlotte et Jacques ou chez Anne et Marc, les empreintes du temps qui

passent ont joué un rôle important dans le déclenchement de la crise actuelle de leur couple. Jacques nous transmettait par exemple en début de thérapie son angoisse face aux « 7 dernières minutes de vie ». On reconnaît là l'Hilflosigkeit ce sentiment de détresse décrit par S. Freud. Bien entendu, ces questions de séparation, de mort, ... ne renvoient pas seulement aux causes actuelles et à leurs répercussions psychiques mais aussi à l'histoire personnelle, avec ses potentiels traumatismes infantiles, et à l'histoire du couple (Talpin & Joubert, 2008).

Ces changements déstabilisent la dynamique de couple et génèrent des turbulences dans l'espace-couple qui n'est plus suffisamment contenant et est même susceptible de devenir phobogène. Par exemple, le couple d'Anne et Marc se transforme au point qu'ils ne se reconnaissent plus, qu'ils n'arrivent plus à communiquer, qu'ils commencent même par moment à s'agresser, ... Le magma du couple, resté jusque là silencieux et contenu, fait éruption et effraie. L'autre n'est plus un objet de confiance, il me détruit, me phagocyte ou encore me piège ce qui est générateur d'angoisses et de colère. L'autre devient un saligaud.

Nous avons l'impression qu'une grande partie de notre travail consiste, du moins dans un premier temps, à faire prendre conscience au couple que le saligaud n'est pas tant l'autre mais plutôt qu'il est le lieu de dépôt de l'inconscient du couple, de ce que chacun recherche inconsciemment, mais également de ce dont chacun cherche à se défaire sans le savoir.

Parfois, ce magma du couple peut être mis au travail et symbolisé au sein de la thérapie de couple. Par exemple, dans le cas de Charlotte et Jacques, leur couple s'avère avoir été un lieu de réparation possible de défaillances traumatiques infantiles. Ils prennent conscience d'avoir été deux âmes blessées qui ont tenté de se soutenir mutuellement. Leur couple semble avoir eu une fonction de réparation, une possibilité de cicatrisation des fêlures d'un sujet blessé lors de son histoire primaire, par la déperdition narcissique occasionnée par le manquement de l'objet. Car, si comme le dit R. Roussillon (1999), « la symbolisation d'une expérience ne fait pas disparaître l'expérience non symbolisée », elle « produit une nouvelle inscription de celle-ci ; elle l'inscrit autrement. Elle modifie le rapport du sujet à l'expérience ; elle modifie le sujet par l'expérience de la symbolisation, le rapport à la chose symbolisée ». Le couple peut donc s'avérer ce lieu où se construisent des tentatives d'élaborations d'un vécu traumatique primaire. Il nous semble que la thérapie a aidé Charlotte et Jacques à dépasser la répétition des traumatismes pour aller vers une tentative de symbolisation. Ceci a permis de laisser refroidir leur magma brûlant. Ils peuvent à nouveau s'en approcher main dans la main et l'observer de manière plus consciente. Ce saligaud de magma n'est pas forcément beau, il reflète les blessures de la vie notamment de la vie de couple, mais il s'agit de sa propre création que l'on peut regarder avec une certaine tendresse. Le saligaud devient un gentil saligaud. Dans cette thérapie, les secrets, telles que celui des origines de Charlotte, nous a peu interrogé en soi (dans son contenu). Le secret nous a plutôt ouvert une piste de réflexion sur la constitution et le fonctionnement du couple.

Dans le cas d'Anne et Marc, le magma du couple est resté bouillonnant pour le couple et les thérapeutes. Nous avons souvent eu l'impression de marcher sur des charbons ardents. Il était presque impossible de les aider à sortir de la répétition, de les aider à symboliser car il était très difficile d'avoir accès à leurs vécus et traumatismes antérieurs. Nous étions très souvent pris par l'actuel, les difficultés quotidiennes. Dans ce contexte, il nous a semblé que l'apparition de multiples hypothèses, de possibles secrets avaient comme fonction de maintenir le lien, le lien avec nous et le lien entre eux. Ceci a, nous l'espérons du moins, permis à Anne et Marc de se séparer plus en « douceur » et non au milieu d'une tempête.

Nous tenons à remercier Anne, Marc, Charlotte, Jacques et les autres couples que nous suivons d'une part pour la confiance qu'ils nous ont témoignée et d'autre part pour nous aider à réfléchir à nos propres couples. Comme le souligne Annie de Butler (2010), un certain travail de deuil doit s'accomplir tout au fil de la vie ; d'une certaine façon, la relation de couple, en réactivant les positions infantiles et œdipiennes, oblige à une perlaboration

continue qui permet l'accès progressif à l'état adulte. Alors on peut espérer que quand arrive la vieillesse tout est prêt dans l'appareil psychique pour aider le sujet à mettre en place de nouvelles manières d'être bien ensemble. Il existe en effet de nombreux couples qui en vieillissant prennent, comme le dirait D. Quinodoz, de la patine. Vieillir ensemble, c'est faire face à la vérité sur soi-même et sur l'autre. Pour conclure, nous citerons J. d'Ormesson, écrivain que Charlotte apprécie énormément, qui rapportait dans un entretien sur la vie de couple « Les quarante premières années sont difficiles, mais après c'est épatant !! ».

V. Bibliographie

1. Bolgert C. (2003) ; « L'identification projective », *Gestalt*, 1/2003 (n° 24), p. 141-159.
2. Charazac-Brunel, M. 2010. « La déstructuration des liens par l'angoisse et encordage affectif », *Santé mentale*, 144, 34-39.
3. de Butler Annie, « Vieillir seul, est-ce plus ou moins facile que de vieillir en couple ? », *Dialogue*, 2/2010 (n° 188), p. 29-37.
4. Garcia V. (2007) ; « Le couple, un lieu pour se réparer ? », *Le Divan familial*, 2/2007 (N° 19), p. 89-102.
5. KAËS, R. (1999). « Les théories psychanalytiques du groupe », Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? ».
6. Ribes G., Abras-leyral K., Gaucher J. (2007) ; « Le couple vieillissant et l'intimité », *Gérontologie et société*, 3/2007 (n° 122), p. 41-62.
7. Roussillon R. (1999) ; « Agonie, clivage et symbolisation », Paris, Puf, 1999
8. Talpin J.-M., Joubert Ch. ; « Vieillesse du couple, vieillissement dans le couple et séparation », *Cahiers de psychologie clinique* 2008/2 (n° 31), p. 107-134. DOI 10.3917/cpc.031.0107

« Les petits secrets du quotidien »

Catherine HAFFNER

Je viens vous parler aujourd'hui des petits secrets du quotidien à partir de ma pratique de psychologue en maison de retraite et en accueil de jour.

Mais avant tout je veux vous faire part d'une anecdote qui a alimenté ma réflexion.

Un petit garçon, le mien, me dit un jour avec jubilation, « j'ai un secret », l'angoissée de mère que je suis s'alerte immédiatement, « qu'est-ce qu'il me cache ? » mais le petit garçon a les yeux qui pétillent et un large sourire ! Pourquoi est-il content ? Je jurerai qu'il jubile alors qu'il me jette au visage quelque chose en lui que je ne connais pas, un morceau d'intimité dont je suis exclue.

Le vent de panique passé, je me calme et fais le constat que ce petit garçon grandit, il commence à définir les contours de son espace intime, de son jardin secret où je ne suis pas invitée a priori.

Il ne s'agit donc pas seulement de secret mais également d'intimité, de jardin secret.

Lorsque l'on parle de secret on ne peut exclure la question de l'intime, Pierra Aulagnier nous dit en 1976 dans « le droit au secret : condition pour pouvoir penser » que ce dernier est la condition nécessaire pour se construire psychiquement, il va permettre de délimiter un espace dans lequel nous ne gardons nos pensées que pour nous, un espace psychique qui nous construit, qui délimite les frontières entre moi et les autres, entre l'intime et le public.

Mais alors qu'en est-il des secrets chez le sujet âgé ? Y a-t-il encore des secrets quand on devient vieux et dépendant en maison de retraite ?

Quelle est la place des petits secrets dans le quotidien d'une institution, avec la famille, avec l'équipe ?

Je pourrai vous parler des secrets qui viennent se mettre en scène dans l'institution : il ne faut pas lui dire qu'il va rester définitivement..., que son frère est mort, ou encore que la maison est vendue...

Nous avons tous vécu des situations où nous accompagnons des familles prises dans ces non-dits qui deviennent des secrets et qui finissent par fragiliser les liens dans la famille car ils génèrent de l'exclusion. Serge Tisseron nous dit « le secret ne s'oppose pas à la vérité mais à la communication ». La personne qui ne sait pas, en l'occurrence la personne âgée, se sent exclue car elle perçoit généralement les subtils changements de comportement de son entourage. Elle peut se vivre comme exilée de cette famille qu'elle a construite.

Pour autant doit-on tout dire ? Ce n'est pas sûr !

Quelle est la fonction du secret dans ce cas ? Protéger le parent que l'on perçoit fragile ou protéger les liens familiaux fragilisés par la crise ? Ou encore prendre en otage une institution, une équipe en lui imposant le silence sur une réalité qui implique le résidant et ainsi entraver le lien de confiance qui peut se nouer ?

Je m'emporte.

Ce n'est pas de ces secrets dont je souhaitais vous parler, mais bien de ces petits secrets qui, au quotidien, structurent les relations avec les résidants, les familles et les équipes, protègent l'intime ou mettent à nu au sein de l'institution.

Il me semble que pour une personne âgée vulnérable garder ses petits secrets dans l'institution relève parfois du miracle, surtout dans notre société moderne où la transparence prime.

Lorsque nous accueillons une personne âgée en EHPAD, nous mettons en avant qu'elle va bénéficier d'un espace privé, sa chambre !

Certes, il y a bien du privé, un espace privé, mais parfois privé de toute intimité, de tout secret.

Combien de fois l'espace physique dit intime de la personne est intrusé dans la journée. Il faut admettre qu'il y a probablement plus de respect pour la chambre d'un ado presque érigée en zone tabou que pour la chambre d'une personne âgée hébergée en maison de retraite.

Sous prétexte de nettoyer, ranger, désinfecter, vérifier, on exerce un contrôle sur l'espace intime, secret de l'autre. Il n'est pas forcément possible de garder son jardin secret, son territoire intime, un espace où se réfugier en sécurité, sans être en permanence susceptible d'être sous le regard de l'autre.

Les placards sont « rangés », les tiroirs vidés, les affaires triées. Il ne reste alors peut être qu'un « lit cabane » où se réfugier, comme nous dit Jacques PLUYMAEKERS. C'est-à-dire cet ultime espace d'intimité représenté par le territoire d'un lit que certains ont du mal à quitter.

Et encore, il y a peu, dans un établissement, le souhait d'une personne de ne pas être dérangée la nuit a fait polémique il a bien fallu un mois pour que sa demande soit, à contre cœur, acceptée par l'équipe ! Et si pendant la nuit...

Ne pas savoir, ne pas pouvoir contrôler ce qui se passait dans ce temps générait beaucoup d'insécurité et de fantasmes catastrophiques.

Cette personne revendiquait juste un espace-temps d'intimité et de secret dans un lieu où le collectif et la transparence fait loi.

Comment exister sans territoire propre ? Sans respect inconditionnel de son espace intime, espace intime géographique mais également corporel.

En effet, qu'en est-il de ces petits secrets que certains cherchent à cacher sous peine de vivre de l'humiliation. Garder secret ce qui leur semble si humiliant – les fuites urinaires par exemple, l'incontinence, la mauvaise gestion de ce que l'on sécrète en secret. Secret et excréments ont une racine commune.

Que fait-on vivre au juste lorsque nous abordons avec les proches ces moments si gênants pour le sujet et si habituels pour l'équipe.

Garder le secret sur la gestion des protections, le déroulement des nuits, des repas, des soins repositionne le résidant comme sujet ayant un espace intime, un territoire privé, secret le différenciant des autres.

De même, garder sous silence certains aspects de l'intimité du sujet peut lui garantir sa place dans la famille, malgré sa dépendance et sa vulnérabilité. Etre à l'abri du regard de ses proches, être protégé de l'emprise de l'autre pour continuer à être.

Je repense à une rencontre avec un fils qui souhaitait que sa mère intègre l'établissement. Il nous expliquait avec fierté les caméras qu'il avait placées dans l'appartement de sa mère afin de pouvoir en permanence vérifier ce qu'elle faisait via sa connexion internet.

Dans ce culte de la transparence et du contrôle, comment le sujet dont l'intimité corporelle est dévoilée peut-il garder l'estime de ses proches ? Son corps étant parlé comme un objet de soin, il peut se vivre comme déshumanisé.

Après tout mettre - cacher ses excréments partout pourrait être une façon de mettre en scène ce vécu de déshumanisation ou encore le repli massif dans le mutisme de certains résidents peut être le moyen ultime de préserver l'intime qui reste encore comme garant de leur identité. Que fait-on du consentement du sujet quand on aborde son intime corporel ? Lui demande-t-on seulement s'il est d'accord ?

Il faut beaucoup de tact et de délicatesse lorsque l'on parle aux proches pour que le secret soit acceptable et supportable. Avec certaines familles, il est indispensable de filtrer ce qui se dit et ce qui doit se taire. Garder secret certains aspects de l'accompagnement peut être

vécu comme persécuteur, générateur de suspicion ou de rivalité. Le retour de bâton peut être des mouvements d'agressivité envers l'institution, envers l'équipe car ils peuvent se sentir exclus de la nouvelle vie de leur parent.

L'institution, ainsi, réintroduit du tiers dans des fonctionnements familiaux où les limites ont été fracassées par la dépendance d'un de ses membres.

Et au niveau des équipes, que se passe-t-il autour des petits secrets du quotidien ? On parle très souvent de secret médical, de secret partagé, de secret professionnel, de secret d'état !

Mais comment les équipes s'arrangent avec ces petits secrets que l'on tente de préserver, ces espaces d'intimité qui sont parfois vécu uniquement comme leur lieu ou leur objet de travail.

Il est parfois difficile de les accompagner à se décoller de la tâche à accomplir pour se centrer sur un sujet à accompagner, à accompagner dans le respect de ses petits secrets.

Je me souviens d'une résidente allongée sur son lit –lit cabane- qui faisait remarquer à l'agent hôtelier venu faire le ménage que sa chambre avait été «faite à fond » la veille et que depuis elle n'avait rien sali. Elle eue comme réponse de l'agent, « ce n'est pas vous qui décidez, j'ai des protocoles ». Elle dut alors se résigner à sortir de son lit pour laisser sa chambre aux bons soins de agent hôtelier.

Il arrive souvent de voir des soins effectués sans intimité, la porte ouverte, ou dans des hall de vie sans prendre en compte l'impudeur de la situation et la honte parfois du résident.

Cette absence de secret dans la relation n'est-elle pas un moyen parfois pour le soignant plongé dans ce corps à corps, dans cette relation si impudique, de se protéger de ce trop d'intimité ? Ce trop qui peut bouleverser, déranger, émouvoir, déstabiliser, fragiliser dans son propre rapport à l'intime. Ce trop d'intimité désorganise les codes de la relation à l'autre. Les limites deviennent parfois floues et chacun peut perdre ses repères.

Le secret excite la curiosité, nourrit les fantasmes et notre tendance au voyeurisme.

Cette défense contre l'intime de l'autre peut être alimentée par un interdit du secret, une obligation de transparence au sein de l'institution. Le personnel doit rendre compte de tout et tout le temps, sans différencier forcément les interlocuteurs. Tout doit être écrit pour garder trace, les soins, procédures, protocoles, fiches d'évènements indésirables. Où se situent alors les limites de l'intimité dans la relation de soin ? Sont-elles encore supportables ?

Les secrets peuvent se partager sur le temps de relève qui sont pensés comme espace-temps codifiés avec ceux qui participent et ceux qui en sont exclus.

Selon les lieux, on perçoit alors que le secret de la relève est un agent séparateur qui donne lieu à un jeu de pouvoir entre les initiés et les autres.

Détenir le secret peut donner le pouvoir sur les autres et générer du clivage et de la rivalité entre les initiés et les non-initiés, entre les as/les ASH, les stagiaires, les cadres, les familles. Parfois, on ne sait plus qui sait quoi, qui est dans le « secret » et c'est une fois de plus la circulation de la parole qui est mise à mal.

De même on peut, en équipe, garder secrètes certaines pratiques par crainte d'être jugé ou disqualifié. Cela peut engendrer une culture du silence par défaut de bienveillance. On ne peut plus alors mettre en récit les pratiques, on ne peut plus mettre de mots sur les difficultés, les impasses du soin, au risque de générer un interdit de penser et donc un refuge dans l'agir. Les espaces de paroles sont désinvestis car vécu comme persécuteurs.

Pour autant, certaines situations font l'objet de pacte dénégatif. On a alors à faire avec le secret de polichinelle, chacun sait au fond mais tout le monde s'accorde pour le taire. Les enjeux de ces secrets sont souvent narcissiques, en lien avec des blessures narcissiques, un inconfort certain par rapport à la transgression au sein de l'établissement, de cadre, de règles, de lois.

Les limites doivent être farouchement préservées pour garantir l'humanité des lieux et des pratiques. Préserver la qualité de sujet des personnes accompagnées nécessite que le quotidien soit jalonné de petits secrets, que ces petits secrets soient respectés et préservés. Ainsi éviter peut être que les vieux deviennent des objets publics dans des lieux collectifs déshumanisants.

AULAGNIER P. « Le droit au secret : condition pour pouvoir penser » in Nouvelle Revue de Psychanalyse, n°14, 1976.

PLUYMAEKERS Jacques « L'institution : quand on n'a plus que son lit comme cabane ! » in Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2006 n°

« Secret-démence »

Mireille TROUILLOUD

Jean-Marc TALPIN

Secret-démence...

A l'automne, une amie psychologue, blonde à l'esprit vif, après avoir considéré le programme de cette journée d'étude, m'a adressé un mail jubilatoire : « ah mimi, super, secret démence avec Jean-Marc... ça va avec secret-défense ?! »... et bien oui, je vous le confirme, pour ceux et celles qui douteraient encore ou qui n'auraient pas reçu le message, c'est bien ce que nous avons voulu exprimer dans notre titre d'intervention, le lien possible entre le secret-défense, de la nation donc, et le secret-démence, celui du sujet lui-même, de sa famille peut-être, de ses institutions fondamentales à lui, à protéger, préserver, en oubliant ou en tenant cachées, informations, souvenirs, évènements touchant l'histoire, touchant la mémoire générationnelle.

Pour rappel, le secret-défense se dit d'informations dites « sensibles » intéressant la défense nationale ou la sûreté de l'État et auxquelles ne peuvent avoir accès qu'un nombre restreint de personnes dûment autorisées. Par extension, l'utilisation de l'expression secret-défense se dit de quelque chose de très confidentiel, de très personnel, et bien souvent la règle du secret qui est mise en avant dans l'expression, l'emporte sur tout autre considération et bloque toute transmission d'information, consciente en tout cas, sauf si une loi, une commission, une décision de l'état lève officiellement le secret-défense, autorise donc l'accès aux informations jusque-là tenues isolées du monde.

Secret-défense, secret-démence... comment l'oubli, des mots, des petits riens du quotidien puis des souvenirs fondateurs, de soi peut-être, mais également la répétition de bribes de propos anodins-subversifs, les comportements à la recherche d'un objet perdu, de soi-même parfois, peut-être, et encore l'absence de récit historique tant individuel que familial, peuvent-ils s'interroger sous l'angle du secret ?

Oubli, manque du mot, désordre chronologique, bribes de propos, silence, absence de récit historique partagé, peuvent-ils être vraiment entendus, parfois, comme des révélateurs de secrets ? A partir de mes rencontres cliniques, je vous propose trois axes de considération/compréhension pouvant rendre compte de la polysémie du secret :

Oubli, désorientation, bribes de propos, silence, absence de trame historique, à considérer parfois comme des informations, des évènements vécus, éprouvés, perçus, soumis au secret-défense du sujet et ou de sa famille, réalités et souvenirs tombés aux oubliettes, mis aux oubliettes, sans aucune possibilité de trouver autorisation de revoir le jour

Oubli, désorientation, bribes de propos, silence, absence de trame historique, à considérer parfois comme le délitement du sujet lui-même qui fait de lui une énigme à part entière, qui le transforme en un secret en lui-même au regard de ses proches et autre interlocuteur, au regard de lui-même peut-être.

Oubli, désorientation, bribes de propos, silence, absence de trame historique, à considérer comme l'effet du temps sur une subjectivité qui n'a pas pu se trouver, s'éprouver, s'exprimer, une subjectivité rester au secret du sujet lui-même, une subjectivité non symbolisée, non symbolisable.

A. Malraux avait peut-être voulu nous expliquer quelque chose de cet ordre dans sa définition de la vieillesse devenue célèbre « *tout vieillesse est un aveu, allez, et si tant de vieillesse sont vides, c'est que tant d'hommes l'étaient ou se cachaient* ». Tout vieillard

serait-il en lui-même un aveu notamment en raison et en fonction de sa symptomatologie d'une part, et d'autre part de la façon dont celle-ci prend forme, prend corps, prend psyché ? Nous pouvons considérer alors, nous pouvons considérer ainsi, que tout sujet « dément » a à taire et/ou a à oublier, que tout sujet dément a à être parfois sans paroles, sans histoire, hors du temps, et ce d'autant plus que sa symptomatologie est bruyante, lourde de conséquence dans sa vie quotidienne et dans sa vie relationnelle, symptomatologie qui, quelles qu'en soit les réalités neurologiques, est envisagée par Jean-Marc Talpin et moi-même, comme venant dire quelque chose de fondamental du sujet lui-même et de son inscription dans son histoire familiale, révélant son mal de subjectivité préalable tout autant que l'engageant dans une transformation subjective majeure tant elle va toucher son intimité et sa réalité humaine.

La démence, une conséquence du secret-défense, permettant la levée du secret au décours du travail de déconstruction de la pensée et de ses contenants psychiques, aboutissant à une mise au secret du sujet, participant finalement, paradoxalement, à sa révélation.

Partager avec vous deux histoires cliniques qui m'interrogent du côté du secret, de l'énigme, de tenu-caché, « du tombé aux oubliettes », du « jeté aux oubliettes » peut-être.

Régine et son secret

J'ai rencontré Régine un été dans le discours de son mari venu me parler suite à un appel téléphonique que je leur avais fait pour échanger avec eux au sujet du projet d'emménagement de madame à l'EHPAD, au sein de l'unité protégée. Monsieur était resté très évasif au téléphone, évoquant que ni lui ni son épouse n'étaient prêts pour envisager un changement de mode de vie. C'était un mardi. Le vendredi de la même semaine, il venait me voir sans rendez-vous pensant que je l'avais convié. J'avais effectivement ouvert une porte, précisé que nous pourrions nous voir pour faire connaissance, pour que je puisse leur présenter la maison. Monsieur s'était alors saisi de ce possible. Je rencontre alors un homme assez silencieux, ne posant pas de question, parlant si doucement qu'il me fallait tendre l'oreille, paraissant suspicieux. D'emblée il précisera que Régine n'est pas au courant de la démarche, qu'il ne faut pas lui en parler, que je ne dois pas téléphoner chez eux. Il visite sans mot dire. Il m'écoute lorsque j'évoque l'importance d'associer Régine à ce qui se passe pour elle, de l'aider à penser un avenir possible ailleurs que dans leur intimité relationnelle et dans leur foyer. Il m'écoute. Il me dit que ce n'est pas possible, de parler de l'EHPAD avec son épouse, d'envisager qu'elle s'y installe. Fin de la première rencontre, drôle de rencontre, drôle d'effet dans la rencontre : trop de silence, trop d'absence de Régine, trop de vide dans la conversation ; d'emblée le sentiment qu'il me cache quelque chose, qu'il a quelque chose à cacher. Régine c'est sûr, mais peut-être pas seulement et pourquoi ? Cacher aussi bien sûr, sa démarche pour « placer » Régine, cacher à Régine son impuissance à l'aider, sa trahison, sa déloyauté peut être.

Au mois de novembre suivant, nous sommes alertés par le médecin traitant de Régine que son état de santé s'aggrave, que son mari est épuisé, que la situation à domicile est inquiétante. Le mari de Régine reprend contact parce qu'il ne sait plus comment faire, parce que leurs nuits sont devenues un enfer et les entraînent dans des rapports de force qu'il ne peut ni accepter, ni comprendre. Il revient visiter sans prendre rendez-vous, est reçu par l'infirmière coordonnatrice. Il ne veut toujours pas que Régine soit informée de sa démarche, il refuse qu'elle nous rencontre. Il demande cependant que nous proposons une chambre à son épouse dès que possible. Puisque sa demande est devenue précise, je reprends contact pour proposer un rendez-vous avec Régine et lui, sans faire de concession à ce sujet. Il accepte.

Ils sont là. Je les ai déjà vus ensemble, au cinéma de notre village. Je m'en souviens bien alors, ce couple est déjà une énigme pour moi, dont je lève ce jour-là une partie, elle est malade, c'est donc ça, en partie seulement. Ils ne parlent pas beaucoup, ne le peuvent sans doute pas, trop d'émotions les assaillent. J'essaie « d'occuper » la parole, comprends que j'assiste un drame, mes propos se raréfient. Nous visitons et nous nous installons un moment au milieu de ceux qui vivent-là. Elle comprend. Elle réagit, veut s'enfuir, veut mourir. Ils se regardent désespérés l'un comme l'autre. Ils se rapprochent. Elle se calme. Le temps du retour au calme, ils s'en vont. Je suis bouleversée, j'imagine les possibles dramatiques.

Je les imagine dans une grande solitude. J'imagine qu'une nuit de trop, la mort serait au rendez-vous, qu'une nuit de trop ils organiseraient leur fin commune... J'alerte le réseau gérontologique pour qu'ils ne soient pas trop seuls et découvre qu'ils sont déjà bien entourés. Mes fantasmes révèlent tout à la fois ma propre réalité, mes éprouvés contre-transférentiels faisant écho au désespoir de ce couple, révèlent aussi que l'absence de rationalisation possible de ma part, en raison du silence et des murmures qui m'ont été adressés, a laissé libre cours à ma fantasmatisation.

Au moment de cette communication Régine s'est installée à l'EHPAD. Nous n'en n'avons pas bien plus appris sur elle, son histoire, sa famille. La vie de Régine ne se met pas en récit, pas même sous forme de photographies ou au moins avec des titres de chapitres. Les enfants sont rarement évoqués et je connais leur existence parce que j'ai eu dans les mains une photocopie du livret de famille. Régine allait visiter sa mère jusqu'à la fin de l'automne, il n'en est jamais question dans ses propos. Lors de notre première rencontre, pour se défendre contre l'angoisse et souligner l'incongruité, c'est-à-dire l'absence de bon sens qu'il y aurait à penser qu'elle pourrait vivre hors de chez elle sans son époux, et avec des vieux malades, Régine avait évoqué son travail à responsabilité. Rien de plus. Régine évoque parfois, sa peur d'un accident de voiture, sa peur qu'il arrive quelque chose de grave à son mari en son absence, son angoisse de perdre son mari merveilleux, son amour pour lui, le fait qu'il est sien. Son angoisse ne peut être apaisée qu'en sa présence ou dans le sommeil. Régine passe ses journées dans sa chambre avec son mari lorsqu'il est là. Ils se parlent à bas bruit, écoutent de la musique, se caressent. On ne les entend pas. Lorsqu'il n'est pas là, elle l'appelle, se rassemble près de l'une d'entre nous, et en notre absence, explore tous les coins et recoins de la maison jusqu'à épuisement. Régine, l'absence impossible, la séparation désorganisatrice, emprisonnée dans son histoire qui ne peut ni se dire, ni se lire, ni se partager... Pour nous, l'équipe soignante, Régine et son mari sont un mystère. Mes collègues ne savent pas comment faire ; notre désir est de savoir, ce qu'ils font, ce qu'ils pensent ; notre désir est de connaître leur histoire ; notre désir est de les voir avec les autres, avec nous. Mon désir est de comprendre, ne serait-ce qu'un peu, pourquoi, ce couple-là, cette femme-là et surtout cet homme-là, ne partagent rien de leur histoire, pourquoi ils ne peuvent peut-être pas mettre leur histoire en récit. Mon désir est de trouver ce qu'ils cachent. Et j'oscille entre, d'une part le fantasme d'un secret de famille dont je cherche la trace et que je me retiens d'interroger, et d'autre part la prise d'appui sur la réalité, il s'agit peut-être simplement, d'un désir d'intimité qui ne regarde personne, il s'agit peut-être seulement d'un amour intense qui se protège de l'extérieur institutionnel envahissant. Enfin, mes éprouvés de gêne dans la relation, de méfiance contre-transférentielle, d'exigence de transparence aussi comme s'il fallait que je fasse un rapport précis à son mari de tout ce qui s'est passé en son absence, m'amènent à penser la question du sentiment de trahison et de déloyauté qui habite ce mari-là plus qu'un autre, trahison et déloyauté qui se combinent avec sentiment de culpabilité et de honte, dont le destin est l'enfouissement, le tenu-caché. Cette bribe de rationalisation, parce qu'il faut trouver semblant d'hypothèse de compréhension, entre en résonance avec ce que j'ai entendu dans un murmure plein de larmes quelques jours après la séparation : *« je vais la ramener à la maison, si elle n'est pas bien et que je ne peux pas avoir du temps pour moi... elle, elle m'aurait gardée près d'elle c'est sûr. »*

Leur secret, le mystère qui les entoure, nous prennent dans leurs filets. Pour cette raison, je sais que quelque chose est aux oubliettes. Composé avec ; ne pas se laisser prendre ; encore et toujours accepter de ne rien savoir, préserver l'autre et son mystère de nos désirs de partage d'intimité, de l'idée courante que *« ça va mieux en le disant, en le sachant »*, de nos conduites institutionnelles. Leur secret et le mystère qui les entoure, font barrage, nous séparent de Régine qui malgré tout tente de nous rejoindre. Le tenu-caché ne s'oppose pas à la vérité comme le souligne Serge Tisseron mais à la communication, à l'être ensemble dans l'échange.

Mardi dernier, m'accueillant comme une connaissance agréable, Régine, son mari s'étant absenté le temps du déjeuner, m'explique : *« il revient Christian, oui c'est ça... c'est que moi avec ma maladie... j'espère que je vais savoir aller mieux... (votre maladie ?).... Ma maladie... je ne sais pas... j'ai décidé de me laisser vivre... il revient Christian ? »*

Régine a décidé de se laisser vivre... de s'abandonner ? De déposer sa vie quelque part ? Laisser sa vie, à défaut de pouvoir la vivre, l'investir, la symboliser, l'affronter peut-être... Ne pas oublier que le silence, l'impossibilité de dire, est conséquence de la souffrance de celui qui ne peut pas faire le récit, ni intérieur, ni extérieur de sa propre histoire¹.

Vous parler maintenant de **Corinne**.

Je l'ai rencontrée pour la première fois en 2012 dans le cadre d'un bilan de prévention-santé. Elle était âgée de 71 ans. Elle a eu quatre enfants. Elle a exercé le métier d'infirmière. Son mari et elle ont adopté un garçon, un garçon qu'ils connaissaient depuis quelques années, qu'ils ont choisi pour fils.

Corinne décrit lors de notre rencontre sa vie comme étant agréable sur le plan socio-familial. Elle est alors très sollicitée sur le plan psychique en raison du mauvais état de santé de son mari, le lieu de résidence est devenu inadapté, elle souffre de problème de santé et subit des examens qu'elle vit comme dégradant et qui l'obligent à penser son corps et son histoire de femme. Elle est moralement fragile, tout juste sortie dit-elle d'un choc affectif majeur.

Quelques années auparavant, l'une de ses filles lui a révélé un secret. Son frère adopté lui a fait subir des violences sexuelles pendant son adolescence, dans leur maison. Corinne raconte, le choc, l'horreur, la culpabilité, la honte. Elle raconte comment elle a essayé de comprendre pourquoi elle n'avait rien vu, rien soupçonné. Elle raconte comment elle a imaginé le drame de sa fille. Elle raconte comment elle s'est sentie seule coupable d'avoir donné un frère violent à ses enfants, comment elle a aimé un fils qui brisait sa fille et par ricochet l'ensemble familial.

A ce moment-là, Corinne a rejoint une association de parents et d'enfants confrontés aux mêmes traumatismes. Elle a demandé une annulation de l'adoption de ce jeune homme qui ne fait donc plus partie de sa famille. Elle a renié son fils, s'en est séparé, l'a sacrifié au nom de son amour pour sa fille et de sa responsabilité de mère vis-à-vis d'elle. Choisir un enfant pour préserver / réparer l'autre... rejeter celui que l'on a eu à cœur de secourir, celui que l'on a choisi d'aimer... un drame dans le drame. Plus tard, sa fille lui a demandé de l'accompagner dans une démarche d'adoption, ce qu'elle a considéré comme une preuve de pardon de la part de sa fille, ce qu'elle a considéré comme une preuve de confiance retrouvée... une mise au monde de leur famille par une fille et sa mère... de l'incestueux pour faire face à l'incestueux... ?

Depuis cette année-là, Corinne souffre d'un problème de santé touchant la sphère anale et la sphère vaginale. Depuis cette année-là, Corinne se plaint de sa mémoire ou plutôt d'un manque du mot dont elle parle de la façon suivante deux ans après : « les mots se cachent quand j'en ai besoin ». Un jeu de cache-cache angoissant. L'évaluation des fonctions cognitives est alors très préoccupante, la passation est stressante pour Corinne qui craint être jugée, mal estimée. Elle ne souhaite pas consulter un neurologue. Elle ne souhaite pas prendre soin de sa mémoire, ni savoir plus précisément ce qui génère son manque du mot, ni en considérer les sens possibles.

Corinne est revenue en consultation quatre ans après. Elle est plutôt venue, ayant complètement oublié être déjà venue dans ce centre de prévention. Je la retrouve. Le travail de désymbolisation démentiel a fait son œuvre. Le médecin qui l'a reçue a réalisé un MMS dont le score est de 14/30. Elle est là devant moi, souriante, un tantinet anxieuse mais rien à voir avec l'angoisse de la consultation antérieure. Elle est dispersée. Elle ne peut rien partager de son histoire ni passée, ni actuelle. Elle est comme uniquement dans le moment présent sans que cela lui pose question ou problème. Son mari est affaibli ; des aides à domicile interviennent auprès d'eux ; elle réside la plupart du temps dans un appartement situé sur le

¹ Quelques temps après cette intervention, ce qui ne pouvait pas être dit m'a été confié, un événement ayant bouleversé la vie conjugale et la vie familiale. Un événement révélé et dont les suites ont été vécues au grand jour de la famille, événement qui, un jour, a été réinterrogé par Régine qui ne comprenait plus pourquoi ce qui représentait l'événement l'ayant traumatisé, ce qu'elle avait semble-t-il intégré à sa vie avec générosité et délicatesse, se tenait là au sein de sa famille. Elle avait oublié l'événement, avait enfoui les origines de ce qui existait dans sa famille et la vérité l'a bouleversée à nouveau. Ce qu'elle avait apparemment assumé, éclatait à nouveau au grand jour pour elle. Quelques années après cette prise de conscience, l'oubli est revenu sous une autre forme, celle de la pathologie neurologie.

même palier que celui de sa fille et elle est accompagnée par une dame de compagnie très investie.

Cette année-là, elle dit qu'elle est paumée dans un grand sourire ; elle dit qu'elle est bien entourée ; elle ne semble pas savoir à quel point elle déraille, divague, oublie au fur et à mesure, semble à la dérive, se laissant porter par ce qui l'entoure. Paradoxalement, elle se sent bien, enfin peut-être.

Moi, je suis là, face à elle. Moi, je me souviens. Pas eu besoin de retrouver mes notes. Moi je n'ai pas oublié son drame lié à la levée du secret. Son drame qui m'a touchée, bouleversée avec elle, fait craindre pour elle. Moi, je l'attendais et, sans trop y croire, espérais la retrouver sans grands changements. Je l'ai retrouvé certes mais je l'ai découverte à nouveau avec ce sentiment étrange que quelque chose s'était enfoui en elle, restait caché entre nous, avec un doute quant à ce qui avait déjà eu lieu entre nous quatre ans auparavant. Grâce à ma mémoire et à mes notes témoignant de notre première rencontre, moi je sais ; elle se tait et je pense qu'elle ne sait plus. Elle ne sait plus combien elle a d'enfants, ni comment ils se nomment. Elle sait qu'elle a des enfants et qu'elle les aime.

Disparu le drame, jeté aux oubliettes le secret. Mais moi je sais ; ce qui la mine, ce qui la fait taire, ce qui a retrouvé le silence. Moi je sais et dois me taire, laissé enfoui l'insupportable vérité ayant fait écho en elle, une vérité impossible à historiser, impossible à symboliser malgré tout le courage mobilisé pour la prendre en considération et réparer. Je connais et me souviens de ce que Corinne n'a pas pu subjectiver, intégré à son histoire intime, de ce qu'elle ne veut pas entendre parler, de ce qu'elle ne peut plus parler, de ce à quoi elle n'aura plus jamais accès, que plus personne ne saura, dont plus personne ne parlera si ce n'est, peut-être, sa fille concernée. Corine, faite prisonnière par le secret de sa fille, s'est perdue... un ricochet du secret familial révélé. Secret-démence, secret-défense ? comment y penser autrement ?

Enfin juste évoquer avec vous Patrick rencontré durant quatre ans dans le cadre d'une psychothérapie... Patrick dans l'impossibilité de parler de sa mère, évoquant sans cesse sa belle-mère avec dégoût et disqualification... Patrick souffrant d'une maladie neurologique, qui m'apprendra sans s'y attarder que sa mère est morte dans les suites d'un cancer du cerveau qui l'a beaucoup fait souffrir sans qu'il parvienne à se rendre présent auprès d'elle... Patrick, l'époux et le père de professionnelles de la santé mentale dans des domaines complémentaires... Patrick et ses zones d'ombres, ses oublis historiques fondateurs concernant essentiellement sa mère... Patrick dont je ne peux m'empêcher de penser que quelque chose du lien avec la mère n'a pas pu être symbolisé avec des mots, un récit, des affects, et que ce « quelque chose » tente de l'être un peu quand même dans un destin neurologique proche, dans le lien transférentiel circulant dans le cadre de nos rencontres... du non symbolisé, un secret pour le sujet lui-même qui fait son œuvre et s'est transmis.

Le secret, le tabou, le non-dit, le mystère, occupent une part importante dans la construction subjective et influe sur le rapport à soi comme sur le rapport aux autres. Des zones d'ombres existent chez certains d'entre nous où la pensée et le langage peinent à s'aventurer, de peur d'avoir à nommer, à pointer une réalité dont on ne sait pas exactement comment la situer dans la "cohérence" d'ensemble d'une identité, à subjectivité une réalité irréprésentable et radicalement étrangère à soi-même. Le secret-démence peut alors être envisagé comme révélateur de l'impossible appropriation subjective d'un secret que les dommages neurologiques jetteront définitivement aux oubliettes. C'est avec les mots de C. Herfray que je terminerai cette réflexion : « Toute lettre gravée dans l'inconscient et non arrivée à la conscience du sujet est une lettre en souffrance : elle travaille à son insu ».

Jean-Marc Talpin va poursuivre ce travail à deux voix sur le secret-démence.

Suite à la présentation de M Trouilloud, nourrie de sa clinique, nous allons maintenant nous arrêter sur un roman, dans l'esprit de S. Freud lorsqu'il proposait que les artistes nous offrent un autre moyen de découvrir la vie psychique. Le roman ici retenu est riche de nous

proposer une formalisation que nous n'avons que rarement aussi clairement dans la clinique. Mais ce roman est aussi remarquable car sa construction fait faire au lecteur l'expérience du personnage principal (et de quelques autres) qui, face à une situation organisée par un secret dont personne ne se doute : une expérience d'inquiétude, quand ce n'est pas de confusion. Ce roman est *Small World*, de l'écrivain suisse Martin Sutter.

L'arrêt sur cet ouvrage, en écho à la clinique, nous permettra de nous arrêter un peu sur les questions suivantes :

- comment se construit un secret de famille : avec ici la question d'une manipulation très structurée et organisée, dans une dimension particulièrement perverse de double négation de l'identité et d'une identité imposée.

- comment chaque un est pris dans le secret : ceux (celle) qui le connaissent, ceux qui identifient sur le plan manifeste qu'il y a un secret, ceux qui subissent ce secret qui montre chez les deux enfants sa force déliante.

- ceci conduira à distinguer « être pris dans un secret non représenté/ne pas pouvoir parler de ce secret » : cette question, au-delà du roman, est celle des familles mais aussi des soignants quand on leur confie quelque chose qu'ils n'ont pas le droit de dire à l'âge (un placement, un décès...)

***Small World* : un récit**

Ce roman, publié en Suisse en 1997 et traduit en France en 1998 a connu un succès certain. Il est rapidement passé en livre de poche et a donné lieu à une adaptation cinématographique au titre très, voire trop, explicite *Je n'ai rien oublié*, de B. Chiche, en 2011, avec G. Depardieu. Pour les besoins de cette contribution, je vais être obligé de faire quelque chose d'odieux : raconter ce livre jusqu'au bout, faute de quoi ma contribution ne serait pas compréhensible !

Lorsque j'avais lu ce livre à sa sortie, j'avais fait l'expérience de peiner à m'y retrouver car l'auteur joue en partie à faire vivre à son lecteur ce que vit Conrad Lang, son personnage principal atteint de démence. Nous sommes soumis à des flashes de mémoire que l'on ne comprend pas, à des confusions-superpositions de temporalités passées et présentes sans possibilité de penser à un niveau méta qui permettrait de réorganiser les éléments du récit. Lors de ma relecture récente en vue de cette communication, j'avais en tête toute l'histoire (ce qui donnait un cadre à une pensée au niveau méta), ce qui fait que j'ai mieux perçu comment l'auteur organisait son récit, mettait en place des indices (vrais et faux de surcroît)

...

Conrad Lang (aussi appelé du diminutif Koni, le livre jouant des nominations qui indiquent les affects et les époques, participant aux réminiscences de Conrad, à la temporalité infantile), au début du livre, est le gardien de la villa à Corfou d'une riche femme suisse, Elvira Senn. Voulant allumer un feu dans une cheminée, il se trompe et allume le stock de bois à côté, ce qui fait que la maison brûle et est entièrement détruite. Il est possible de se demander si cette erreur relève du trouble cognitif ou de l'acte manqué inconscient, ce qui dans ces cliniques demeure une question de fond pour les professionnels. Suite à cet incendie, Elvira le rapatrie en Suisse et le loge dans un petit appartement en ville.

Conrad est présenté comme le fils naturel d'Anna, une amie qui fut employée d'Elvira dans la maison de celle-ci. Il y a longtemps, Anna partit à Londres, y rencontra un diplomate nazi et abandonna son fils qu'Elvira accueillit à la demande de Thomas, le fils de son premier mari, les deux enfants ayant en partie été élevés ensemble. Ils furent donc éduqués dans les mêmes établissements pour riches, Conrad s'y sentant toujours un peu mis de côté. Avant tout ceci, nous apprenons qu'Elvira est arrivée à dix-neuf ans comme employée chez le très riche Wilhelm Koch, veuf ayant un fils, Thomas. Avant de céder aux avances de W. Koch, Elvira se fait épouser par celui-ci. Wilhelm meurt assez rapidement, Elvira se remarie avec Mr Senn, directeur de l'entreprise de Wilhelm, qui meurt lui aussi plus tard. Thomas a maintenant un fils, Urs, qui est marié avec Simone. Celle-ci a dans le livre le rôle fondamental de l'enquêtrice, de celle qui pose et se pose des questions, refusant le pacte dénégatif (R. Kaës) de cette famille qui utilise Simone (plus qu'elle ne l'accueille) afin de donner un héritier à Urs. Le pacte dénégatif, ou pacte sur le négatif, est, dans les familles ou dans les groupes, un accord inconscient sur ce qui ne doit pas être questionné, sur ce qui

doit être maintenu secret : ainsi des zones d'ombre que Thomas ni Conrad ne viennent interroger.

Sans rentrer dans les détails de ce riche roman, le lecteur découvre la vérité petit à petit en particulier par le regard de Simone (qui comprend elle-même peu à peu) et par les craintes d'Elvira qui elle sait depuis le début (alors qu'elle a maintenu son fils et son petit-fils dans l'ignorance). Le lecteur découvre donc la vérité sans la comprendre, aux prises avec des fragments de mémoire, d'éléments qui peuvent lui sembler confus : faute d'un métacadre de mémoire lui permettant d'organiser les éléments de ce puzzle dont Elvira a fait disparaître certaines pièces (en particulier des photos arrachées dans les albums de famille), il fait la même expérience d'incompréhension, voire de désorientation, que Conrad dont la clinique est rendu avec une grande finesse.

Le lecteur finit par apprendre que, quand Elvira s'est mariée avec Wilhelm Koch, elle avait déjà un fils (né d'un viol quand elle avait quatorze ans) qu'elle lui a caché, le faisant passer pour le fils d'Anna (son employée qui est en fait sa demi-sœur). Les deux sœurs assassinent à l'insuline Wilhelm et, par haine de celui-ci, de son fils qui lui ressemble beaucoup, ainsi que par désir de donner au fils d'Elvira une bonne situation sociale, elles permutent les deux enfants : Thomas, le fils de Wilhelm Koch, devient Conrad, soit disant fils d'Anna, tandis que Conrad, le fils d'Elvira, devient Thomas, le fils de Wilhelm, donc l'héritier de la fortune. Si vous vous y perdez, c'est que vous vous rapprochez de ce qui vit le lecteur et de ce que vit Conrad.

La vérité découverte, Simone, qui veut divorcer, négocie son silence contre une clinique pour malades d'Alzheimer pour Conrad afin de continuer à s'occuper entre autres de lui car elle l'a pris en affection, sans doute en alliance entre réprouvés de la famille. Elvira ne dit qu'une partie de la vérité à Thomas et Urs puis se suicide.

Un arrêt sur la manière dont tout ceci vient à la surface est maintenant nécessaire. Toute sa vie Conrad a travaillé pour la famille Koch, étant aussi l'objet de Thomas qui l'appelait lorsqu'il avait besoin de lui (en particulier lors de séparations amoureuses), dans une logique d'étayage mutuel, puis le tenait hors de son monde, ayant honte de lui. Conrad, ainsi que plusieurs personnages le soulignent, est dans une attitude de dépendance servile à l'égard de la famille, toujours en dette et en quête d'une reconnaissance qui ne vient jamais. Il a donc été et demeure, de même que Thomas, chacun à leur manière, sous emprise, une emprise qui lui interdit de penser la situation et se manifeste par des troubles dans les représentations, une dépendance à l'alcool... Nous retrouvons là la proposition de R. Roussillon lorsqu'il écrit que ce qui n'a pu être symbolisé, mis en représentation, s'inscrit dans l'organisation de l'appareil psychique, ou plutôt dans les désorganisations, les distorsions de celui-ci.

Conrad, soixante-cinq ans, perd de plus en plus la mémoire, commence à se perdre y compris dans les lieux familiers... ce qui fait qu'il est d'abord placé en institution gériatrique puis (par peur de ce qu'il pourrait dire) dans un pavillon de la propriété où vivent Elvira, Thomas, Urs et leurs épouses, ceci afin qu'Elvira puisse le surveiller car, en parallèle à ses troubles, reviennent à Conrad des souvenirs très précis de son enfance (comme des flashes qui précipitent celui-ci dans le passé), souvenirs qui inquiètent particulièrement Elvira car ils donnent des indices de la substitution d'enfants. Elvira a beau disqualifier, sous couvert de la maladie, ce que dit Conrad, elle s'inquiète au point de vouloir lui aussi l'assassiner par insuline (elle-même étant diabétique). La menace est d'autant plus forte pour elle que Simone obtient que Conrad bénéficie d'une molécule expérimentale contre la maladie d'Alzheimer. A l'issue de différentes péripéties l'état de Conrad s'améliore (il récupère une partie de sa mémoire, en particulier des faits récents, s'oriente de nouveau mieux...) mais il « perd » les flashes de son enfance dont finalement personne ne lui dira rien.

Penser la mémoire, le secret et la maladie d'Alzheimer avec *Small World*

Le développement de la compréhension de la maladie, que je propose de nommer ici maladie du secret, sera développé en deux points.

1) La maladie d'Alzheimer est une maladie du traumatisme infantile et de l'identité, une maladie de l'atteinte du narcissisme en ses fondements mêmes..

La perte de l'identité actuelle (manifestée entre autres par l'oubli du nom propre) est le symptôme et la manifestation tardive d'une atteinte beaucoup plus précoce relevant les troubles narcissiques identitaires (R. Roussillon, 2007) Ainsi que je viens de l'évoquer, cette question de l'identité et de ses troubles est en lien avec le secret inscrit non comme représentation mais comme torsion dans la structure psychique du sujet. Ainsi Koni (Conrad situé dans l'enfance) parle-t-il de Konitomi (Conrad-Thomas) puis de Tomikoni, comme il parle de maman Vira et de maman Anna. Ceci manifeste comment Elvira a organisé la substitution d'enfants et la confusion des identités ; mais ceci manifeste aussi qu'au fond chaque sujet, Conrad comme Thomas (qui a la fin devient lui aussi dément) ne sait plus qui il est, quels sont ses liens fondateurs, quelle est sa place dans quelle lignée. Chacun a été et s'est construit sur du faux, du faux imposé sur lequel aucun des deux n'a eu les moyens psychiques de revenir (ce qui est le propre des sujets sous emprise), pour des raisons pour partie différentes : Conrad car il vit dans la dette et la quête d'amour, Thomas car il a d'important bénéfices narcissiques et secondaires (fortune, reconnaissance sociale...), ce qui n'empêche pas qu'il ait des problèmes d'alcool et dans ses relations objectales.

Conrad, mais probablement aussi Thomas, sur lequel le lecteur a moins d'informations, souffre d'un défaut dans les processus de symbolisation de ses propres expériences, de ses objets et des relations entre ceux-ci et lui. Cependant, ce défaut repose moins sur la nature traumatique de l'événement (avérée par ailleurs) que sur l'emprise perverse (A. Ferrant) dont les deux ont été l'objet Ce défaut se manifeste en particulier dans la dimension auto-méta qui permet de se représenter sa propre vie psychique (à laquelle participent les objets d'amour ou de haine) tout en passant d'un niveau à un niveau supérieur qui englobe le précédent. Conrad, comme Thomas au demeurant, subit donc un changement de place assorti d'une interdiction de le penser, ce qui crée une faille narcissique fondamentale. Dès lors, il ne lui est pas possible d'organiser une pensée réflexive qui lui permettrait une mise à distance représentationnelle du traumatique.

Cette hypothèse de la maladie d'Alzheimer comme maladie du traumatisme, d'abord infantile, est renforcée de ce que *Small world* met aussi en jeu la dimension intergénérationnelle. Avant de devenir la manipulatrice de la situation, Elvira a elle-même été victime du traumatisme du viol à l'âge de quatorze ans, puis d'un abus sexuel par son premier patron (suivra un avortement) ce qui la conduit à être, avec Wilhelm Koch, dans une logique de vengeance qui se répète avec le fils de celui-ci. Elvira ne devient pas démente : très âgée, elle continue de tout vouloir contrôler et gérer. En effet sa solution est de recourir à l'emprise qui suppose la négation de la subjectivité de l'autre : or la maladie d'Alzheimer n'est-elle pas une manière radicale de dire la subjectivité en perte (de celui qui fut sous emprise) ? Nous voyons donc qu'il y a plus d'un secret dans cette histoire ! Ce qui nous rappelle ce que nous savons bien : le secret appelle autant qu'il génère le secret !

Selon une logique bien connue depuis S. Freud (1914), le traumatisme passé et ici le secret générateur de traumatisme dans le passé et dans le présent, traumatisme toujours en action puisqu'il entretient la cause de la souffrance psychique, se manifeste au présent non comme souvenir mais comme réminiscence, actualisation. Ainsi, dans plusieurs passages remarquables, Conrad vit-il la confusion. Celle-ci pourrait conduire à dire, classiquement, qu'il est désorienté, qu'il prend le passé pour le présent. Mais ce n'est pas tant de cela qu'il s'agit (logique cognitive) que du fait que pour lui le passé se vit au présent et occulte la réalité de ce dernier : ainsi lorsque Conrad se cache dans la cabane de la propriété d'Elvira, cabane où il se cachait enfant, ainsi quand il se sent agressé et frappé dans son lit médicalisé et qu'il « est » enfant, à Londres, attaché dans son lit par maman Anna... Ceci ne peut être mis en travail psychiquement par le sujet lui-même (du fait de la défaillance de la pensée, de la symbolisation auto-méta) mais peut l'être dans le cadre d'une relation bienveillante, portée ici par différents personnages tels Simone, la femme d'Urs, Randaj, sa soignante d'origine Tamoul, les neuropsychiatres, l'art-thérapeute, Rosemarie avec laquelle il a un temps une relation amoureuse, Barbara la serveuse).

2) La destruction de la mémoire des faits récents, la déstructuration de la temporalité qui va avec celle de la mémoire et plus globalement de l'appareil psychique (dans des dimensions cognitives : désorientation, amnésie, apragmatisme..., et de symbolisation) permet l'émergence de contenus psychiques archaïques. Les événements du passé qui n'ont pas

pu être symbolisés, c'est-à-dire être construits en souvenirs convocables ou refoulables, rejaillissent dans le présent (s'actualisent) avec toute la force du vécu traumatique premier, et ce d'autant plus que les states et processus les plus élaborés de l'appareil psychique n'en endiguent ou empêchent plus le retour. Ainsi le lecteur voit-il Conrad osciller, à une période donnée, entre des moments où il fonctionne, ou essaie de fonctionner, à son meilleur niveau de secondarisation et des moments de confusion dans lesquels il ne parvient ni à refouler ni à contenir les réminiscences, ce qui se traduit en particulier par des agirs et/ou l'envahissement par l'angoisse et/ou l'émission de phrases qui s'imposent à lui sans qu'il comprenne ce qui se passe alors en lui. C'est Elvira, qui connaît toute l'histoire, qui comprend et est elle-même envahie par l'angoisse de voir sa manipulation risquer d'émerger au grand jour, c'est-à-dire dans le registre de la conscience et de la loi.

La théorie implicite, toute psychanalytique au fond et très en lien avec celle du vrai self proposée par D. W. Winnicott, est que la déconstruction des niveaux les plus conscients de l'appareil psychique permet d'accéder à la vérité du sujet : une vérité que Conrad ne peut reconnaître en tant que telle faute d'une capacité de reprise et de secondarisation suffisante. De plus, alors que dans la psychothérapie ou l'analyse la déconstruction est accompagnée par le thérapeute, ici elle est subie du fait de la maladie, ce qui fait écho à la passivité/passivation de Conrad dans son enfance, ainsi qu'à celle de Thomas: l'angoisse qui accompagne celle-ci ne peut dès lors que déborder.

Ainsi que le souligne G. Le Gouès dans *Le psychanalyste et le vieillard* à propos des affects, ainsi que le souligne aussi les recherches en neurosciences sur les mémoires et les émotions, chez Conrad le passé revient sous une double forme :

- Actualisation d'actes, de phrases, qui sont des répétitions du passé.
- Affects d'angoisse très puissants, très peu transformés.

Dès lors se pose la question de savoir comment les troubles cognitifs et les productions du sujet sont entendues par les familles et par les professionnels. Elvira (de même que Thomas et Urs) discrédite ce que dit Conrad en référence à sa maladie mais elle est aussi très inquiète car elle sait. Ce qui émerge dans les propos comme dans certaines attitudes de Conrad (qui peut de prime abord sembler incohérent) est porteur de sens, d'histoire, mais l'un et l'autre sont cryptés : il manque aux tiers des chaînons pour comprendre. Le travail d'enquête de Simone (sans vraiment qu'elle le sache au début : elle veut des photos d'enfance pour stimuler la mémoire de Conrad) est précisément construction de ces liens qui manquent. Conrad revient à (ou, plus précisément, il revient à Conrad) ce qui est au cœur (impensé, impensable car interdit de penser) de son histoire traumatique : il a vu sa mère assassiner son père (piqûre), il a subi le changement d'identité, le glissement d'être Thomas à être Conrad, d'avoir pour mère Elvira puis Anne.

Pour différentes raisons, Conrad ne bénéficie pas du retour de ce que d'autres ont compris de son histoire. Randaj, sa garde malade, est bienveillante mais n'accède pas à son histoire. Simone (la femme d'Urs qui veut divorcer d'avec celui-ci) est bienveillante mais ne lui restitue pas ce qu'elle a reconstruit pour deux raisons : d'une part, et cela est classique dans la clinique du vieillissement, car elle ne veut pas le « traumatiser davantage » ; d'autre part parce qu'elle a là une arme de chantage par rapport à la famille Koch, échangeant son silence contre un divorce dans des conditions avantageuses et la création d'une clinique pour malades d'Alzheimer.

Pour autant, à la fin du roman, grâce au traitement, Conrad récupère du plaisir à vivre tout en conservant (mais peut-il en être jamais autrement, dans toute vie ?) des points d'énigme et des points d'angoisse, par exemple lorsqu'il croise Thomas, devenu lui aussi dément et qu'il vit comme méchant, menaçant, trace là encore de l'échange secret de place.

Le secret n'est pas révélé, Conrad aurait-il pu en faire quelque chose, voire y survivre, mais son étreinte de s'en est pas moins desserrée, ce qui vient questionner nos modèles cliniques dans lesquels nous sommes parfois tentés de révéler la vérité à tout prix.

Bibliographie

Ferrant A., (2001), *Pulsion et liens d'emprise*, Paris, Dunod

Freud S., « Remémoration, répétition et perlaboration », *La technique psychanalytique*, Paris, Puf, 1914, (traduction 1989), 105-115.

Guillaumin J., *Le rêve et le moi*, Paris, Puf, 1979

Herfray C. (2001), *La vieillesse en analyse*, Eres

Janin, C., *Figures et destins du traumatisme*, Paris, Puf, 1996

Kaës R., « Le pacte dénégatif dans les ensembles transsubjectifs », dans Missenard A., *Le négatif, figures et modalités*, Paris, Dunod, 1989, p. 101-136

Le Gouès, G., *Le psychanalyste et le vieillard*, Paris, Puf, 1991

Montendon A., *Eros, blessures et folie. Détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, 2006

Roussillon R., *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF, 2001

Roussillon, R. et coll., *Manuel et psychologie et de psychopathologie clinique générale*, Paris, Masson, 2007

Suter M. (1997), *Small World*, Paris, Christian Bourgois, 1997, (traduction : 1998)

Tisseron S. (2002), « Les ricochets du secret », *Le Coq-héron* 2, p. 29-35, Eres

Tisseron S. (2008), « Toujours le secret suinte... », *Enfances & Psy* 2, p. 88-96, Eres.

