



34^{ème} journée de l'ARAGP, 14 janvier 2022
Figures de la passivité au grand âge
Accueils, écueils, risques et ouvertures

En janvier 2021, la journée de l'ARAGP proposait de penser le Covid et le confinement dans le champ des institutions gériatriques. L'aventure n'est pas terminée, avec ses bas et ses hauts, nous obligeant à une forme de « vivre avec » porteuse de sa part d'incertitude.

D'une manière ou d'une autre, cette aventure confronte chacun.e à la passivité, quand ce n'est à la passivation.

Le couple freudien actif/passif et ses enjeux de retournement et de projection croise les représentations sociales qui valorisent l'actif et dévalorisent le passif, si ce n'est dans l'éloge d'un lâcher-prise qui demanderait à être approfondi.

Si la passivation s'articule avec l'emprise, avec un vécu d'impuissance subie (que ce soit du fait d'autres – famille, soignants,... , ou du fait du corps qui lâche, ne répond plus), la passivité peut s'articuler avec un masochisme tempéré, avec l'attente, l'accueil de ce qui vient du dehors comme du dedans. La passivité ouvre potentiellement à l'espace de la rêverie, mais aussi à une forme de latence, au désespoir comme à l'espoir de retrouvailles avec des objets anciens ou récents.

Passif.ve celui.celle qui abandonne, qui glisse, mais aussi celui.celle qui s'abandonne à des bras internes ou externes.

Ouverture (p. 3)

Jean-Marc TALPIN, Psychologue, président de l'ARAGP

Aléas de la passivité dans la dynamique du transfert dans la clinique gériatologique (p. 7)

Benoit VERDON, Professeur de psychopathologie, psychanalyste

Entre passivité et volontarisme, quels chemins spirituels dans la tradition chrétienne (p. 23)

Jean-Marie GUEULLETTE, Professeur à la faculté de théologie, centre interdisciplinaire d'éthique, UCLY

Réflexion autour du travail de « l'homme étoilé » (p. 31)

Mireille TROUILLOUD, psychologue, psychanalyste, docteure en psychopathologie

Semer de petites graines de poésie... dans cet espace où la passivité refait surface (p. 38)

Marie WALTHER, Art-thérapeute, Grenoble

Quelques figures de la passivité en clinique gériatrique. (p. 48)

Frédéric JEANNIN, psychologue, Strasbourg

Ouverture de la journée **Jean-Marc TALPIN**

Passivité, passivation, découragement, usure, activité, activation, révolte... et sans doute aussi répétition...

Comment commencer autrement cette journée que par la figure de la mise en abîme ? Et comment essayer de s'en sortir, sinon d'en sortir, sinon par une mise en récit, en histoire, ainsi que nous l'avions évoqué lors d'une précédente journée, une journée d'avant le Covid et les mesures sanitaires, une journée qui va bientôt donner lieu à un deuxième livre de l'ARAGP (In Press, printemps 2022) ?

Nous pourrions proposer de lire les titres de ces journées qui nous réunissent tout de même, comme une chaîne associative, au double terme de l'association freudienne et de l'association loi 1901.

En janvier 2021, nous avons, après hésitation, maintenu la journée : *Un virus chez les vieux. Sur le confinement, le déconfinement et quelques-uns de leurs effets psychiques*. Nous commençons à douter qu'il y ait clairement un avant et un après, nous commençons à penser à un pendant qui dure, et il dure ! Hier soir, lors du repas que réunissait les intervenants d'aujourd'hui, J-M. Gueulette évoquait l'article d'un historien qui disait qu'en général un virus provoque sept vagues : plus que deux !

En 2020 c'était *Mal de vivre. La mélancolie au crépuscule de la vie*.

Et en 2019 *Tissages d'histoires et travail d'historicisation*.

Comment commencer autrement que par une mise en abîme et en histoire : après le pari réussi de la journée de janvier 2021, qui voulait soutenir l'effort de penser en temps de risque d'immobilisation, de déliaison, d'isolement, nos associations nous ont vite emmenés du côté de la passivité dans ses dimensions positives et négatives, de vie et de mort, au moins psychique. Notre journée était organisée à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, les intervenants retenus, nous avons opté pour une formule mixte entre présence et visio-conférence qui permet à ceux qui habitent loin de participer tout de même. Puis nous avons vu l'étau se resserrer en novembre : pas de conférence en décembre et janvier à Saint-Jean-de-Dieu. Que3

faire ? Jetons-nous l'éponge ? Nous laissons nous envahir par le découragement, la lassitude, la tristesse de ne pas vous retrouver, public fidèle ou nouveau ? Non, encore non. Fort du thème de la journée, et de notre réflexion préparatoire, nous refusons de nous laisser passiver, réduire à l'impuissance, à la solitude, à l'isolement. Merci à l'Agora-Tête d'Or de nous accueillir pour cette journée qui nous permet d'être avec vous à distance afin de pouvoir continuer à penser ensemble.

Le thème de la journée vient certes en prolongation de celui de la journée précédente et en reprise de la situation sanitaire et sociale, les vieux ayant subi de plein fouet les mesures sanitaires de confinement. Les professionnels ne furent pas en reste, les uns se voyant interdire de venir travailler, les autres interdire de s'arrêter ; mais ce thème questionne aussi plus largement ce qui se passe dans le vieillissement, tant dans la dimension du corps que dans celle de la famille, de l'institution et des effets et enjeux de ceci dans la vie psychique singulière, groupale, familiale et institutionnelle.

Pour chacun la passivité est une vieille histoire, une expérience dès l'expulsion de la naissance, dès l'accueil, ou pas, ou mal, par des bras, par des fées bonnes ou mauvaises. C'est une vieille histoire qui rencontre le handling et le holding, le portage et l'enveloppe (encore une fois physique et psychique), l'absence, entre abandon et séparation, qui rencontre aussi le sexuel, Eros et Thanatos. C'est ce qui se constitue petit à petit en histoire et d'emblée insiste sur les réponses de l'environnement et sur la qualité de celles-ci. En effet, si le nouveau-né est pour partie passif, c'est-à-dire vitalement dépendant de son environnement - et ne le sait pas encore-, la découverte de cette dépendance et de cette passivité, mais aussi l'écart entre passivité et passivation, tient en bonne partie à ce/celui qui passive, à son intentionnalité, à sa présence subjective (ou non, ce qui renvoie à une présence a- ou dé-subjective) ou, en particulier dans la logique institutionnelle, à un processus sans sujet (G. Hegel repris et développé par R. Kaës). Ainsi de ces parents, de ces professionnels qui empêchent l'autre. Qui l'empêchent d'agir, de dire, de penser. Qui, en un mot, essentiel, l'empêchent d'être. Certain.es (la marque du féminin est ici nécessaire) se sont (et parfois se laissent) écrasés, broyés, anéantis, abdiquent, optent pour le faux-self, d'autres se révoltent, agissent la violence, créent, certains encore attendent leur heure pour manifester ce qui est vivant en eux, ce qui n'a pas renoncé à être, dans la vie intérieure comme dans ses manifestations tournées vers l'extérieur humain et non humain, vers les paysages internes et externes.

Durant la matinée, nous allons entendre deux intervenants qui sont déjà venus à l'ARAGP et dont nous apprécions le travail, dans des champs et des registres bien différents : Benoit Verdon et Jean-Marie Gueullette.

Benoit Verdon, psychanalyste, professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université de Paris, a écrit plusieurs ouvrages dont, récemment, en codirection avec P. Gutton, *Fragilité et force du lien*. Il est déjà intervenu lors de la 25^{ème} journée, en 2012, avec un titre qui n'est pas sans lien avec l'intervention d'aujourd'hui : *Sexualité, performance, idéal. Consentir au vieillissement au 21^{ème} siècle, entre inachèvement et accomplissement*.

Jean-Marie Gueullette, médecin, historien, théologien et dominicain, nous avait parlé en 2014 de *La bonne mort : un rêve, une tâche ?* Cette fois, c'est plus le théologien que nous avons sollicité pour parler d'une dimension peu pensée ici, celle des chemins spirituels, pourtant bien présents chez de nombreux âgés, que M. Trouilloud et L. Ploton ont commencé à penser. Nous verrons que l'historien est venu apporter lui aussi sa voix.

Cette après-midi, comme à l'accoutumée, la parole sera donnée à des praticiens de terrains.

Sollicitant une fois encore la figure de la mise en abîme, nous partageons avec vous une pensée pour une équipe de soins palliatif sollicitée et qui a finalement dû renoncer face à l'augmentation importante de sa charge de travail du fait des nouveaux variants dont nous subissons actuellement les effets.

Marie Walther, art-thérapeute, a répondu à notre sollicitation et nous offre un titre : *Semer de petites graines de poésie... dans cet espace où la passivité refait surface*, qui nous invite en effet à la poésie, qui nous dit les germes de vie, qui nous rappelle que chaque soignant est, entre autres, un jardinier, un semeur à tous vents, comme celui de ce trésor des mots qu'est le Larousse.

Frédéric Jeannin est psychologue à Strasbourg. Nous avons pensé à le solliciter après l'avoir rencontré d'abord par ses écrits, puis en groupe de travail en visioconférence, suite à sa participation au recueil de témoignages du premier confinement dans le champ gériatrique dont M-C. Pfrimmer, M. Ruhl, C. Racin et moi-même vous avons parlé l'an dernier. La qualité de son écrit et de sa réflexion nous a incité à le solliciter, il a accepté en nous proposant un titre d'ouverture : *Quelques figures de la passivité dans la clinique gériatrique*.

M. Trouilloud, notre locale de l'étape, nous a proposé d'intervenir alors que l'homme étoilé, cet infirmier en service de soins palliatifs, et dessinateur d'abord sur son blog puis en livres,⁵

que nous avions sollicité, ne nous répondait pas. Elle nous ouvre ainsi un espace pour penser-rêver ses dessins et ses bulles : d'autres petites graines ? Graines d'humour, graines de passivités, graines de vie (dont, enfant, nous avons appris que cette vie était une histoire de petites graines...).

Enfin un grand merci à deux absents avec lesquels nous avons déjà pris rendez-vous pour la journée de 2023 : Samuel Halbert qui nous avait préparé une belle exposition de photographies, lui qui a illustré plusieurs de nos programmes sur Internet, Facebook... et Sylvain Fourel, de la librairie la Voie au Chapitre, qui était partant une fois encore pour nous présenter des livres, nous en faire découvrir...

Au nom du bureau de l'ARAGP, je vous souhaite une belle journée, entre passivité nécessaire à l'écoute et activité de la pensée, sans oublier le passif-actif de la rêverie. Et sans nous laisser passiver par les technologies du distanciel.

Aléas de la passivité dans la dynamique du transfert dans la clinique gériatrique. Benoit VERDON

Ce texte est le texte d'une conférence orale et non d'un article à visée de publication. Son contenu est proposé à la mise en ligne exclusive sur le site internet de l'ARAGP. Il est protégé par le Code de la propriété intellectuelle et son contenu ne saurait être reproduit ou diffusé sans l'autorisation expresse de son auteur.

La question de la passivité est une question fondamentale et je vous remercie beaucoup de la soulever au point d'en faire le cœur de la réflexion de cette journée. C'est une question fondamentale et c'est une question d'actualité.

Elle est fondamentale car elle est tout à la fois un processus nécessaire, inhérent même, à toute entreprise thérapeutique (consentir à se laisser faire), et en même temps l'un des talons d'Achille de toute entreprise thérapeutique. Freud conclut d'ailleurs quasiment son œuvre sur cette question. Dans *L'analyse avec fin et l'analyse sans fin* (1937), l'un de ses tout derniers textes, il déploie un certain nombre de convictions majeures issues de sa longue expérience clinique, des succès, des échecs. Il y souligne notamment combien la bisexualité psychique s'avère source de résistances en psychothérapie tant la question de la passivité y est justement engagée, et ce, notamment dans les contre-attitudes des patients qui ne consentent pas à se laisser mener, à s'ouvrir à leur réalité interne, à jouer le jeu de la libre association, à affronter des zones ombreuses et conflictuelles. Être passif en confiance ne va pas de soi.

On en sait quelque chose en matière de sexualité et d'amour, où le plaisir peut être magnifié ou laminé par l'expérience de passivité : se laisser accéder, toucher, affecter, pénétrer ; se laisser faire, se laisser prendre, se laisser modifier. Que de plaisir, et que d'angoisses ! Pour certaines et certains, dit Freud, la passivité est confondue avec la castration ; être passif équivaut à être amoindri, subalterne, abdiquant. Passif équivaut parfois aussi à être l'obligé de, à la merci de, sous l'emprise de. L'intensité potentielle de la conflictualité œdipienne en est une trace forte (Verdon, 2020, 2021).

Et cela ne concerne évidemment pas que le vécu en conscience mais bien ce qui est mobilisé là de problématiques psychiques qui nous échappent bien souvent. Théorisée par Freud dès 1905 dans les *Trois Essais sur la théorie sexuelle*, la passivité n'est en effet pas réductible à la position ou au comportement manifestes ; elle peut bien sûr être envisagée sous l'angle des stimulations externes qui excitent, mais elle participe surtout des processus internes, des représentations, des affects, des fantasmes, qui eux aussi, eux surtout, mobilisent des tensions. Source externe, source interne, l'une et l'autre se caractérisent en tout cas par le rôle majeur dévolu à l'objet, qui séduit, manipule, fait ressentir, donne du plaisir, imprègne, menace, châtre, exclut, fait jouir, fait souffrir. Chacun est invité à reconnaître ce rôle de l'objet, ainsi que la réponse qui se mobilise en soi, et qui ouvre à la possibilité d'un espace psychique propre aux frontières souples et efficaces (André, 1995 ; Green, 1999).

La question de la passivité est également une question d'actualité car le succès de certaines thérapies auprès de nos concitoyens vient justement du fait qu'elles proposent un dispositif où la passivité est autrement engagée qu'en psychanalyse ou psychothérapie psychanalytique. Invité à définir des objectifs précis d'amélioration, à affronter ses problèmes, à résoudre des tensions, à réguler ses émotions et à modifier ses idées négatives, à déculpabiliser, à progresser d'une séance à l'autre grâce à des exercices, à acquérir de meilleures compétences cognitives et réactions comportementales, le patient est manifestement positionné comme un acteur actif de sa psychothérapie. Cela est évidemment très séduisant et un tel dispositif peut en effet s'avérer étayant, cadrant, gratifiant même, et mobilisateur de conduites psychiques moins sources de souffrance. Mais cela n'intègre pas la dynamique psychique qui entrecroise de façon complexe et toujours singulière les fils de la causalité inconsciente et notamment de la temporalité psychique irréductible au temps qui passe et au poids de l'actualité et de la conscience qui permet d'en dire quelque chose. L'intérêt d'une psychothérapie adossée à la psychanalyse est de créer un espace pour qu'émerge et se déploie ce qui fait obstacle au plaisir de vivre. Il s'agit donc de laisser émerger cette part sombre de la vie psychique.

Or c'est aussi là que se joue la dynamique de passivité, et pas seulement dans la relation à un clinicien éducateur, dans le suivi scrupuleux de ses recommandations, de ses conseils, voire de ses injonctions. Car la passivité ne doit pas être confondue avec la léthargie, ni l'activité avec la performance ; et la passivité ne saurait être réduite à compliance à des directives ciblées et manifestes. Elle court le risque de favoriser cela, mais elle est d'abord ouverture à un potentiel de consentement, assurément ambivalent, à s'ouvrir à soi-même, à son histoire, à

ses zones de souffrance, à ses zones d'ombre que la conscience ne peut embrasser ni maîtriser. De fait, elle est également ouverture au consentement à une dynamique associative qui emmène souvent « là où ne voudrait pas aller » (cf. infra.), au consentement à ne pas tout comprendre, ni contrôler de ce qui se passe, au consentement à ne pas voir de suite de résultats évidents de dégageant des conflits et d'apaisement des angoisses. Consentir à cela, sans même savoir qu'on y consent, et qu'on y consent de toute façon de manière nécessairement ambivalente, tout cela participe d'une activité psychique dense et complexe.

Et puis la passivité est aussi une question fondamentale et d'actualité parce que l'expérience du vieillissement et de la vieillesse remet sur le métier et met à l'épreuve d'une façon magistrale la capacité de chacun à accepter et à s'approprier une action venant de l'autre, un effet de l'autre en lui qui le modifie et le pousse, l'invite, l'oblige à réagir. Troublant écho de surcroît avec l'expérience adolescente qui, en quelques années, fait *a priori* d'un enfant un adulte, du moins en son corps. Hormis l'expérience saisissante de personnes anorexiques qui parviennent à neutraliser les effets du processus pubertaire (certaines jeunes femmes par exemple n'ont plus de règles et leurs seins décroissent), l'enfant qui traverse l'adolescence ne peut pas grand-chose face à ce qui lui arrive. Certes, l'angoisse est compensée par des projets identificatoires et des idéaux, même si les perspectives d'avenir personnel et collectif demeurent néanmoins marquées d'aléatoire, voire d'appréhension. L'adolescent grandit, mûrit, se consolide, gagne en autonomie de pensée et d'action. L'adulte lui, mûrit et vieillit et n'y peut pas grand-chose de plus que l'adolescent. Sauf à mourir jeune, vieillir est assurément inéluctable, souvent insidieux et parfois marqué de brutalité, et confronte rudement chacun d'entre nous à l'impossibilité de changer le cours des choses.

Il n'est cependant pas rare de noter chez des adultes qui vieillissent une résistance, parfois ardente et violente, contre le déclin, l'involution, contre cet autre qui, en soi, se déploie peu à peu, se présente comme un étranger qu'on peine à reconnaître, cet étranger non intègre de corps et d'esprit, qui est pourtant soi et qui réactualise des choses de soi que l'on pensait enfouies, des projets abandonnés mais non oubliés, des désirs frustrés qui demeurent vivaces.

Et ne nous voilons pas la face, vieillir mène à la mort ; et les discours transhumanistes, malgré leurs prétentions arrogantes, fascinantes, inquiétantes, n'y peuvent pas grand-chose encore. Mais bon, il y a toujours celles et ceux qui prônent une position performative face au vieillissement, et qui en font une règle quasi éthique, quasi morale : il ne faut pas abdiquer face à la fatalité, ne pas renoncer, encore moins se résigner. Marquée d'idéalisation, la

préconisation peut s'avérer sans ambages : il faut réussir son vieillissement, vieillir jeune, demeurer somme toute inaltérable, érigé, féru de technologies modernes, de prouesses sexuelles et d'activités sportives. Et surtout, c'est à cette condition-là qu'on demeurerait regardable et fréquentable (Martz et Billé, 2010 ; Verdon et Rexand-Galais, 2021).

Bien sûr qu'il importe de prendre soin de soi, et de ne pas envisager la vieillesse comme l'abandon obligé de tout investissement et de toute expérience de plaisir. Pas sûr néanmoins qu'une règle de vie qui érige la performance et la comparaison concurrentielle comme étalon auquel mesurer sa propre valeur et celle des autres puisse s'avérer un modèle bienvenu quand le principe de réalité renvoie quotidiennement que les réaménagements et les négociations sont indispensables. Le vieillissement n'est pas chose à dompter mais à tenter d'appriivoiser, ce qui implique une position intérieure qui n'exclut pas la passivité. Le travail du vieillir, dont on doit cependant veiller à ne pas lui adjoindre une dimension normalisatrice, met à l'épreuve cette capacité à collaborer avec ce qui échappe à la maîtrise. À collaborer, c'est-à-dire à travailler avec, avec soi, non pas dans la répression et la démission, mais dans le cheminement pas à pas d'un équilibre où renoncement et investissement, passivité et activité, changement et continuité peuvent s'allier. Non normalisateur, c'est-à-dire soutenu par une écoute qui accorde à la psyché le droit inaliénable de s'exprimer à son rythme propre, avec ses ratés et ses revendications illusives (Verdon, 2013).

Je reviens à la passivité. Repensons à cette phrase forte de l'Évangile de Jean (21-18) qui interpelle à mon avis – eu égard à ce que je peux en saisir et en dire alors que je ne suis ni exégète, ni bibliste, ni théologien - de façon saisissante les non-croyants comme les croyants. Jésus vient de demander par trois fois à son disciple Pierre s'il l'aime ; Pierre, surpris, « peiné » même dit le texte, répond oui à chaque fois. Et Jésus associe alors : « *Quand tu étais jeune, tu mettais toi-même ta ceinture, et tu allais où tu voulais ; quand tu auras vieilli, tu étendras les mains et un autre te ceindra et te mènera là où tu ne voudrais pas* ». Le texte se poursuit par ce commentaire : « *Il signifiait, en parlant ainsi, le genre de mort par lequel Pierre devait glorifier Dieu. Ayant dit cela, il lui dit "Suis-moi"* ». L'instant est grave, mais la porte est ouverte, la main tendue et le chemin proposé à l'aventure.

Cette passivité inhérente au vieillissement problématise de fait de façon majeure et paradoxale, la possibilité pour tout un chacun de s'approprier cette expérience. La conviction de ne plus pouvoir satisfaire des idéaux qui ont été chèrement entretenus tout au long de la

vie, l'appréhension ou alors le constat douloureux de n'être pas à la hauteur, d'être impuissant, laissé de côté, voire dépendant pour des soins que l'on peut plus se prodiguer et pour lesquels on dépend de quelqu'un qu'on n'a pas forcément choisi, n'appartiennent pas seulement au temps de la vieillesse. Il y a là des conflits latents qui sont susceptibles d'être remobilisés par l'expérience de traversée du vieillissement, et d'amplifier, de marquer de leur sceau singulier, un certain vécu souffrant du vieillissement où les questions de la perte, de l'impuissance, de la passivité et du renoncement se révèlent si centrales.

L'intégration de la passivité participe ainsi du travail psychique qui articule le début et la fin, qui soutient la possibilité d'accepter d'avoir été fait et mû par une histoire qui nous échappe en partie, d'avoir gagné en maturité et autonomie, mais de courir dorénavant le risque de laisser son corps être approché pour des soins, de devoir composer avec les autres et de ne pas pouvoir échapper à la survenue de la mort (Racin et Verdon, 2019 ; Verdon et Racin, 2021). Penser la passivité devant la mort fait écho à la passivité devant la vie (Green, 1982). La scène primitive, cette scène de rapports sexuels entre les parents, éventuellement observée, plus souvent fantasmée et reconstruite par l'enfant, est une scène énigmatique et traumatique parce qu'elle est souvent pensée comme violente et néanmoins tout à la fois excitante, et parce qu'elle est marquée d'interdit et d'exclusion (l'enfant n'y a pas sa place, elle participe de l'intimité exclusive des parents). Mais elle est plus que cela explique Jean-Claude Lavie, car elle induit une « ineffaçable dépendance », elle « souligne trop ma totale carence dans l'acte le plus conséquent de ma vie. Elle déconcerte aussi le sentiment quelque peu orthopédique que je crois avoir de ma continuité temporelle, en faisant apparaître la contingence de ma survenue. (...) Dans l'immensité de l'univers, une copulation éminemment improbable nous a créé comme contrecoup de cet acte unique et irremplaçable » (1997, p. 129, 131 et 133). Son propos souligne deux idées fort intéressantes pour toute réflexion sur la passivité : le risque de crispation narcissique induite par l'idée d'avoir pu ne pas être, et le constat irréductible d'être soi et non un autre. On peut voir là, soutient Lavie, « l'équivalent d'une castration symbolique parce qu'il n'y a de choix que de l'endurer » (*ibid.*, p.135). Ce n'est pas nous, en tant que tels, qui avons été voulus par celui et celle dont le corps à corps érotique a donné lieu à notre conception et à notre naissance. Au mieux, ils ont aimé ce bébé qui est né ; ils ont appris à aimer, malgré toute leur ambivalence, cet enfant qui a grandi et qui n'a pas été l'enfant idéal, cet adolescent qui leur a échappé, cet adulte qui est devenu autonome et qui leur a signifié, par sa seule maturation, qu'il n'avait plus besoin d'eux. Et ils

ont pu aussi mal aimer, voire ne pas aimer, cet être improbable qui est né à cause d'eux et du hasard de la rencontre des gamètes.

Nous savons qu'une psychothérapie n'intervient pas directement sur la réalité extérieure, elle n'empêche pas de vieillir, elle n'empêche pas de perdre son allant, de perdre ses proches, elle n'empêche pas de mourir. Elle n'occulte pas ces réalités-là, mais elle propose de faire un pas de côté et de regarder vers la vie psychique : « Qu'est-ce qui, de soi, de la vie intérieure, est là perdu ? Qu'est-ce qui, de soi, de la vie intérieure, est mis à mal, voire meurtri, dans cette expérience singulière ? Qu'est-ce qui, de soi, de la vie intérieure, rejaillit et déforme la calme surface des choses ? »

Freud nous prévient, l'affaire est sérieuse car « *face au danger intérieur, aucune fuite ne vous tire d'affaire* » (1937, p. 252).

Et l'expérience nous réserve bien des surprises.

Je reçois un jour une dame de 81 ans, Margarethe¹. Le hasard fait que je croise la collègue qui lui a donné mes coordonnées quelques jours avant notre premier rendez-vous, et que ma collègue me précise que devant l'hésitation de Margarethe, elle lui a formulé les choses ainsi : « *Je lui ai dit que vous vous occupiez des vieilles dames...* ».

Margarethe est d'origine danoise, elle vit en France depuis plus de 60 ans ; l'homme avec lequel elle entretint une relation amoureuse plusieurs années avant et après qu'il ne soit veuf, est décédé depuis plusieurs années, et à part quelques amies, les enfants de son compagnon qui habitent loin d'elle, et quelques cousins demeurés au Danemark, Margarethe se présente comme une femme assez seule, très inquiète de tomber, d'avoir un malaise et que personne ne soit présent ou désireux de l'aider. Margarethe sort de moins en moins mais elle guette ses voisins pour échanger deux mots avec eux et leur faire part de ses tourments ; elle peine à faire le ménage de fond en comble mais se refuse à accepter tant l'aide que lui propose la gardienne de sa résidence, qu'elle apprécie pourtant, que le fait de porter préventivement une téléalarme pour solliciter du secours en cas de problème : « *je dois faire les choses moi-même, même si c'est difficile* » revendique-t-elle. Ce souci de l'autonomie s'affronte cependant à un état d'inhibition récent qui participe d'une souffrance dépressive franche avec manque

¹Verdon, B. (2014). A quoi bon remuer tout ça ? Dans J. André & P. Guyomard (dir.), *Le moi, cet incorrigible* (p. : 61-87). Paris : Presses universitaires de France.

d'entrain, désinvestissement d'activités habituellement appréciées, procrastination. Margarethe appréhende plus que tout de se retrouver seule dans un hôpital suite à une chute, sans possibilité aucune de sortir d'une telle situation, ni de faire connaître ses désirs et ses insatisfactions.

De telles inquiétudes sont fréquentes chez les adultes qui vieillissent. Mais il importe de fait là de soutenir la singularité toujours irréductible de cette mobilisation fantasmatique d'être ainsi démuni et potentiellement passivé, voire réifié, considéré comme une chose, par l'objet, qui participe d'une réalité psychique avant que d'être, parfois, incarné dans un événement morbide. Je suis d'emblée très sensible, lors de cette première rencontre avec Margarethe, à son angoisse manifeste d'être dépendante d'autrui, mais aussi, conjointement, à sa très grande difficulté à consentir à ce que l'on s'approche d'elle. Et si elle sort moins souvent de chez elle, de peur de tomber, elle tient absolument, alors que nous sommes en plein hiver et que les plaques de verglas ne manquent pas sur les trottoirs de Paris, de venir à pied jusqu'à mon cabinet, pourtant éloigné de chez elle et ce, à chaque séance, alors que le quartier est parfaitement desservi par les bus, les métros, sans parler des taxis... De son histoire, Margarethe ne dira pas grand-chose lors de ce premier entretien, si ce n'est, avant de revenir aussitôt sur cette actualité brûlante de la vieillesse qui amenuise et fait redouter de demeurer à terre sans défense, que sa mère est décédée quand elle n'avait que 17 ans et que son père, beaucoup plus âgé que sa mère, était un « *despote* »...

A la deuxième séance, Margarethe me dit d'emblée qu'elle est « *contente de travailler* » avec moi, et associe plus aisément sur sa vie d'antan. Elle refait mention du père « *despote* », évoquant le fait qu'elle repense de temps en temps à lui et que cette pensée est devenue plus insistante depuis qu'elle a fait allusion à lui lors de notre précédente rencontre. Prudemment, je lui demande si on peut en parler ; elle me raconte alors que le lendemain de l'enterrement de sa mère, elle fut contrainte par son père à venir le rejoindre dans la chambre conjugale. « *Il a fermé la porte pour me dire son affection* » me dit-elle avant de bifurquer aussitôt sur des préoccupations en lien avec l'expérience actuelle du vieillissement, l'impossibilité de mener au bout la rédaction de son testament, d'organiser ses obsèques, ou même de sortir visiter une exposition, etc. « *Ne pas arriver à mener tout ça au bout, c'est ça qui me désole surtout. J'ai envie de le faire et je ne le fais pas, je n'ai plus 20 ans vous savez !* » insiste-t-elle.

Les temps s'entrechoquent et déjà des idées naissent en moi. Mais sont-elles également formulées en Margarethe ? Il y a un temps qui passe, le temps de nos perceptions habituelles,

mais aussi un temps qui ne passe pas, celui que Pontalis nomme « *une source au présent* » : « *Cette source vive, jamais tarie, dit-il, Freud la nomme l'infantile. [...] Cet infantile est sans âge. Il ne correspond à aucun lieu, à aucun temps assignable* » (1997, p. 32 ; c'est lui qui souligne).

La porte est ouverte à la dynamique de l'après-coup et la valence traumatique du vieillissement ne saurait être réduite à ce qui semble manifeste et externe. Un événement actuel ne doit pas occulter, dans la compréhension des processus en jeu, la dimension traumatique et non élaborée d'un autre temps dont la source est interne, et qui, à la faveur de l'événement actuel, bruyant ou insidieux, porte alors aussi le coup et se fait enfin entendre. Ce coup qui bouleverse un équilibre plus ou moins paisible, permet potentiellement de remettre sur le métier du traitement psychique ce qui n'a pu être élaboré en un autre temps, pour « *changer le passé et en renouveler le récit* » (André J., 2010, p. 106). Mais encore faut-il que ce qui ressurgit sur la scène psychique puisse être repris par le moi, et supporté. D'où tout l'enjeu délicat du travail de passivité, entre transformation et élaboration, résistance et décompensation.

Ainsi donc, alors qu'elle n'avait que 17 ans, le père de Margarethe, dont elle dit à plusieurs reprises qu'il était verbalement violent avec sa mère et avec elle, va lui imposer une proximité fort dangereuse et scandaleuse à la faveur du décès de la mère. « *Il a fermé la porte pour me dire son affection* » reformule-t-elle à l'identique, à la séance suivante, à mi mot, pudique et retenue, le regard de côté, demeurant ensuite en silence, puis précisant qu'elle ne l'a jamais dit à personne, ni à son conjoint, ni à des amis proches, mais que cela la préoccupe beaucoup de nouveau. Toujours avec précaution, je lui demande si on peut en parler. Elle accepte. Son père lui a donc demandé de s'allonger près de lui sur le lit conjugal. Il entendait recréer avec elle une vie de foyer, exigeant qu'elle arrête ses études pour, à l'instar de feu sa femme, s'occuper de la maison et de lui... Tétanisée par cette requête, bientôt suivie par l'expression plus claire du désir incestueux, Margarethe ne trouva la force de se lever, me dit-elle, que parce qu'elle pensa à l'une des filles que son père avait eue d'un précédent mariage, venue pour l'enterrement, alors présente au rez-de-chaussée de la maison, et qui aurait pu entendre, deviner, soupçonner, ce qui se tramait à l'étage : « *J'ai eu honte que ça se sache et alors je me suis levée, sans rien dire. Je me souviens d'avoir ouvert la porte et d'être sortie, mais j'ai bien cru que j'allais rester là avec lui, comme ça, sans rien pouvoir faire.* »

Restée seule avec lui après le départ de sa demi-sœur, Margarethe tint bon pendant plus d'un an, essayant les colères et les impatiences d'un père « *odieux* » lui reprochant les moments où elle était indisponible, parce qu'amoureuse d'un camarade avec qui elle passait du temps, parce qu'occupée à travailler et réviser pour préparer les épreuves du baccalauréat. Elle bénéficia heureusement de l'aide de professeurs qui l'accueillirent de temps en temps pour qu'elle puisse travailler dans de meilleures conditions afin d'obtenir son baccalauréat puis émigra en France pour poursuivre ses études. Elle ne revint jamais vivre au Danemark et ne revit son père, jusqu'à son décès, que de façon très ponctuelle.

A la séance suivante, Margarethe me dit que ça lui a « *fait du bien* » de me parler mais se plaint conjointement aussitôt d'une accentuation de ses angoisses et de la survenue de cauchemars. Elle me fait part alors de son désir d'arrêter la psychothérapie et de contacter son médecin pour prendre des anxiolytiques afin de tout oublier. « *À quoi bon remuer tout ça ?* » me dit-elle, tout à la fois désespérée et braquée. Devant ce recul, je formule l'idée que la prise d'anxiolytiques n'est pas incompatible avec ce travail sur elle, sur son histoire passée et sa vie d'aujourd'hui, son adolescence malmenée et sa vieillesse éprouvante. Je propose même un lien, que je ne pensais pas formuler déjà, pour faire un peu sens, entre ses angoisses récurrentes de chuter et de demeurer à terre, incapable de se relever, et d'être hospitalisée, et cette situation traumatique d'antan où elle avait craint de ne pas pouvoir se relever du lit parental pour fuir le désir de son père. Et j'évoque l'importance de s'affronter, dans le cadre de nos rencontres ou de rencontres avec quelqu'un d'autre, une femme peut-être, à cette part souffrante en elle pour traverser au mieux les difficultés inhérentes à son avancée en âge qui réveillent visiblement des blessures d'enfance et d'adolescence. Acquiesçant de prime abord à cette idée (« *vous avez sans doute raison* » me dit-elle), elle accepte la proposition de nous revoir ; mais elle ne vient pas à la séance suivante et ne me prévient pas. Je prends alors l'initiative de l'appeler et elle me confirme son souhait de ne finalement pas revenir, réitérant « *à quoi bon remuer tout ça ?* ».

« *Ça remue tout seul* » aurais-je voulu pouvoir lui laisser entendre, autrement qu'avec ces quelques mots lapidaires, et autrement qu'au téléphone. Elle tint bon dans son refus de revenir même si je laissai la porte ouverte pour qu'elle reprenne contact un jour. Ce qu'elle ne fit jamais, ni avec moi ni avec quelqu'un d'autre aux dires de ma collègue qui me l'avait adressée et que j'ai revue quelques années plus tard et qui la voyait souvent. Margarethe ne voulait pas remuer tout ça, ni se laisser remuer.

« *Le moi est avant tout un moi corporel* » soutient Freud (1923), soulignant les fondements de son organisation dans les premières expériences de soutien, de manipulation, de caresse, de nourrissage et de soins. Or vieillir place le corps au centre de l'épreuve de changement qui s'opère là au plan biologique certes, mais aussi au plan fantasmatique. Le corps est mis à mal de façon régulière voire permanente, insidieuse ou bruyante, dans la conviction de son endurance, de son intégrité et de son autonomie, et s'avère une source majeure et contraignante de tensions qui appellent un traitement de façon de plus en plus régulière et intense, sans réelle possibilité d'y surseoir. Mais « *l'ardeur contenue vous use ou use ce qui reste de l'ancien moi. Et ce n'est pas à 78 ans qu'on en recrée un nouveau* » confie Freud à son amie Lou Andreas-Salomé (Andreas-Salomé L., 1966, p. 250). Le moi peut ainsi peiner à faire face à l'intense travail de liaison et d'élaboration qui s'impose à lui, et ne pas consentir à se laisser ainsi modifier. Plus encore, au fait de bien des contraintes et des réalités de la vie qu'il ne lui est plus possible d'esquiver, en perte d'étayage de ses repères et de ses objets, il peut s'avérer en grande difficulté pour trouver en lui de quoi se soutenir ou supporter les relances libidinales qui se proposent et qui ne sont pas indemnes d'invitation à la passivité. Car l'on ne doit pas négliger, dans la compréhension de la réaction thérapeutique négative soudaine de Margarethe, la dimension excitante de la rencontre clinique, entre une vieille dame qui appréhende de tomber et de demeurer allongée sans défense et un jeune homme qui lui a été présenté comme quelqu'un « *qui s'occupe des vieilles dames* », et qui l'invite, actif, non pas certes à s'allonger, mais à s'asseoir, à parler d'elle et à rencontrer là quelque chose de sa réalité interne, et ce, dans un lieu dont il a, banalement, fermé la porte, non pas « *pour lui dire son affection* », mais pour lui témoigner sa disponibilité, son écoute, sa bienveillance, pour garantir l'intimité et la confidentialité de ce qui va se dire. On ne mesure pas toujours ce que l'on fait quand on ferme une porte. Or il peut se passer tellement de choses derrière une porte fermée, derrière des volets clos ou des rideaux tirés. On peut parler, on peut s'aimer, on peut violenter, on peut effracter. Sans que ni Margarethe ni moi ne voyions la chose venir, fermer la porte pour demeurer à deux et se parler a contribué à raviver avec violence un souvenir qui avait déjà commencer à refaire surface en elle. La crainte de tomber et de demeurer sans défense n'était pas sans écho avec ce souvenir traumatique auquel elle repensait depuis quelque temps, dans son for intérieur, telle une faute qu'elle n'avait jamais pu confier à qui que ce soit avant moi. D'où malencontreusement l'impérieuse nécessité

défensive de se mettre à distance de ce surgissement après-coup en espérant se distancier de sa propre réalité interne en se distanciant du psychanalyste. Décourager l'autre en se tenant debout et s'opposant, le mettre en échec jusque dans sa disponibilité et son écoute bienveillantes, et ce, même si cela engage de la souffrance, tout cela vise à refuser tout effet de l'objet en soi, toute passivité vis-à-vis de l'externe et de l'interne dont la potentialité dangereuse se révèle par trop aigüe.

Cette rupture du lien thérapeutique ne participe pas d'un transfert négatif, mais d'une résistance à l'émergence de contenus psychiques insupportables, d'une résistance à l'efficacité du dispositif thérapeutique qui sinon mobilise, touche et modifie. « *Réaction à quelle action de l'analyste, questionne Catherine Chabert, sinon à celle d'une séduction inévitable, d'un effet de changement introduit par l'émoi associé à la parole de l'autre. [...] Non à l'analyse qui soulève le voile, non à l'analyse qui traque les désirs, non à l'analyse qui ranime ces fantômes ! Non à l'analyste qui voudrait re-présenter, mettre en scène, redonner vie à ces fantasmes si longtemps enterrés qu'ils en sont momifiés. Et non au sexuel qui, lui aussi, réveille les rêves, alimente l'attente, cherche la rencontre dans l'effervescence pulsionnelle et l'éblouissement de l'amour* » (2003, p. 58 et 60).

Négliger qu'une telle réalité interne puisse être celle de Margarethe, sous prétexte qu'elle est une vieille dame de 81 ans, ce serait omettre l'actualité du sexuel dans la vie psychique au-delà de toute question d'avancée en âge.

Ce serait également omettre la temporalité psychique qui aimante d'une part l'actualité chronologique d'une vieillesse qui frustre, désenchante et fait craindre de n'être plus aimée ni aimable, et d'autre part l'actualité psychique d'une adolescence propice aux sentiments et aux conquêtes, au risque de l'évincement des rivales. Margarethe est une dame de 81 ans ; mais dans nos rencontres cliniques, elle est aussi une adolescente de 17 ans qui s'affronte à la douleur du décès de sa jeune mère, une adolescente qui est invitée à s'allonger, au lendemain de sa mise en terre, sur son lit, à sa place, auprès de son vieux père, et qui ne peut se lever et fuir la séduction traumatique incarnée que parce qu'elle craint que l'une des filles que son père a eue avec une autre femme que sa mère, demeurée au rez-de-chaussée, ne vienne à découvrir ce qui pourrait se tramer là. Margarethe insista particulièrement sur cette honte de la mise en lumière de l'outrage à la mère à peine décédée, déjà oubliée, remplacée, jetée au bas du lit conjugal à même le caveau. Et n'omettons pas que Margarethe fut, pendant de

nombreuses années, la maîtresse d'un homme qui ne fut libre pour vivre avec elle que lorsque son épouse décéda. Une fois encore, Margarethe devait composer, pour le meilleur avec son compagnon, pour le pire avec son père, avec la mort d'une épouse « légitime » pour que proposition lui soit faite de trouver une place dans le cœur, malade ou réellement aimant, d'un homme.

Les fantasmes œdipiens propres de Margarethe sont demeurés très inaccessibles en si peu de temps de psychothérapie. Mais on ne peut négliger ce que la proposition paternelle est sans doute venu réactiver d'excitation et de culpabilité mêlées. Ni ce qui, plus de soixante ans plus tard, nourrit en elle l'appréhension, certes banale en apparence, des situations susceptibles d'occasionner chute, lésion, incapacité de se relever, immobilisation, impotence et dépendance. Ni, enfin, cette vraisemblable nécessité de s'infliger quelque autopunition inconsciente à revendiquer par exemple de marcher dans les rues verglacées pendant plus d'une demi-heure pour se rendre à ses séances au risque de glisser et de tomber à chaque pas, à refuser des aides matérielles pourtant à même de prévenir la fatigue, les douleurs, le sentiment amer d'isolement, etc.

La réaction thérapeutique négative prend alors tout son sens, tout à la fois dans la continuité des mobilisations internes qui ont permis à Margarethe de lutter contre une passivité dangereuse, et de préserver son intégrité et sa liberté, au prix de quitter son pays, de construire, à peine majeure et seule de prime abord, sa vie en France, et qui revendique toujours aujourd'hui : « *je dois faire les choses moi-même, même si c'est difficile.* » J'avais quand même pu lui renvoyer, en séance, mon sentiment qu'il y avait là quelque chose qui la conduisait à devoir « endurer », peut-être même à « payer », ce qui sembla lui parler mais qui n'eût pas l'opportunité de se déployer plus avant en elle en ces quelques séances.

Travailler sur le vécu actuel, voire soutenir, avec tact et juste distance, la possibilité de prendre soin de soi, accompagner sans complaisance ni directivité la difficulté de s'autoriser le droit à être aidé, n'est évidemment pas sans lien avec l'écoute de la réalité interne et des conflits du moi. Mais parce que la plupart des sources de leurs angoisses et de leurs souffrances dépressives semblent, aux yeux de bien des adultes âgés eux-mêmes, appartenir exclusivement à la réalité extérieure, à des événements actuels de la vie qui apparaissent inéluctables, la conviction que la souffrance psychique serait insoluble peut s'avérer fort solide chez plusieurs d'entre eux. Margarethe, plus encore, témoigne, à son insu, avec force,

elle qui semble s'être jusque-là plutôt pas mal débrouillée avec son histoire (elle n'a pas renoncé à faire carrière ni à avoir une vie amoureuse et sexuelle), combien la remise après-coup sur le métier de fantasmes de séduction peut pleinement participer de ces résistances du moi mis à l'épreuve conjointe du temps qui passe et du temps qui ne passe pas.

Là où d'aucuns prétendent éduquer au « bien vieillir », afin de « réussir » son vieillissement, au prix de quelques règles cognitives et comportementales, d'hygiène de vie et de représentations positives, Margarethe illustre une réalité du vieillissement qu'on oublie volontiers, une douleur du vieillissement qu'on ne veut pas voir, accaparés souvent que nous sommes par les troubles cognitifs et/ou psychiatriques sévères, une douleur du vieillissement qui participe de la psychopathologie de la vie quotidienne. Elle témoigne en effet tout à la fois de sa vulnérabilité et de sa combattivité ; elle investit défensivement des sources actuelles de préoccupations pour s'opposer à l'émergence du refoulé, mais se voit conduite, *via* ses préoccupations d'aujourd'hui, à renouer avec les tourments d'hier. Vieillir n'affadit en rien les tourments de culpabilité et les solutions masochistes. La vieillese performative, la vieillese sage, la vieillese qui se contente de tout et de rien n'est pas la réalité de Margarethe.

Autant vous dire qu'une telle dynamique psychique ne laisse pas indifférent qui l'entend et essaie de l'accompagner, et qu'elle met à l'épreuve la capacité passive du clinicien, dernier point que je souhaite aborder. Le transfert est mobilisé de part et d'autre, de façon différente, certes ; mais la capacité à se laisser affecter, éprouver, mener au gré du travail associatif, des portes qui s'ouvrent ou qui se ferment, et des méandres qui se laissent plus ou moins empruntés, n'est pas chose qui va de soi. Il faut pouvoir être suffisamment au clair avec son propre rapport à la passivité, à la dépressivité et à la souffrance pour accompagner l'expérience psychique singulière du patient que nous rencontrons et accueillir sans intentionnalité ce qu'il dépose. Pour être non seulement le témoin, mais aussi l'outil des processus de changement en jeu, suffisamment à l'écart de nos éprouvés pour accueillir nos mouvements contre-transférentiels de façon impartiale, pour cheminer au côté du patient sans basculer dans le risque de bons sentiments, d'une complicité chaleureuse et réconfortante qui minerait et neutraliserait l'expression de l'hostilité. Or, être compris, pour le patient, par son thérapeute, cela ne concerne pas seulement le contenu sémantique de ce qui se dit en conscience, c'est aussi être compris dans son ambivalence, dans les sources complexes de la douleur exprimée, où l'angoisse, la haine, le plaisir entrelacent leurs fils respectifs. La passivité du clinicien, capable d'endurer la souffrance du patient, sans complaisance ni

indifférence, est possible grâce à ce masochisme nécessaire à la vie psychique, « gardien » même de la vie psychique (Rosenberg, 1982 ; André, 2000). Le risque sinon est que la satisfaction de nos désirs de réparation et de consolation, de rééducation et de stimulation, l'emporte sur l'indispensable neutralité pour que la dynamique du dispositif thérapeutique puisse se déployer. Il s'agit en effet de permettre à ce qui était autrefois plus ou moins bien compensé, silencieux et enfoui, et qui est réactualisé dans l'après-coup du vieillissement, de faire sens sur la scène psychique. Cela engage un équilibrage permanent, à chaque séance, pour que la violence de ce qui hante la psyché puisse se déployer, quitte à se répéter dans le transfert, sans pour autant que le psychanalyste répète sciemment et surajoute délibérément au traumatisme.

Mais Freud a l'honnêteté de le reconnaître : si la psychanalyse a raison en théorie, elle n'a pas toujours raison en pratique car « elle ne réussit pas toujours à assurer dans une mesure suffisante les bases de la maîtrise pulsionnelle ». Il poursuit : « L'analyse ne travaille pas avec des pouvoirs illimités, mais restreints, et le résultat final dépend toujours du rapport de forces relatif des instances qui luttent entre elles » (1937, p. 245).

Margarethe témoigne tragiquement que, malgré ma bienveillance et mon accueil sans jugement de ce qu'elle a vécu, ce rapport de forces, ce conflit interne, peut être d'une redoutable violence, d'une redoutable radicalité. Notamment parce que la passivité demeure entachée de passivation (Green, 1999), la passivité potentiellement source de jouissance demeure empreinte de détresse. Vulnérabilité, incomplétude, inachèvement, passivité, dépressivité rencontrent alors des échos mortifères qui nécessitent d'être combattus.

Au contraire, lorsque peut se déployer la capacité d'envisager l'inachèvement comme ouverture et disponibilité, alors la résistance qui se mobilise forcément contre l'inéluctable qu'est le fait de vieillir, de s'abîmer et de mourir, ne s'oppose pas au renoncement de façon radicale, ce qui œuvrerait sinon contre le moi lui-même. Cette alliance entre résistance et collaboration n'est pas un bloc de marbre, elle est un équilibre en travail incessant, toujours susceptible de déséquilibres dont il importe d'évaluer la souplesse. Affaire bien complexe.

Grâce à cette journée que vous organisez et qui assume de placer en son cœur la délicate question de la passivité, source de jouissance et source de détresse, potentiel de transformation et potentiel de crispation, on peut espérer y voir un peu plus clair dans nos chemins de réflexion et nos rencontres cliniques.

Bibliographie

- André, J. (1995). *Aux origines féminines de la sexualité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- André J. (2000). Le masochisme immanent, in J. André (dir.) *L'énigme du masochisme* (pp. 1-18). Paris : Presses Universitaires de France.
- André, J. (2010). *Les désordres du temps*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Andreas-Salomé, L. (1966). *Correspondance avec Sigmund Freud*. Paris : Gallimard, 1970.
- Chabert, C. (2003). *Féminin mélancolique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1905). Trois essais sur la théorie sexuelle, in *Œuvres Complètes*, VI (pp. 59-181). Paris : Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1923). Le moi et le ça, in *Œuvres Complètes*, XVI, (pp. 255-301). Paris : Presses Universitaires de France.
- Freud S. (1937). L'analyse avec fin et l'analyse sans fin, in *Résultats, Idées, Problèmes* Tome 2 (pp. 231-268). Paris : Presses Universitaires de France, 1995.
- Green A. (1982), Le moi, mortel-immortel, in *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1983, 255-280.
- Green, A. (1999). Passivité-passivation : jouissance et détresse, *Revue Française de Psychanalyse*, LXIII(5), 1587-1600.
- Lavie, J.C. (1997). Excellence paradigmatique de la scène primitive, in *L'amour est un crime parfait* (pp. 125-144). Paris : Gallimard.
- Martz D. et Billé M. (2010), *La tyrannie du bien vieillir*, Bordeaux, Le bord de l'eau.
- Pontalis, J.B. (1997). *Ce temps qui ne passe pas*. Paris : Gallimard.
- Racin, C. et Verdon, B. (2019). « Dans les bras des femmes ». Quelques destins du travail du féminin chez l'homme vieillissant confronté à l'expérience de la dépendance. *Imaginaire et Inconscient*, 2(44), 93-102.
- Rosenberg, B. (1982). Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie, *Les Cahiers du Centre de psychanalyse et de psychothérapie : Masochismes*, 5, 41-95.
- Verdon, B. (2013). *Le vieillissement psychique*. Paris : Presses universitaires de France, coll. Que-sais-je ? 3^{ème} édition actualisée 2022.
- Verdon, B. (2014). A quoi bon remuer tout ça ? Dans J. André & P. Guyomard (dir.), *Le moi, cet incorrigible* (p. 61-87). Paris : Presses universitaires de France.

Verdon B. (2020). Rivalité, exclusion, meurtre. Figures littéraires de la valence parricide du complexe d'Œdipe dans l'après-coup de la vieillesse. Dans B. Verdon & P. Gutton (dir.). *Fragilité et force du lien. Psychanalyse et vieillissement* (p. 193-210). Paris : In Press.

Verdon B. (2021). Désir, convoitise, passivité. Figures littéraires de la valence incestuelle du complexe d'Œdipe dans l'après-coup de la vieillesse. Dans C. Racin, C. Caleca & P. Gutton (dir.). *Le vieillissement saisi par le soin. Psychanalyse et vieillissement* (p. 65-82). Paris : In Press.

Verdon, B. & Racin, C. (2021). Ambivalence, emprise, soutien. De la difficulté d'entourer le patient âgé à « suffisamment bonne » distance. *L'Évolution psychiatrique*, 86(1), 5-16.

Verdon, B. et Rexand-Galais, F. (2021). À propos de « super vieillissement ». Idéalisation, hypomanie, renoncement. *Gérontologie et Société*, 3, 43(166), 201-214.

Entre passivité et volontarisme, quels chemins spirituels dans la tradition chrétienne

Jean-Marie GUEULLETTE

La réflexion sur la passivité donne très vite à entendre qu'on aborde volontiers cette question en termes de tout ou rien : soit l'être humain est autonome et se croit pleinement capable de maîtriser sa vie (ce qui est une illusion...), soit il est passif, vulnérable, à la merci des événements ou des médecins. En présentant rapidement la tradition chrétienne sur ce sujet, je voudrais donner à entendre une manière de penser qui a cherché, sans toujours y arriver, à tenir une position équilibrée, sans tomber dans la mise en valeur radicale et unilatérale de l'un de ces pôles.

La spiritualité aujourd'hui, lâcher prise ou effort constant ?

Maîtrise

Sous couleur de mise en valeur du lâcher prise, les spiritualités contemporaines² sont souvent marquées par un volontarisme très puissant. Tout doit être maîtrisé pour lâcher prise... Et beaucoup ne sont pas insensibles, même dans le domaine spirituel, à la culture de la performance (j'ai exploré toutes les cellules de mon corps...).

Référée préférentiellement à l'expérience vécue par le sujet, la spiritualité américaine insiste sur la responsabilité qui incombe à celui-ci dans son cheminement spirituel. Il pose des choix, il s'engage ou se retire d'une Église, il décide de goûter telle ou telle expérience en s'inscrivant à un stage, en séjournant dans un centre spirituel non religieux. La quête spirituelle, et son éventuel résultat, sont entièrement de son fait, même s'il se reconnaît guidé par des maîtres spirituels, vivants ou défunts.

On peut percevoir la proximité d'une telle représentation de l'homme et de sa responsabilité avec la mise en valeur actuelle de l'autonomie en éthique médicale. C'est le patient qui décide de ce qu'il souhaite, de ce qu'il accepte et refuse ; toute « prise en charge » est considérée comme une forme de paternalisme.

Efficacité

Ce n'est pas la vie éternelle qui motive l'adhésion à une forme de croyance, mais son utilité, son efficacité pour procurer santé physique et psychique dès maintenant. L'adhésion à une

². Voir J.M. GUEULLETTE, *La spiritualité est américaine*, Paris, Cerf, 2021.

spiritualité repose sur les résultats tangibles qu'elle suscite. Que l'on pense par exemple à la mise en valeur actuelle de la sérénité : une bonne pratique spirituelle est une pratique qui procure la sérénité, l'apaisement de l'angoisse dans un monde difficile à vivre. Et cela ne date pas d'hier. Lors de son voyage en Amérique dans les années 1830, A. de Tocqueville avait déjà noté combien les américains chrétiens ne lui semblaient pas intéressés par la vie éternelle, mais beaucoup plus par la quête du bien-être matériel et personnel.

Les américains pratiquent leur religion sans honte et sans faiblesse ; mais on voit d'ordinaire, jusqu'au milieu de leur zèle, je ne sais quoi de si tranquille, de si méthodique et de si calculé, qu'il semble que ce soit la raison bien plus que le cœur qui les conduit au pied des autels. Non seulement les Américains suivent leur religion par intérêt, mais ils placent souvent dans ce monde l'intérêt qu'on peut avoir à la suivre. Mais les prédicateurs américains reviennent sans cesse à la terre, et ils ne peuvent qu'à grand-peine en détacher leurs regards. Pour mieux toucher leurs auditeurs, ils leur font voir chaque jour comment les croyances religieuses favorisent la liberté et l'ordre public, et il est souvent difficile de savoir, en les écoutant, si l'objet principal de la religion est de procurer l'éternelle félicité dans l'autre monde ou le bien-être en celui-ci³.

Une telle conception de la conquête du salut, ou de la divinisation par les seuls efforts de l'homme, est une approche bien connue dans l'histoire, car le christianisme la refuse depuis la lointaine antiquité. S. Augustin, en particulier, a combattu les idées du moine breton Pélage qui considérait que l'homme avait par création tout ce qui lui était nécessaire pour son salut et que celui-ci adviendrait comme résultat de ses efforts. Nous allons y revenir. Le SBNR⁴ d'aujourd'hui parle peu d'ascèse, mais il est, lui aussi, convaincu que son salut, ou son accès à la lumière, ne dépend que de lui et non d'un don de Dieu.

Si le champ de la spiritualité est à ce point marqué aujourd'hui par des valeurs d'efficacité et d'engagement personnel, on peut se demander en quoi il pourrait être d'un quelconque secours pour des personnes âgées chez qui justement l'efficacité et la capacité d'agir par soi-même se trouve sérieusement amoindries.

Cherchons à préciser la place que peut prendre l'activité dans l'activité spirituelle, cela pourra nous éclairer sur la place de la passivité. En spiritualité, l'inverse de la passivité, c'est la part que prend l'effort humain dans la démarche spirituelle : la discipline, l'ascèse.

³. A. de TOCQUEVILLE, *De la démocratie en Amérique* (1840), Partie II, ch. IX. En ligne.

⁴. « *Spiritual But Not Religious* »

Une pratique humaine

Le terme français d'ascèse vient d'un mot grec qui signifie s'exercer avec une certaine méthode en vue d'un progrès, que celui-ci soit moral, intellectuel ou physique. Il est employé de préférence dans le domaine religieux, avec bien souvent des connotations assez austères, comme la mortification, mais il peut également être employé et compris dans des registres fort différents, dans lesquels l'être humain s'impose une discipline, des exercices pour atteindre un but : écrire une thèse est une ascèse.

S'exercer, exercice, cela évoque un effort qui n'est pas ponctuel, mais qui s'installe dans la durée et qui exige de la persévérance. L'effort n'est pas motivé par l'émotion, plus ou moins passagère, mais par la décision mûrie de placer son existence dans un cadre qui va l'orienter vers un but. L'effort, ou les efforts, ne seront pas inventés au fur et à mesure, mais définis par une règle, une méthode qui peut être commune à d'autres ascètes qui poursuivent le même but.

Si l'on part de cette idée que l'ascèse est une forme de recherche de la perfection qui s'appuie sur un effort méthodique, on en vient à comprendre que ceci n'est pas lié à telle ou telle tradition religieuse. Non seulement on trouve des formes d'ascèse dans différentes religions, mais on peut aussi appliquer cette recherche méthodique de perfection par l'exercice à des pratiques humaines non religieuses, motivées par la recherche de perfection esthétique, ou par la poursuite d'un résultat sportif.

L'être humain sait s'imposer une discipline en vue d'une finalité qu'il considère comme bonne et justifiant des efforts pouvant aller jusqu'à être douloureux. Pourrait-on aller jusqu'à considérer qu'il y a là quelque chose de spécifique de l'humain, dans cette capacité de maîtrise de lui-même, non pas pour obtenir un résultat immédiat, la réponse à un besoin comme manger parce qu'on a faim, mais pour atteindre une fin qui peut être très éloignée dans le temps ?

Regardons maintenant comment cette réalité humaine assez répandue prend corps dans la tradition chrétienne.

L'ascèse entre Athènes et Jérusalem

L'ascèse, comme de nombreux aspects de la pratique chrétienne, a été marquée par la double culture du christianisme ancien, juive et grecque.

Un effort de conversion

Du côté de la Bible, premier et second testament, on ne trouve pas d'évocation de méthode, mais en revanche, une insistance forte, en particulier dans la littérature prophétique sur la nécessité d'une conversion qui se traduise par des actes concrets, par un changement de l'agir moral. C'est même une note particulière de la prédication prophétique, celle de l'Ancien testament comme celle de Jean-Baptiste, que de placer les actes du culte à la seconde place, de les relativiser par rapport aux comportements éthiques dans le registre de la justice et de la compassion pour le plus faible en particulier. La démarche religieuse biblique ne se limite pas à des comportements religieux ou à des expériences spirituelles, elle marque toute la vie afin que ce soit l'intégralité de l'existence qui soit vécue en référence à Dieu (c'est le sens principal des règles alimentaires de la *kashrout*). Nous y reviendrons en rappelant que la finalité ultime de toute démarche spirituelle chrétienne est la charité, vécue dans des actes concrets.

Un entraînement nécessaire

Du côté grec, la notion d'exercice évoque spontanément les exercices du stade, et l'on voit apparaître si ce n'est véritablement la notion de méthode, au moins celle d'entraînement, au sens sportif du terme. Déjà chez saint Paul, on trouve cette analogie entre le labeur de la recherche de la sainteté et les entraînements du stade.

Je me suis fait faible avec les faibles, afin de gagner les faibles. Je me suis fait tout à tous, afin d'en sauver à tout prix quelques-uns. Et tout cela, je le fais à cause de l'Évangile, afin d'en avoir ma part. Ne savez-vous pas que, dans les courses du stade, tous courent, mais un seul obtient le prix ? Courez donc de manière à le remporter. Tout athlète se prive de tout ; mais eux, c'est pour obtenir une couronne périssable, nous une impérissable. Et c'est bien ainsi que je cours, moi, non à l'aventure ; c'est ainsi que je fais du pugilat, sans frapper dans le vide. Je meurtris mon corps au contraire et le traîne en esclavage, de peur qu'après avoir servi de héraut pour les autres, je ne sois moi-même disqualifié. 1 Corinthiens 9, 22-27

L'ascèse au cœur du débat entre nature et grâce

Le pélagianisme, écueil théologique de l'ascèse

Pratiquer l'ascèse, c'est s'entraîner, faire des exercices en vue du résultat. C'est donc être convaincu, comme le sportif qui s'entraîne, que le résultat dépend de l'entraînement. Ici, la question de l'ascèse se place au cœur d'un débat vieux comme le christianisme, mais qui est absolument déterminant pour sa conception de la vie spirituelle, qui est finalement la dialectique entre activité humaine et réceptivité, voire passivité. On évoque souvent comme

point de départ de ce débat le combat de saint Augustin contre Pélagé. Pour faire très rapidement, Pélagé était un moine breton qui était convaincu que le salut, c'est-à-dire pour un chrétien l'union avec Dieu, est accessible à l'homme qui a reçu la grâce du baptême et qui ensuite mène sa vie dans l'effort vers cette perfection, grâce en particulier à des pratiques ascétiques. S. Augustin le combat avec force en l'accusant de négliger le rôle de la grâce, et donc la place centrale du Christ dans l'économie du salut. Si l'homme peut se sauver lui-même par ses efforts en vue de la perfection, il peut donc se passer du Christ, l'incarnation et la Croix n'ont servi à rien. Augustin proclame face à Pélagé que c'est la grâce qui sauve, don absolument gratuit de Dieu offert à l'homme, alors que celui-ci s'est tenu à distance de Dieu par son refus, sa désobéissance, son péché.

Dans la suite de l'histoire chrétienne, ce débat restera toujours présent ; il nourrira en particulier, à l'époque de la Réforme protestante, la démarche protestante qui insiste sur le fait que l'on ne peut se sauver par ses œuvres, que seule la grâce de Dieu sauve, la foi en étant l'expression. Le milieu monastique restera lui aussi marqué par ces questions, et veillera toujours à ce que le moine, assoiffé de perfection, ne tombe pas dans l'illusion de faire son salut par ses propres efforts.

La grâce perfectionne la nature

La théologie chrétienne de la grâce se développe donc sur l'idée que le salut, la vie avec Dieu ne sont pas de l'ordre de la conquête mais du don reçu. Elle comporte également une autre dimension capitale pour notre sujet, dans l'articulation entre nature et grâce, selon le vieux principe sans cesse rappelé par saint Thomas d'Aquin, « la grâce ne détruit pas la nature, mais la perfectionne⁵. » C'est-à-dire que l'être humain bénéficiaire de la grâce n'est pas transformé en quelqu'un d'autre, appelé à quitter son corps ou son identité humaine. Bien au contraire, la grâce lui donne de se retrouver, en accueillant une liberté qu'il n'était pas capable de se donner à lui-même, en retrouvant un équilibre qui est don et non pas exercice.

Si les pratiques ascétiques sont recommandées, et pas seulement dans le milieu monastique, elles seront toujours placées dans un double cadre qui en assure la régulation : celui de l'obéissance et celui de la charité. Et elles seront toujours articulées étroitement à une forme de passivité, d'accueil de la grâce.

⁵. THOMAS D'AQUIN, *Somme de théologie*, Ia, q. 1, a. 8, ad 2.

La perfection, en langage chrétien, n'est pas le zéro défaut, ou l'efficacité maximale. La vie avec Dieu n'est pas vécue en dehors de la condition humaine. C'est ce que rappelait saint François de Sales :

Tenez pour suspects tous ces désirs qui, selon le commun sentiment des gens de bien, ne peuvent être suivis de leurs effets : tels sont les désirs de certain perfection chrétienne qui peut être imaginée mais non pas pratiquée, et de laquelle plusieurs font des leçons, mais nul n'en fait les actions⁶.

Une seule perfection : la charité

A propos de l'ascèse comme dans tous les domaines de la vie spirituelle et morale, le critère déterminant de discernement est celui de la charité. La seule perfection à laquelle un chrétien est appelé est celle de la charité, et non pas celle de la maîtrise de soi et de la prouesse ascétique. Si des pratiques ascétiques ne développent pas la charité, la compassion, la capacité à se mettre au service de celui qui souffre, elles ne sont que du vent et de l'orgueil.

Et la charité, dans une perspective chrétienne comporte nécessairement trois dimensions indissociables, l'amour de Dieu, l'amour du prochain, et l'amour de soi-même. Ce qui permettait à saint Bernard de placer comme sommet de la vie mystique l'amour de soi⁷. Un juste amour de soi, qui permet au spirituel de se regarder comme une créature aimée de Dieu, qui lui permet d'aimer tout homme pour l'amour de Dieu, car il se sait aimé de Dieu, il les sait aimés de Dieu.

Il n'est pas inutile dans le cadre de ce colloque de souligner que c'est bien d'amour qu'il s'agit ici et non d'action, de service ou d'efficacité. Même celui ou celle que sa santé empêche de rien faire pour les autres, qui est totalement incapable d'agir peut manifester de l'amour pour les personnes qui le soignent, ou les mépriser au même niveau qu'il ou elle se méprise soi-même dans l'état qui est le sien.

Un paradoxe fondamental

La tradition spirituelle chrétienne repose sur un paradoxe, source de déséquilibres possibles : l'affirmation concomitante de l'action nécessaire de la grâce et de l'engagement tout aussi nécessaire de la volonté humaine.

6. FRANÇOIS DE SALES, Lettre CXC à Mademoiselle de Soulfour, 22 juillet 1603, OEA tome XII, p. 202.

7. BERNARD DE CLAIRVAUX, *L'amour de Dieu, De diligendo Deo*, 23-33, Sources chrétiennes 393, Paris : Cerf, 1993.

Volonté et intelligence sont des facultés spécifiques de l'être humain, ce qui est en lui à l'image de Dieu, le plus noble en lui. Il ne saurait être question de penser une action de Dieu qui ne respecte pas cela en l'homme. Mais cette implication de la volonté peut être envisagée de plusieurs manières, depuis une forme d'activisme spirituel, quête acharnée de la perfection reposant sur ses propres forces, jusqu'à un simple acquiescement à un travail intérieur de la grâce qui n'est pas nécessairement perceptible. Ce que l'on appelle acte, engagement personnel ne se traduit pas nécessairement par des actions extérieures visibles ; le consentement, l'accueil de l'autre sont des attitudes intérieures qui dépendent cependant de la volonté.

La grâce est le don de Dieu, l'action de Dieu dans l'être humain, qui permet à celui-ci d'avoir accès à la vie de communion avec Dieu, une vie dite surnaturelle, qui ne lui serait pas accessible par ses seules forces. La grâce est une forme de participation à la vie du Christ, qui donne à chacun de pouvoir entrer dans la vie divine.

Le grand problème était d'articuler ces deux notions qui semblent bien être contradictoires. Au XIII^e siècle, on assiste à l'invention par saint Thomas d'Aquin de la notion de *vertu infuse*⁸. La vertu est définie depuis Aristote comme une capacité à agir, capacité du sujet, devant laquelle il reste libre, mais qui lui permet d'agir avec fermeté, netteté et plaisir, d'agir plus facilement, comme dans les apprentissages. La vertu infuse, c'est une capacité placée en l'homme par Dieu ; elle n'est pas le produit des efforts ou des apprentissages humains. Elle est un don. Dieu rend capable, il n'agit pas à la place de l'homme.

Cela est vrai dans la vie morale, comme pour la charité : Dieu rend capable d'aimer d'une manière qui n'est pas l'affection humaine basique, mais cependant il n'aime pas à notre place. Ceci a été aussi développé à propos de la vie spirituelle. La vie mystique, l'union avec Dieu, n'est pas accessible par les seuls efforts humains, l'homme ne peut décider d'être uni à Dieu, mais il peut le désirer. C'est Dieu qui rend capable de cette union, qui oriente vers lui les désirs fondamentaux de l'être humain. Dans la vie de prière, ce qui dépend de l'homme, c'est une forme de discipline, l'engagement dans une pratique de la prière, la volonté de prier ; ce qui dépend de Dieu, c'est le fruit de cette prière, sachant que l'action de la grâce n'est pas nécessairement perceptible. Cela signifie que le chrétien ne cherche pas des états de conscience modifiés, des extases ou des visions. Il fait ce qu'il peut pour se rendre disponible

⁸. S. THOMAS D'AQUIN, *Somme théologique, Ia IIæ*, q. 110, a. 2. Voir J.M. GUEULLETTE, *Pas de vertu sans plaisir, La théologie morale de saint Thomas d'Aquin*, Paris, Éd. du Cerf, 2016, pp. 175-182.

à Dieu, avec ses moyens parfois très limités. L'effort humain, l'activité, porte sur les formes pratiques de la prière, vouloir prier, consacrer du temps à cela, dire certaines prières, mais il porte aussi et surtout sur l'acquiescement, le consentement à l'œuvre de Dieu, à la volonté de Dieu.

Ceci n'est compréhensible que si l'on ne perd pas de vue que la vie spirituelle chrétienne est une relation, relation avec un Dieu personnel, qui porte un nom et me connaît. L'objectif n'est donc pas la connaissance de soi ou la maîtrise de soi, mais l'accueil d'une présence, le consentement. Écoutons une confidence de saint François de Sales :

Hélas ! ce que je sais qu'il veut que je fasse, je ne le sais pas faire. Lui qui le sait faire, le face donc en moi et par moi ; mais qu'il fasse tout pour lui, à qui je n'ay trouvé que je puisse contribuer autre chose que ce petit filet de bonne volonté que je sens au fin fond de mon misérable cœur. Cette bonne volonté vit en moi, mais je suis mort en elle, et n'en ressens qu'un lent et faible mouvement, par lequel je soupire presque imperceptiblement le mot sacré de notre fidélité : Vive Jésus ! Vive Jésus⁹ !

Donc, nous avons pu préciser la place de l'activité dans la spiritualité chrétienne : elle ne doit pas être considérée comme la seule source du salut, car alors l'homme se passe de Dieu et cherche à construire une forme de perfection par lui-même au lieu d'accueillir une relation qui transforme sa vie. Mais elle ne doit pas non plus être absente car alors le sujet serait absent. Le sujet est appelé à engager le « petit filet de bonne volonté » qui est en lui, le peu qu'il peut faire, il doit le faire, ne serait-ce que par l'acte volontaire de croire, d'accueillir l'amour de Dieu.

Il nous reste à évoquer rapidement l'autre excès, tout autant récusé par l'Église que ne l'était le pélagianisme, qui est l'excès de passivité. C'est une histoire ancienne, car ses premières expressions peuvent être reconnues chez Origène (III^e siècle). Sous le terme de quiétisme, l'Église catholique a récusé, à la fin du XVII^e siècle, une mise en valeur excessive de la passivité dans la vie spirituelle. Ce n'est pas la disponibilité à l'amour et à l'action de Dieu qui était considérée comme dangereuse pour la foi, bien sûr, mais l'indifférence morale. Une manière de mettre tellement en valeur la confiance en Dieu qu'on en éprouvait une totale indifférence, non seulement aux événements de la vie (avec le risque du relativisme moral : je suis en Dieu peu importe ce que je fais...), mais aussi à l'enjeu majeur, ultime, qui est celui du salut. Peu importe que Dieu me mette au paradis ou en enfer, je l'aime et lui obéis. Cette

⁹. FRANÇOIS DE SALES, Lettre MMXCV, OEA, t. XXI, p. 182.

fameuse « supposition impossible » était impossible car si j'aime Dieu et lui obéis, Dieu ne me met pas en enfer ; mais elle était aussi dangereuse, car elle semblait valider une indifférence totale à l'égard de la relation à Dieu vue du côté de Dieu. Quoi que Dieu pense de moi, je l'aimerai quand même. On retrouve ici l'enjeu, déjà signalé, de la relation : si une conception spirituelle fait abstraction de la relation à Dieu, et ne fait de Dieu qu'un objet au sujet duquel je suis libre d'exercer ma volonté, sans aucune réciprocité, elle n'est pas chrétienne.

Donc ici encore, la passivité exige une juste mesure. Si elle est totale, on n'est plus dans une proposition chrétienne, car il n'y a plus de sujet. Si elle est absente, on n'est plus dans une proposition chrétienne, car il n'y a plus de relation avec Dieu.

Aujourd'hui

Quand les capacités diminuent et que les actes qui avaient pu marquer une vie spirituelle (lecture, méditation, pratique liturgique...) deviennent impossibles, cela ne signifie en rien que la vie spirituelle chrétienne s'éteint. Le vieillissement peut être aussi une situation dans laquelle des croyants découvrent la richesse d'une remise de soi en Dieu, acquiescement sans beaucoup de mots. Un acquiescement qui repose sur ce « petit filet de bonne volonté » dont parlait S. François de Sales et qui reste présent en tout être humain, quel que soit son état.

Des chrétiens, comme les croyants d'autres traditions anciennes, ne peuvent se laisser fasciner par l'illusion d'un accès au bien-être ou à la réalisation de soi qui serait une forme de salut par la méthode ou par la technologie avec une assurance de résultats positifs rapidement constatables. Dans leur difficulté à intégrer le temps long de la vie spirituelle, voire du combat spirituel, les SBNR ont une attitude qui peut être regardée comme proche du transhumanisme, dans lequel le bien-être est réduit au résultat d'une intervention scientifique ou technique¹⁰.

¹⁰. Voir par exemple M. WEBER, *Contre le totalitarisme transhumaniste*, Fyp Editions, 2018.

Réflexion autour du travail de « l'homme étoilé » Mireille TROUILLOUD

J'ai découvert il y a quelques mois « L'homme étoilé ». Une infirmière et un médecin aguerris aux soins palliatifs m'ont prêté son premier livre, un roman graphique intitulé « à la vie ». Le second opus « Je serai là », est sorti en librairie début 2021. Xavier, l'homme étoilé, comme l'a surnommé l'une de ses patientes en raison de ses bras tatoués d'étoiles, est infirmier dans une unité de soins palliatifs en Moselle. Son travail est un témoignage et un partage d'expérience¹¹, permettant entre autres choses de faire découvrir, ou mieux comprendre, ce que l'on nomme l'accompagnement de fin de vie ou encore accompagner la mort... Curieuses expressions tout de même, car finalement, peut-on accompagner un évènement ? Ces formulations, communément admises qui m'interrogent aujourd'hui, sortent d'emblée du jeu celui qui est directement concerné par la question ; serait-il déjà trop absent pour que l'on nomme son accompagnement, accompagnement du/de la mourant.e ou de l'agonisant.e ? Le patient y serait-il déjà trop passif, trop en sourdine, pour qu'il soit nommé/ considéré dans le langage ? Les mots eux-mêmes seraient-ils trop chargés de sens, saturés peut-être de sens, faisant trop effraction dans notre pensée, effraction engendrant une passivité pour « calmer le jeu », passivité nous invitant à ne pas employer les mots faisant violence ? Ou encore les mots, mourant, agonisant, rendraient-ils trop compte de l'activité en cours, celle de mourir et de vivre, en même temps, comme un couple actif-passif, dans une dynamique d'association et de retournement, dont l'issue est connue ?

Mourant, agonisant, des mots rendant réel, perceptible, conscient, un processus appartenant au vivant, aboutissant à la mort, un processus de transformation qui serait trop difficile à hominiser parce qu'il dirait notre impuissance fondamentale. Je n'ai pas de réponse, je m'étonne et m'interroge.

Xavier l'infirmier se dessine avec les patients de son service, il dessine des situations de travail. Il fait savoir qu'il est possible de faire commerce avec les mourant.e.s et la faucheuse, alors que la plupart d'entre nous évite de s'y frotter. Il témoigne de l'intérêt et de la

¹¹. (2021), L'homme étoilé – L'intégrale, ed Calmann Lévy

satisfaction que certain.e.s ont à s'investir auprès des ceux qui sont passivés par la maladie, des patients-passifs, des patients-actifs.

A vrai dire, j'ai été touchée, séduite et déroutée par le graphisme de l'homme étoilé, et surtout par ce qui se donne à voir, en direct, de page en page, sans trop de fioritures : des personnes, croquées d'un trait fin et sobre, sur leur lit ou fauteuil d'hôpital, dans le dénuement de leur condition de malade hospitalisé.e et surtout d'hommes et de femmes au bout de leur force physique, morale parfois, mais avec des ressources psychiques et relationnelles bien présentes. Je vous présenterai quelques bribes d'histoires de l'homme étoilé par la suite.

Bref, l'homme étoilé, infirmier soignant-accompagnant les mourant.e.s, expose son travail, ses patients, et lui-même. C'est courageux, c'est audacieux, c'est rassurant. C'est aussi un peu agaçant par son trop d'empathie et de vertu... comme d'habitude.

A chaque fois que la fin de la vie, les soins palliatifs sont mis à l'honneur (le livre de Marie de Hennezel, mais aussi le film de J-P AMERIS, « c'est la vie » avec Dutronc et Bonnaire et dernièrement « je suis vivant » d' E. BERCOT avec Deneuve et Magimel), on assiste à un éloge de l'accompagnement de ceux qui vont mourir, à un éloge de ceux qui le réalisent. A chaque fois, c'est une avalanche de bons sentiments et de joie de vivre. A chaque fois, le souci semble être de magnifier la fin de vie et les relations qui la colorent. Les éloges, c'est toujours un peu suspect. Ça sonne éloge funèbre où se déploie idéalisation et formation réactionnelle. Quelque chose travaille en douce...

Bien sûr, c'est une vérité qui nous est chaque fois racontée au sujet de ce que l'on peut vivre et agir lorsque l'on soigne/accompagne/soutient un homme, une femme à l'approche de la fin de son histoire singulière. Mais on ne nous raconte qu'une partie de la réalité.

Parce que fréquenter et prendre soin de ceux qui ne sont plus pour vivre longtemps, qui se soumettent ou se débattent, qui souffrent dans leur corps, leur pensée, leur relations, qui ont peur qu'on les oublie et qui doivent tout quitter sans raison, confronte à bien des difficultés : ratés de prise en charge ; souffrance de ne pas savoir quoi faire pour l'autre ; incertitude quant aux décisions de soin à prendre, difficulté à investir un patient ; peur et angoisse ; tristesse ; sentiment d'injustice ; envie que ce patient quitte le service ou la vie ; épuisement à « cheminer à travers multiples deuils et cascades d'évènements non ordinaires » pour reprendre l'expression de l'homme étoilé. A côtoyer celles et ceux qui prennent soin en service de soins palliatifs mais aussi en ehpad, et autres lieux, on assiste à un mouvement qui

oscille entre plaisir et souffrance de la passivité, qui oscille entre passivité et recherche / reprise d'activité pour en sortir.

Quelques repères théoriques au sujet de la passivité avant d'en trouver trace dans les romans graphiques de Xavier l'infirmier-dessinateur-conteur.

C'est à partir de l'article de B. Rosenberg, « la passivité comme condition et « ouverture » à l'objectalité, ou masochisme et passivité »¹² que je vous propose quelques réflexions permettant de mieux saisir certains enjeux de la passivité dans la vie psychique.

Parce que la question du masochisme et de la passivité est au cœur de la construction de la vie psychique, B. Rosenberg s'attache à démontrer dans son article ce qui met en relation narcissisme, passivité et masochisme. C'est à partir de cet ensemble, interdépendant, que le moi-sujet rencontrera l'objet et s'ouvrira à l'objectalité.

La passivité est décrite comme étant d'emblée nécessaire comme défense contre le déplaisir suscité par l'excitation, puisqu'elle la rend acceptable, la tempore en quelques sortes.

Il poursuit et précise que la passivité narcissique primaire, est comme un moment auto-érotique, préalable à toute activité pulsionnelle. Cette passivité est une réponse à l'existence des excitations, excitations qui ne désorganisent pas totalement le sujet en raison de la satisfaction qu'elle permet d'en tirer. En effet, on peut comprendre que la passivité primaire, qui rend possible l'acceptation de l'excitation au sein de la psyché, contient la destructivité, la met comme en attente d'un traitement par la pulsion de vie ce qui produira de la libido, pulsion tournée vers l'extérieur, vers l'objet. B. Rosenberg impose ainsi la passivité primaire comme préalable à l'objectalité. La passivité est nécessaire à la vie psychique qu'elle protège de la destructivité et dont elle conditionne les investissements objectaux. En effet, elle est protectrice du narcissisme en donnant la possibilité au moi narcissique d'être indifférent par rapport à l'extérieur assurant l'acceptabilité des excitations. Elle est ainsi la première forme du masochisme objectal.

E. Chervet¹³ précise que l'on doit aux psychosomaticiens d'avoir mis l'accent sur la liaison première corps-psyché que constitue le *masochisme érogène*, premier « organe » psychique à s'installer (Rosenberg B., 1991). Le masochisme érogène retient l'excitation dans une première inscription des perceptions corporelles « trop » intenses, qui se qualifient en douloureux. C'est le socle qui tout au long de la vie liera l'excitation à la sensation corporelle,

¹²RFP 5/1999 – 1651-1663

¹³E Chervet (2021) l'aiguillon douloureux de la précocité, publication à venir

selon les premiers frayages établis au cours des soins maternels¹⁴. Ainsi est posée l'importance de la valence passive du fonctionnement mental, capacité première de réception et de retenue des tensions et des informations venues du monde, externe autant qu'interne. Cette capacité s'installe grâce aux interactions avec l'objet, médiateur de cette première intrication pulsionnelle, et devient un *attracteur* pour les régressions à venir.

En appui sur les apports théoriques, on comprend ce qui se trame dans les soins et on repère les oscillations entre passivité qui permet de contenir les excitations et de supporter le déplaisir, du côté du sujet malade comme du côté des soignants, puis qui permet de se mobiliser pour peu que cela ait du sens et de l'intérêt, se mobiliser avec un autre que la passivité permet de rencontrer ; si ce n'est pas le cas, l'enfermement dans le traumatique de l'excitation et de la passivation l'emportera.

A lire l'homme étoilé, on comprend toute l'intensité de ce qu'il vit avec ses patients. Tout le plaisir aussi. Et en particulier le plaisir de la rencontre, le plaisir de trouver la clé de l'autre et encore le plaisir de la trouvaille de ce qu'il va pouvoir faire pour « ajouter de la vie à leurs derniers jours » comme il aime à le rappeler en reprenant les propos du Pr Bernard. On entrevoit entre les lignes que ce n'est pas que satisfaction.

J'ai retenu trois thématiques à évoquer avec vous à partir de ces romans graphiques, et en particulier à partir du premier, « à la vie ! », titre affirmant d'emblée la jubilation de la lutte contre la mort, la lutte et la jubilation de Xavier l'homme infirmier tout autant que de ses patients sans doute. Au fil des pages Xavier nous raconte et nous montre des patients qui attendent et que l'on imagine passifs, en attente, tout autant en train de vivre que de mourir ; il évoque ses sentiments, réflexions et recherches de ce qui pourrait les animer et les faire se rencontrer ; il partage les moments de grâce.

1/ Des hommes et des femmes passifs dans l'attente de leur mort

Il y a Blanche¹⁵, déprimée, passive, se laissant prendre en charge sans pouvoir y participer, plongée peut-être dans un certain « à quoi bon ». Les soins se passent dans le silence, le visage de Blanche reste inexpressif. L'homme étoilé tente de la rencontrer, en dehors d'un

¹⁴Soins qui comportent aussi le bain de langage, mais dont les traces alors sont celles d'un encodage plus élémentaire que les traces mnésiques de mots qu'évoque Freud à propos des liaisons préalables, celles qu'utilise l'enfant pour cette « grande performance culturelle » qu'est sa profération « For-Da ! ».

¹⁵« A la vie », p 167-180

silence pesant et douloureux », la relation dans cette ambiance lui faisant vivre impuissance et inutilité. Il organise alors ses soins en musique, essayant de trouver ce qui lui plairait puisqu'elle ne se prononçait pas sur ses goûts personnels ; puis il s'est fait insistant ne pouvant plus peut-être supporter cette passivité imposée par Blanche. Enfin elle a pu, s'appuyant sur le désir de son infirmier faisant emprise, sortir de sa mise en suspens. Ce changement semble possible parce que Xavier consent à attendre, consent à subir comme sa patiente suit l'évolution de sa maladie, consent à ne pas tout comprendre avant de chercher ce qui pourrait apporter du changement.

Edmond¹⁶ lui semble poursuivre ses investissements dans sa chambre d'hôpital, se nourrissant de ses livres de photographies et de peintures, arts dont il est féru. L'homme étoilé trouve-là matière à échange et partage, ce qu'il apprécie. Il découvre une ombre au tableau de la vie d'Edmond qui se termine, le manque de nourriture à son goût à déguster. L'homme étoilé s'accroche alors à ce manque, fait partir à la recherche de ce qui pourrait faire plaisir et rendre à Edmond sa capacité à faire un choix, à être entendu dans ce qu'il désire. Edmond s'anime et demande que lui soit servi une « Dame Blanche »... mieux que la faucheuse c'est évident, une dame blanche avec laquelle façonner une vie commune, une dame lumineuse vers laquelle se diriger... mais je digresse... La dame blanche d'Edmond est son dessert préféré : de la glace, du chocolat, de la chantilly...et une touche de Vodka qu'il parviendra à trouver avec l'aide de son infirmier.

Avec la petite dame de la 52¹⁷, Xavier, jeune infirmier a été très actif et très soignant, appliquant les bonnes pratiques de sa profession avec conviction et bonnes intentions. La petite dame de la 52, ça ne lui convient pas. Elle lui oppose un silence actif-agressif. Agacé, lassé, Xavier prend le parti, un tantinet revanchard, de ne plus s'adresser à elle mais plutôt de lui parler de son week-end à venir avec son amoureuse, sans lui parler des soins en train de se dérouler. Pas de changement du côté de la petite dame au fond de son lit, plus de plaisir du côté de l'infirmier. De retour de week-end, ce dernier est détendu, plutôt silencieux... elle est moins renfrognée... et demande des nouvelles du week-end, sortant du silence et du refus de relation.

2/ Les états d'âme de l'homme étoilé

¹⁶« A la vie », p 109-133

¹⁷« Je serai là », p 19-33

Rien de sympa¹⁸ à raconter, tel est le constat régulier que Xavier peut faire après ses journées de travail. Auprès de ses patients, auprès de leurs familles, il est là, triste et impuissant à pouvoir changer le cours des choses de la vie.

L'homme étoilé nous convoque aussi dans ses sentiments négatifs, ceux qu'il a éprouvés avec Marie¹⁹ qu'il ne supportait pas sans savoir pourquoi, qu'il voulait éviter alors qu'elle cherchait sa compagnie, très en attente vis-à-vis de lui... Comment accepter d'être saisi par l'autre, d'être passif devant son désir, notamment lorsque l'on est sensé mener la danse du soin ? L'homme étoilé nous emmène-là sur la question de ce que nous fait vivre l'autre nous saisissant dans sa vie affective, revivant parfois avec nous, à travers nous, d'autres histoires ayant eu lieu dans un autre temps...

Enfin, mon attention a été retenue par son « one man show »²⁰, celui d'un infirmier qui en fait trop, jouant, riant, blaguant, alors que sa patiente est trop triste pour le rejoindre dans une gaieté forcée, défensive peut-être, mal venue si ce n'est pour contrecarrer l'immobilité et la gravité ambiante.

3/ Les moments de grâce, relation et activité

Il y a ce moment où L'homme étoilé rejoint son patient jouant du Tam-tam²¹ sur son ventre, pour passer le temps, pour jouer, pour se sentir et s'entendre exister. Une activité dont se saisit son infirmier attentif et curieux pour ne pas l'y laisser seul et transformer ce moment en relation humaine humanisante.

Avec Mathilde²², Xavier s'assoit et écoute son histoire ; il s'y intéresse et n'hésite pas à souligner ce qu'il découvre de commun entre eux. S'ensuivent alors des moments de leçon de suédois. Chaque fois le plaisir est convoqué, Mathilde et Xavier s'animent ; Mathilde retrouve une place active de celle qui peut transmettre et prendre soin avant que Xavier l'accompagne dans les derniers instants de sa vie.

¹⁸« A la vie », p 135-139

¹⁹« A la vie », p 65-82

²⁰« A la vie », p 107-108

²¹« A la vie », p 37-39

²²« A la vie », p 41-59

Je termine ce florilège avec Roger²³ le rocker. Roger, dans l'évitement de toute pensée concernant sa maladie et la fin de sa vie prochaine, restant actif dans sa chambre d'hôpital à l'aide de Xavier et du rock'n roll qu'ils écoutaient et chantaient ensemble. C'est par cette voie que Xavier construira une relation solide, et amènera l'expression des émotions de Roger qui pourra parler de sa réalité, une fois renforcé par la musique et la relation amicale, en appui sur un texte d'un chanteur faisant l'épreuve de sa fin de vie annoncée. L'homme étoilé n'a pas eu peur de se laisser aller à l'évitement de penser le processus dévitalisant de Roger ; c'est ce qui va permettre de s'atteler au douloureux dans un second temps, en passant d'une activité physique, sensorielle forte, à une activité de penser dans une passivité du corps supportable. Quelques remarques en guise de conclusion en particulier à propos de l'intérêt de la « renarcissisation du moi » que propose l'homme étoilé sans le savoir, tant sur un versant maternel, winnicottien, qui prend soin, investit et veille, que sur un plan paternel, qui confirme²⁴, reconnaît et encourage à être. C'est ce qui va permettre de supporter la régression et le déferlement pulsionnel lors de la fin de vie annoncée.

Au fil de ces deux romans graphiques, on assiste aux diverses manifestations de l'emprise de vie de l'homme étoilé sur ses patient.e.s à laquelle certain.e.s vont répondre de différentes façons, plus ou moins actives. Xavier y va de la main, du regard, de la parole, usant de son appareil d'emprise²⁵, trouvant celui de l'autre, un jeu d'emprise pour la vie tant qu'elle est là. Xavier, nous laisse voir et entendre sa capacité à être un « médium malléable »²⁶ allant au rythme de son patient, partant de ce que ce dernier propose sans craindre de s'y perdre. Il se laisse prendre et trouve des accordages au lieu de prendre son patient et de craindre de lui. J'ai été surprise de constater la présence forte de la musique, du son et de la langue, du rythme dans « la boîte à outil » de l'homme étoilé. Rien de plus banal pouvons-nous penser, et les services de soins palliatifs comme les EHPAD oscillent entre silence, appels et chants collectifs. Mais ici c'est le rythme qui nous est surtout proposé de penser, pour se sentir battre, se sentir respirer, se sentir aller au diapason de l'autre. Je vous renvoie aux travaux précieux

²³« A la vie », p 7-36

²⁴Grunberger B (1971) développe la confirmation narcissique dans son le livre « le narcissisme », pbp

²⁵Ferrant A (2001), Pulsions et lien d'emprise, Dunod

²⁶Roussillon R (2001), « L'objet « médium malléable » et la conscience de soi », L'autre, 5

de R Prat²⁷ sur l'importance du rythme dans la naissance et le développement de notre vie psychique et relationnelle.

L'homme étoilé accepte de solliciter son masochisme, il endure, il supporte l'inconfort de la passivité, de l'incompréhension, de l'insatisfaction, des mouvements projectifs et/ou agressifs de ses patients, tout en ayant comme perspective de retourner ces éprouvés en satisfaction à venir. Pour cela, on lit entre les lignes que Xavier a construit en lui ce qu'il faut d'illusion de pouvoir beaucoup pour se proposer comme objet vitalisant. Il propose dans son « je serai là » une base solide, passive-active, où se reposer si besoin, où trouver un autre pour ne pas être seul.e ni avoir trop peur.

Enfin, la sublimation qui sort Xavier l'homme étoilé, de ce à quoi il assiste, rien de sympa fondamentalement. La sublimation qui permet de transformer-lier la destructivité à l'œuvre, pour survivre au risque de la passivation sans faire le show mais pour qu'il se poursuive.

²⁷Prat R (2018), Maman-bébé : duo ou duel ?, éres

Semer de petites graines de poésie... dans cet espace où la passivité refait surface. Marie WALTHER

Je suis art-thérapeute depuis deux ans, c'est une reconversion professionnelle. J'ai travaillé durant ces deux ans dans un Ehpad. Ceci est ma première expérience de travail en maison de retraite. Avoir posé mon regard autour de la passivité m'a bousculé, ainsi que ce travail de mise en texte. Cela m'a obligée à faire face à nouveau à ce vécu difficile et à mes souvenirs, que je n'ai pas terminé d'intégrer. A relire et travailler à partir de mon journal de bord, de l'EHPAD confiné en ce début d'année 2022, alors que la 5^e vague envahit la planète, devant la fatigue et parfois le découragement face à la pandémie qui semble s'installer pour ne pas dire s'éterniser... Comment aller chercher en moi et aussi ensemble des nouvelles ressources ? Des ressources même inexplorées encore, pour retrouver du sens à cet innommable épreuve mondiale que nous traversons tous ? Si je suis là aujourd'hui c'est pour témoigner pour les personnes âgées que je rencontre au sein de mon travail au quotidien, partager mon regard sur la passivité telle que je la traverse. L'idée est de transmettre ce que ces personnes âgées m'expriment, ce que j'écoute, ce que j'accueille, ce que je reçois. J'ai occupé durant deux ans un poste d'adjointe d'animatrice, en binôme auprès de l'animatrice référente de l'établissement et aujourd'hui j'y travaille comme art-thérapeute un après-midi par semaine. Ces deux années ont été bousculées par les confinements et reconfinements. Je témoigne aussi en tant que Marie, pour celles et ceux qui m'accordent leur confiance, me confient parfois leur peine, leur désarroi, me traitent ou me confondent avec leur fille ou même leur grande sœur. Pour les résidents qui arrivent en fin de parcours, qui se sont installés en institution comme étant leur dernière maison, je ne connais pas leur histoire, mais leur sagesse, leur grand âge est là, j'ai envie de m'exprimer aujourd'hui pour celles et ceux, passives ou passifs, qui ne s'expriment plus.

L'entrée en Ehpad est bien une perte de plus... et cette perte n'est pas sans conséquence sur leur identité subjective.

Quelles sont les répercussions de toutes ces pertes subies par la personne âgée ?

Est-ce que ces pertes successives amènent fatalement vers une certaine forme de passivité ?

Pour clarifier mon propos je pourrais distinguer des passivités de deux natures différentes.

Des passivités d'ordre psychologique et des passivités d'ordre neurologique.

Certains résidents sont sujets à la dépression, dont découle une perte des envies, une perte d'énergie qui amène à l'immobilité, à un état d'attente, une certaine passivité. D'autres atteintes cérébrales causées par des maladies neurodégénératives, des maladies Alzheimer et apparentées... ont aussi des répercussions sur les résidents et ce qu'ils peuvent faire. Les pertes occasionnées comme la perte du langage verbal ou la possibilité de se mobiliser seul, de se déplacer entraînent à une autre forme de passivité.

Je m'interroge également sur les effets que la situation extérieure à l'établissement, causés par la pandémie de Covid, entraînent sur l'état psychique et physique des résidents.

A mon arrivée en Ehpad je découvrais l'enjeu et l'ampleur du travail de l'animation, et de son objectif : veiller à ce que chacun puisse être reconnu dans son identité, son histoire, ses attentes, reste en lien avec ses proches, et crée de nouveaux liens. L'animation porte une attention quant au maintien du lien social ! Cela a bien été mis à mal. Elle travaille à ce que chacun conserve ou retrouve place et rôle, reste *acteur* de sa vie. Cet état d'acteur s'oppose tant à la passivité !

De mon côté je venais de mettre en place un atelier collectif autour de l'éveil de la créativité ainsi que des séances d'art-thérapie en individuel de l'unité psycho gériatrique quand on a entendu parler de l'épidémie de Covid qui se rapprochait.

J'ai débuté des séances avec des résidents qui mettaient l'équipe en difficulté : je repense à une dame qui n'avait plus l'usage de la parole, qui semblait souvent très en colère, en grande souffrance, avait du mal à se faire comprendre. J'arrivais en séance avec des boîtes et des objets à découvrir, des musiques à écouter. Mais elle s'intéressait surtout à moi, à mes cheveux, mes bracelets, tendaient ses mains pour me saisir, toucher mes boucles d'oreilles. Elle ne « *faisait* » rien de ses mains, mais prenait plaisir à manipuler. A venir à ma rencontre... Dans son temps, à elle. C'est autour de l'éveil des cinq sens que j'ai pu me concentrer lors de ses séances. L'approche d'art-thérapie utilisée pour cette dame était l'approche pédagogique

pour son côté contenant, favorisant l'expérience du plaisir fonctionnel, offrant une base structurante pour l'intégration corporelle. J'ai également pu opter pour une approche empathique qui insiste sur le mouvement habituel, utilisée pour son côté rassurant, stimulant la confiance en soi.

Mais d'un regard extérieur, que pouvait-il être perçu de notre rencontre ?

La notion de la rencontre me semble primordiale dans la question de la passivité. Un résident, seul dans sa chambre, peut-il être qualifié de passif ? Je m'intéresserai plutôt à la passivité ou ce que j'en perçois, d'un résident dans les différentes relations avec les interlocuteurs qu'il voit tout au long de sa journée en institution.

Alors que le temps subjectif de la personne âgée a plutôt tendance à ralentir avec l'avancée du grand âge, sa journée est ponctuée par des passages successifs d'interlocuteurs différents !

Quelle différence de posture pourrait-on lire lorsque le résident se retrouve face au médecin par exemple, ou à l'infirmière qui passe pour un acte précis :

« *Changer un pansement, injection d'une 3^e dose de vaccin, prendre une tension, contrôler le diabète...* »

Face à une aide-soignante qui arrive le matin pour réaliser une toilette, un change, l'installer dans son fauteuil roulant ? lui laisse-t-on le choix ? quand il s'agit de descendre prendre le repas en salle à manger etc...

Dans ces différences d'interlocuteurs, les injonctions sont frappantes. Quelle part de liberté leur reste-t-il ? Qu'en est-il de leur posture lors de la visite d'un membre de leur famille ? quel changement pourrait-on observer chez le résident qui semble reconnu ? écouté ? pris en compte ?

Durant ces deux ans, l'établissement a connu des périodes trop longues et trop nombreuses de confinement strict en chambre. Parfois les membres de l'équipe nous interpellaient ma collègue et moi en nous demandant : « *mais pourquoi est-ce que vous continuez de venir travailler ? il n'y a plus rien à faire pour vous, plus d'animation possible !* »

Car finalement si tout l'enjeu de notre travail a été bousculé par les restrictions et interdits qui étaient chaque semaine, eux aussi, toujours plus nombreux... Nous avons été présentes, plus que jamais, 7 jours sur 7 pour pouvoir assurer justement ce petit lien, envers chacun d'eux.

Les animatrices étaient les seules finalement à avoir un peu de temps pour venir *parler* aux résidents.

Pendant une période de deux semaines je n'ai plus eu la possibilité d'accompagner les résidents hors de leur chambre, ni d'apporter du matériel de bricolage. Tout désinfecter, tout le temps, je devais m'équiper moi et ne toucher à rien. Je suis alors passée à temps plein. Pour rester dans l'action, dans le faire, dans la précipitation et l'urgence d'un côté, dans une tentative d'offrir le meilleur de moi-même dans l'intimité de leur chambre. Pour certains nous étions le seul pont entre eux et leurs proches, pour celles et ceux qui n'ont pas de téléphone ou pas la possibilité de s'en saisir seul. Alors je me suis demandée : quelle est cette forme d'attente, et parfois d'immobilité, et dans ces cas-là est ce que l'immobilité renvoie à une forme de passivité ?

Dans cette situation de confinement qui a été subie, imposée par le contexte sanitaire...

Je suis saisie par des images précises.

Je pense à cette résidente en particulier qui semble vraiment passive. Recroquevillée dans son fauteuil roulant, assise face au mur avec sa serviette autour du cou il est 15h, devant un plateau repas à peine entamé dans l'obscurité de sa chambre. Elle ne dit rien. Elle ne fait rien. Elle ne pense rien ? sont des questions que je me pose. Mais dès que j'arrive et que je lui parle, elle se redresse, cherche à prendre ma main, me parle et me demande des nouvelles de son fils...

Mais sa question me fige : « *et qu'est-ce qu'on fait maintenant ?* »

Alors que je m'apprêtais à la saluer et à rendre visite à la résidente de la chambre d'à côté, comment me dépatouiller face à cette question ? Que pouvais je lui proposer ? A part lui dire d'attendre l'heure du prochain repas ? Pour elle qui n'a plus d'appétit ! Elle qui a tant besoin de la présence des autres, besoin de se sentir entourée, rassurée. Et moi de devoir la laisser là, ressortir de cette chambre, démunie.

La passivité me renvoie à la notion d'attente. Sans arrêt dans la vie de tous les jours, nous attendons. Entre l'attente qui s'installe, l'attente silencieuse, l'attente sereine ? qu'est ce qui se joue ici, pour les résidents, durant ces longues périodes de confinement : qu'est-ce qu'ils attendent ? et combien de temps, est-ce qu'ils attendent ? Y a-t-il une fin à cette attente ?

Est-ce qu'il s'agit d'attendre son tour ? Pourquoi, et après quoi est-ce qu'ils attendent ?

J'ai envie de citer une phrase marquante du livre de Christian Bobin : « La présence pure » :
« Ici on attend la mort et l'heure du repas ».

Mais quand l'appétit lui aussi a disparu, que reste-t-il à attendre finalement ? l'enjeu mondial de distanciation et le confinement pour lutter contre ce virus peut-il être compris ?
entendable ? acceptable ?

Cette figure de passivité est frappante, mais quelle autre possibilité restait-il pour cette dame, que celle d'attendre ? Ces états de privation de toute vie sociale ont introduit une façon particulière d'être passif pour les résidents, une passivité réactive face à des injonctions contraignantes dans les relations.

Être passif signifie : « *Se contenter de subir les événements, ne faire preuve d'aucune initiative ; une personne passive est une personne qui n'accomplit aucune action personnelle ; qui manque d'énergie.* »²⁸

Je leur proposais de *patienter*, que la situation allait finir par s'arranger...

Le terme *patient* vient du latin *pati*, signifiant « *celui qui endure, celui qui souffre* ». La patience est l'action de supporter et d'endurer, aussi bien dans la constance dans l'action que dans l'attitude à attendre tranquillement, sans irritation, quelqu'un ou quelque chose qui tarde à venir. Le patient est à la fois résistant, persévérant et calme.

Durant toute la période de la crise sanitaire, mes repères et mes limites ont été fortement bousculés. De même que ma posture, ainsi que mon cadre.

Alors comment permettre l'émergence d'une demande, lorsque la passivité en recouvre le ressort ?

Je repense à D. qui hurlait sans cesse : « *Aide ! Aide-soignante ! Au secours, police secours ! Je suis mal, je suis foutue, je suis morte* » ; je pense à M. qui pleure : « *Maman, Maman, pourquoi tu ne viens plus me voir ?* » ; je pense à N. qui me dit : « *je suis perdue, complètement perdue, je ne comprends pas ce que je fais là, je crois que j'ai dormi ici cette nuit c'était la première fois, mais maintenant je vais où ?* » ; je pense à B. : « *vous ne nous proposez plus rien, vous n'avez plus que cinq minutes à nous accorder ? c'est tellement triste...* » ; je pense à C., la fille d'une résidente qui me dit de ne plus l'appeler, car c'est trop dur elle ne peut pas le supporter, de même que J. qui n'arrive pas à contenir ses larmes quand

²⁸Dictionnaire Larousse

Semer de petites graines de poésie... dans cet espace où la passivité refait surface.

elle a sa maman au bout du fil. Je pense aussi à H. qui me dit : « *je ne pensais pas qu'on allait me mettre en prison, c'est faux que c'est l'Etat qui le demande, c'est vous et je suis en colère, je veux sortir d'ici je veux rentrer à la maison* » ; je pense à L. qui m'embrasse en me disant que je suis comme sa grande sœur, qu'heureusement que je suis là, : « *mais comment je vais faire pour rentrer à la maison, parce que mes fils ne savent pas que je suis ici, c'est trop triste de vieillir, trop dur d'être toute seule* » ; je pense à J. qui me confie : « *Vous êtes mon ange-gardien, mais j'en ai marre, je vais crever, je ne pensais pas finir comme ça, seule dans ma chambre.* ».

Avec l'annonce du confinement strict en chambre qui tombe, ça été la sidération. La maison de retraite est devenue vraiment trop vide et silencieuse. Je travaillais dans la peur. Je me suis retrouvée dans un intense et insoutenable sentiment de solitude. Sans réussir à parler à ce moment-là de mes ressentis à mes collègues, à mes proches.

Je travaillais par simple réflexe, et si les résidents étaient souffrants, les familles et les équipes l'étaient tout autant. Je me promenais toute la journée avec ce sentiment d'impuissance. Il m'a semblé que les résidents se désorganisaient psychiquement. Perdaient aussi physiquement. On redoutait tant le syndrome de glissement...

Quand on a pu accompagner les résidents l'un après l'autre pour un petit tour dans le jardin le soleil était de la partie ; je ne me sentais pas surveillante de piscine, mais bel et bien gardienne de prison. A encadrer le temps de la promenade... à devoir répéter et faire respecter le cadre : « *GHA sur les mains, port du masque, distanciation...* »

Ces nouveaux mots et gestes n'ont pas pris sens, ne pouvaient pas prendre corps pour ces personnes âgées qui n'avaient rien demandé, qui sont juste là pour vivre, le plus tranquillement possible. Là où la relation à l'autre était devenue tant interdite que dangereuse. Je me suis tellement demandé comment tout articuler, mettre à plat, répondre aux attentes des uns et des autres en une seule journée...

Certaines de ces attentes, nous les avons identifiées, classées, écrites dans un tableau pour tenter de recenser les besoins de chaque résident, à concilier avec les demandes de leurs proches.

Et à ce moment-là, mes pensées m'agacent m'énervent me gênent me frustrer me peinent...

Je ne dormais pas de la nuit. Je n'arrivais pas à ne plus y penser. Je voulais hurler mes douleurs ma tristesse ma colère face au désarroi de chacun, ma propre impossibilité de

simplement faire avec. Ce n'était pas possible. De faire un pas de côté. Pas possible. Impossible.

A la maison je n'avais pas envie. Pas envie de faire l'école des enfants, pas envie de rester à table, pas envie de préparer le repas, pas envie. Je me sentais malheureuse de cette impossibilité de parler à mon mari, il me disait encore que j'étais son rayon de soleil les jours où j'étais là alors que je ne voyais qu'en nuances de gris.

Et je me sentais tellement triste, démunie, si petite. Il y avait un trop grand écart avec le cœur de mon métier d'animatrice comme d'art-thérapeute qui se tisse au fil des jours à travers les propositions et animations, j'essayais de me rassurer sur les liens que je pouvais construire. Ce que je pouvais accomplir et qui devenait mon travail : offrir une qualité de présence, tisser des relations avec chaque un. Je suis là, et ce que je leur donne : une écoute, de l'amour, un geste tendre, mais de la tendresse est-elle autorisée, et possible ? Tout cela m'a questionné.

Avec le recul je peux dire que je me suis retrouvée à mon tour dans un tel état de sidération, voire même de passivité. J'ai été contaminée par la sidération des résidents.

Notre première séance de supervision d'équipe, en visio, m'a permis de pleurer, de m'exprimer peu, mais de me sentir entourée et non plus seule dans la submersion de mes émotions, face à l'immensité de la tâche, des demandes infinies. Accepter qu'ils n'aient jamais été aussi proches de leur mort. Mais être là.

Une autre ressource que j'ai finalement retenue avec ma psychanalyste a été de l'appeler, elle, tous les soirs après mes journées de travail. Pour m'offrir cet espace de parole, dans cet entre-deux, quand je sortais de l'Ehpad avant le retour à mon domicile. Comme un espace intermédiaire, où je me retrouvais dans ma voiture pour des séances par téléphone. Je lui racontais mon désarroi, ce qui ressemblait à une journée sans fin, mais bien trop courte pour tout accomplir de façon satisfaisante.

Mais aussi, ce qui a été porteur pour ma collègue et moi qui aimions chanter, a été de suivre une envie un peu folle de réaliser une « chanson confinée » à notre tour, avec et pour les résidents. La proposition de chanter ensemble et à distance au travers d'un montage d'enregistrements de chants des résidents, de proches et de professionnels. Il a aussi été proposé d'adapter des paroles au vécu de ce moment de confinement, exprimé par les uns et les autres.

La chanson initiale d'Edith Piaf « La vie en rose » est devenue pour nous : « La vie en pause, la maison cantonale en rose ». Le projet s'est monté rapidement pour répondre à l'urgence, et s'est adapté aux moyens disponibles, qui a été mobilisateur et motivant dans une période où les difficultés du quotidien étaient si fortes. Détournant cette nécessité de distance comme une possibilité d'être ensemble différemment.

Le plaisir a pu être exprimé lors des moments accompagnés par l'animation (*rire, légèreté et détente ont pu se ressentir dans les couloirs de la maison lors des enregistrements*), du retour par les proches (*rires retrouvés, plaisir de se prendre au jeu, soulagement de sortir de l'inquiétude, plaisir à réaliser avec ou pour leur proche hébergé, et pour soutenir la maison*). Les résidents étaient demandeurs de voir les enregistrements envoyés par leurs familles ou leurs connaissances.

La réalisation finale a permis de partager le vécu du confinement en EHPAD avec l'extérieur, avec les voisins, de pouvoir s'exprimer et être entendu sur ce vécu difficile d'isolement.

Est arrivé doucement le mois de mai, puis l'été. Les visites des familles ont à nouveau été autorisées, très progressivement, les résidents ont retrouvé la possibilité de se réunir, de vivre des activités collectives en tout petit comité, et des repas en salle à manger, espacés les uns des autres. Il a fallu attendre plusieurs semaines.

Avec la rentrée de septembre de 2020, j'ai redémarré quelques suivis d'art-thérapie.

Dans le titre de mon intervention je qualifie la passivité comme refaisant surface. Car je reste interpellée quant aux notions et aux questions en art-thérapie de faire / ne pas faire, être présent / participer, du taire et du parler. Du côté du sujet comme pour moi. Dès mes premières expériences comme art-thérapeute, à mes débuts j'étais déjà confrontée à ces patients qui venaient en séance, et qui ne faisaient rien. Mais le voulaient-ils, ou pouvaient-ils en être autrement ?

Je vais maintenant raconter ma rencontre avec Mme R, pour élaborer une pensée autour de ce que pourrait semer la créativité dans un cadre de rencontre en art-thérapie en Ehpad.

Mme R arrive au mois de juin 2020, il s'agit d'une entrée en établissement en urgence. Au sortir du 1^{er} confinement, sa fille qui l'avait accueillie chez elle durant cette période ne le peut plus. Sa maman, Mme R est une dame extrêmement angoissée, qui est sans arrêt en demande,

qui n'est jamais satisfaite si soulagée. Son « *état d'anxiété est apparu il y a un an, sans que la cause n'ait été identifiée* ».

Aussi lorsque je me retrouvais face à elle, elle en arrivait à me faire culpabiliser, me toucher, m'inquiéter. Elle présentait effectivement des signes tels qu'une respiration accélérée, des tremblements, de la transpiration... elle est en pleine crise d'angoisse. Elle me dit qu'elle meurt.

Je n'étais pas soignante mais plutôt débutante, je pensais pouvoir accueillir ses maux, cet accueil se fait sans acte de réponse et pourtant à plusieurs reprises je suis partie courir chercher des solutions à ses plaintes, à ses appels à l'aide. J'ai pu éprouver de la gêne à être auprès d'elle pour lui proposer un temps de bricolage créatif, j'ai parfois eu peur qu'elle puisse mourir devant mes yeux pendant que je restais immobile, quand dans son fonctionnement, son regard, ses gestes, ses mots ne correspondaient pas à une certaine « normalité ». Parfois mon malaise était grand, tant sa réalité m'échappait. Elle ne savait pas ce qu'elle faisait là, ne reconnaissait pas la pièce où elle se trouvait, ni pourquoi elle s'y trouvait.

Mme R. je la rencontrais chaque lundi, et chaque semaine, elle me demandait qui je suis et ce qu'est l'art-thérapie, n'en ayant jamais entendu parler. Je lui propose de venir, pour s'y essayer. Elle esquisse souvent un premier refus mais dans cette plainte infinie de la solitude de sa chambre, elle me dit oui. L'art-thérapie éclairée par la psychanalyse invite le sujet à apprendre à *faire avec* son symptôme. « Faire avec » dans le sens bricoler, poétiser... son symptôme. Dans le *faire* il y a à la fois ce « *pouvoir faire quelque chose* » et ce « *pouvoir faire part de quelque chose à quelqu'un* ». Cette deuxième idée sous-entend une rencontre avec une personne, une rencontre avec un sujet. Parfois, elle pouvait accepter, et venir avec moi jusque dans la salle d'activités. Mais face à mes propositions, elle pouvait alors se mettre en retrait, et me dire :

« *Si c'est comme ça je ne parle plus. Je vous écoute* ».

Dans un tel cas, la passivité serait-elle aussi une forme de liberté choisie ? Fondée sur le refus : refus de parvenir, refus de s'engager. Et il faut parfois beaucoup d'activité pour atteindre un but passif.

Dans un dispositif créatif, il y a une part d'inconnu, d'imprévisible et de nouveau. Cela demande un temps d'appropriation avant que les résidents puissent faire avec les effets de cette surprise et de hasard. C'est un espace où il est possible de prendre en compte le sujet de

l'inconscient, afin de ne pas faire taire les manifestations, à travers l'association libre proposée dans le bricolage poétique. Cet espace de liberté au sein de l'ensemble de la séance ouvre aussi au silence.

Pour en revenir à la notion de la passivité : une des manières de la penser oppose cet état à être acteur. Mais celui qui ne *fait* rien n'échappe pas à la douleur.

Je voyais et supposais Madame R passive au départ, dans cette posture allongée dans son lit elle aussi, à rester là, à attendre, mais être passif, est-ce possible en art-thérapie, et surtout qu'est-ce que ça veut dire ? est-ce une forme d'inhibition, pour échapper à l'angoisse, ou bien une forme d'errance... Lors des séances, se tisse un travail d'ouverture à l'autre, de présence active auprès de chacun où l'inattendu advient. Et quelque part, j'ai l'impression que plus les sujets rencontrés sont *passifs*, plus cela m'oblige à m'investir, à me questionner, à être dynamique et active à son tour.

Puis j'ai accompagné Mr T., un résident de l'unité psycho gériatrique qui avait besoin d'être rassuré, demandeur d'une présence de la part des soignants, lui si peu en lien aux autres résidents. Ses enfants avaient été surpris quand je leur avais demandé et parlé de séances d'art-thérapie pour leur papa : « *Mais qu'allez-vous pouvoir lui proposer ?* »

Il exprimait à ce moment-là facilement ce qu'il ressentait « *je suis content de vous voir* », mais parfois : « *moi je sers à quoi ?* ». Il semblait présenter une perte de confiance en lui, il souhaitait que je reste près de lui et ne le laisse pas seul. Les objets que je lui proposais, il les gardait fermement en main ou bien les portait vers sa bouche. Je profitais toujours de ces temps auprès de lui pour lui parler, lui raconter ce qui se passait autour de nous, dans la maison.

Selon les séances il était soit en retrait et silencieux, soit présent et dans l'échange verbal.

Face à sa vision altérée et à son geste répétitif (il présentait un TOC) je lui faisais surtout des propositions autour de l'exploration des sons, des bruits, des différents objets de ma boîte à outils mais également de l'espace sonore de l'environnement autour. J'apportais également des instruments de musique, parfois une guitare, ou bien nous nous installions devant le piano. J'ai un souvenir d'une séance durant laquelle il a pu se saisir de la lyre entre ses bras pour en explorer les cordes...

Il y a des séances où je le trouvais plus en retrait, moins communiquant mais plus émotif. A plusieurs reprises lorsque je chantais pour lui ou que je nommais le mot « chanter » je pouvais

observer des larmes dans ses yeux mais lui n'en disait rien. Cela était nouveau et s'est reproduit à d'autres moments. Si l'expression vocale permet d'explorer les potentialités de communication intraverbale, le chant soutien l'élan vital et le dynamisme. Mais au-delà de cela, qu'est-ce que la chanson de Richard Anthony « J'entends siffler le train » que sa fille m'avait proposé de lui chanter par exemple, ou le signifiant « chant » sont venus convoquer chez lui ?

Lui qui était si peu dans l'échange, je me suis demandé quelles pouvaient être ses attentes à lui ? bien souvent, elles semblaient silencieuses. Que pouvait-il attendre, envers lui-même ? et quelles étaient ses attentes envers les autres ? j'imagine qu'il pouvait attendre quelque chose d'une relation, d'une personne, de son épouse (défunte) qu'il continuait d'appeler, mais aussi attendre que l'autre soit disponible, attendre qu'on le regarde, le voit, attendre qu'on l'écoute ? Son immobilité et son silence m'ont bousculée, cette forme de passivité causée aussi par la maladie d'Alzheimer, mais finalement sa présence était marquante.

« Semer des petites graines de poésie », c'est ici pour ouvrir un lieu possible pour la rêverie. La créativité sollicite l'imaginaire à travers les métaphores et la poésie. L'art-thérapie est un prétexte à la rencontre, pour que le sujet trouve et/ou retrouve des traces inscrites, avec la possibilité de trouver son propre cheminement dans son rythme à lui, intérieur et extérieur, une forme de liberté. C'est ainsi par les mains, par le bricolage, la voix et par les mouvements dans le corps qui s'engage aussi, que les petites graines peuvent éclore.

Avant de terminer, j'ai aussi envie de parler de celles et ceux qui vont bien, en évoquant les moyens et la sagesse qu'ils ont pu trouver pour faire face ! Des ressources propres à chacun comme la possibilité d'écrire, presque tous les jours pour un résident, et de solliciter l'équipe pour retransmettre ses notes au fil des jours, et d'en construire un journal, ce qui a permis de conserver et partager son regard sur son vécu du confinement. Une résidente s'est organisée avec ses proches en ayant chaque jour 3 rendez-vous en visio, à des horaires précis pour rythmer sa journée, lui donner une contenance. Quand une autre dame, de 98 ans, s'est saisie de l'occasion pour aller visiter en elle des souvenirs enfuis et anciens. Elle n'aurait pas eu le temps d'aller voir un peu plus à l'intérieur et en profondeur d'elle-même sans le confinement. Je n'en cite que très peu, et s'il y a eu des morts, la vie reste présente et d'une telle richesse. L'avantage que je vois aussi pour d'autres, c'est d'avoir oublié.

Pour conclure, durant ces deux années passées, il me semble que les personnes âgées ont subi bien des souffrances supplémentaires. En parallèle elles ont manifesté diverses modalités spécifiques de passivité liées aux risques encourus et aux contraintes subies. Les propositions non médicales comme les propositions d'animation, et les dispositifs d'art-thérapie, ont indéniablement eu des effets dynamiques, souvent difficiles à caractériser, mais de nature à faire bouger les attitudes, à favoriser un mouvement, une forme de changement. Il reste beaucoup à faire pour y voir plus clair, et trouver moyen de perfectionner ces pratiques...

Un lien pour voir le film du chant de la maison cantonale confinée :
https://drive.google.com/file/d/1qcpjsLJRi1t7UYjU_RMayESkjMd9gEsn/view

Quelques figures de la passivité en clinique gériatrique. *Frédéric JEANNIN*

Bonjour. Je remercie l'équipe du bureau de l'ARAGP pour son invitation et pour son accueil chaleureux, ici à Lyon.

Je propose de présenter trois courtes vignettes cliniques de figures de la passivité telle qu'elle est perçue, pointée par les équipes soignantes de gériatrie. A partir de ces trois situations cliniques, je proposerai quelques réflexions en lien avec le sous-titre de cette journée « accueils, écueils, risques et ouvertures », avec le référentiel théorique psychanalytique et en interrogeant le rôle de l'environnement et de l'objet.

Première vignette : Mme T, 86 ans, est hospitalisée en service de soins de suite et de réadaptation dans un contexte de chute à domicile. Elle a glissé de son fauteuil alors qu'elle voulait aller sur la chaise percée et est restée au sol. Cette dame avait une prothèse de genou et souffre de douleurs articulaires invalidantes (hanche et genoux). Dans le service de rééducation, la relation avec l'équipe soignante donne lieu assez rapidement à des plaintes de la patiente et des incompréhensions mutuelles. Les soignants disent de Mme T : « elle est passive, elle veut qu'on fasse pour elle, qu'on fasse les choses à sa place alors qu'elle peut, y compris pour se déplacer avec notre aide, pour faire sa toilette du haut, pour se coiffer. Ici, elle est en rééducation. Si elle veut rentrer à domicile, on ne peut pas tout faire à sa place... ». Et Mme T de se plaindre « je suis à l'hôpital, elles ne m'aident pas, elles pourraient me soutenir davantage ».

Deuxième vignette :

Mme H, 89 ans, hébergée et soignée dans une UHR (Unité d'Hébergement Renforcée), admise pour symptômes psycho-comportementaux à type d'idées délirantes de persécution, d'agressivité, déambulation, désorientation temporo-spatiale. Elle a un diagnostic de maladie d'Alzheimer avec possibles antécédents psychiatriques. Mme H participe à un atelier à visée thérapeutique autour de la médiation de mélodies populaires et du chant. Lors de plusieurs séances, 3 ans après le début du groupe, une soignante note « Mme H elle est passive, elle ne

chante plus, elle écoute, elle regarde mais elle ne chante plus, parfois, elle ferme les yeux, elle dort ».

Troisième vignette :

Mme R, 87 ans, admise en rééducation (fin 2019) pour perte d'indépendance fonctionnelle suite à une chute à domicile avec fracture vertébrale. Mme R vivait avec son fils à domicile. Elle a un diagnostic de démence mixte : maladie d'Alzheimer avec composante vasculaire, et le maintien à domicile était décrit comme limite par le fils (Mme R déambulait beaucoup la nuit, elle refusait les aides). Dans le service, elle récupère assez vite son autonomie fonctionnelle, sort de sa chambre, recherche le lien avec les soignants, les autres patients. Pour le repas de midi, comme Mme R. déambule beaucoup, les soignants installent sa chaise et sa tablette avec le plateau repas dans le couloir ce qui lui permet de voir plus de monde. Elle reçoit fréquemment la visite de sa famille. La survenue de la crise de la Covid19 en mars 2020 amène un confinement en chambre des patients hospitalisés, sans visite de leurs proches. Assez vite, les soignants décrivent chez Mme R un changement d'expression comportementale et parlent de « passivité » avec les signes et manifestations cliniques suivantes : elle chute de sa hauteur dans la chambre (deux chutes le 5^{ème} et 6^{ème} jour de confinement), elle n'ouvre plus la bouche pour prendre les repas, elle ne répond plus aux questions, elle devient apathique ...

Quelques commentaires, pistes de réflexion et questionnements en lien avec ces trois vignettes cliniques :

Les soignants situent la passivité à partir du comportement manifeste du sujet âgé. Elle est associée à un comportement par défaut (en négatif) au regard d'un comportement attendu productif, « actif-émissif » en reprenant la terminologie de Françoise DOLTO, du côté du «faire», de l'agir, de la mobilisation d'un effort, d'une énergie pour une action visible : faire la toilette du haut, mobiliser son corps, chanter, répondre par un échange verbal. La passivité serait une modalité d'expression par défaut, l'expression d'un manque chez le patient pour le soignant. En rééducation, quand le patient est pensé avoir des moyens fonctionnels préservés pour prendre part aux soins quotidiens, la passivité n'est pas très bien comprise ni accueillie. Le patient est vite suspecté de paresse, d'abus : « on n'est pas à l'hôtel ici » entend-on parfois. La passivité manifeste n'est pas forcément interrogée dans un tableau clinique plus global, ni

dans un fonctionnement psychique dynamique qui peut passer transitoirement par différentes phases. Elle serait plutôt un vilain défaut à rééduquer.

Revenons sur ces trois vignettes : Mme T a vécu l'expérience d'un événement inattendu de chute²⁹ (glissement au sol qu'elle n'a pu empêcher) et d'impuissance à se relever elle-même. C'est par l'appui sur son entourage familial puis sur le Samu et les équipes soignantes qu'elle cherche, nous semble-t-il, à retrouver petit à petit un sentiment de sécurité, en appui sur ces autres. La position qu'elle adopte (qui n'est pas immuable) est une position active d'attente, de demande adressée à l'autre de recevoir du « bon », du sécurisant, de l'agréable (qu'on la chouchoute, qu'on soigne sa chevelure), d'être réinvestie affectivement par l'équipe soignante. Cette situation fait écho à la phrase de René ROUSSILLON « *Freud a différencié les pulsions à but passif, dans lesquelles l'activité pulsionnelle vise à obtenir satisfaction en position passive, des pulsions à but actif, où c'est dans une position active que la satisfaction est attendue. Dans les deux cas, la pulsion est active, mais c'est la « posture » de satisfaction qui varie ; on peut se mettre activement dans une position passive* »³⁰. Chez Mme T., la situation clinique de « passivité » nous évoque 2 modèles : celui de l'étayage des pulsions sexuelles sur les pulsions d'auto-conservation, avec la recherche de plaisir partagé, de partage d'affect, autour de la satisfaction des besoins du quotidien. Mais au-delà de ce modèle, nous y repérons aussi la recherche d'appui sur l'objet fiable, malléable, suffisamment bon de WINNICOTT (fonction de handling et holding), protecteur contre des angoisses plus archaïques. Nous renvoyons au texte de Jean-Marc TALPIN « Tenir contre, ou l'étayage en opposition dans le vieillissement »³¹ lorsqu'il évoque la lutte contre la pesanteur assurée chez le nourrisson par l'objet maternel, lutte qui devient muette chez l'adulte en bonne santé et qui est réactualisée dans des situations de fragilité somatique. L'appui psychique s'associe à l'appui physique dans sa dimension d'étayage verticalisateur. L'effet de portance, de soutènement n'est pas purement physique ni strictement psychique mais il intrique soma et

²⁹OMS définit : « la chute est la conséquence de tout événement qui fait tomber le sujet à terre contre sa volonté » cité par ROOS C : « Des chutes en abîme, une chute en cache une autre... » *Champ psychosomatique*, 2008/1 no 49, pp95-112

³⁰ROUSSILLON R : Manuel de psychologie et de psychopathologie générale, Ed Elsevier Masson, 2018, p23.

³¹TALPIN JM : « Tenir contre, ou l'étayage en opposition dans le vieillissement », in VERDON B, GUTTON P. Fragilité et force du lien, Ed In Press, Paris, 2020, pp 129-153.

psyché et protège le sujet des angoisses somatopsychiques. Mme T. avait des moments de désorientation temporo-spatiale la nuit et de confusion, parfois également en journée. Elle exprimait des angoisses d'abandon, des affects anxio-dépressifs en lien avec les deuils antérieurs dont celui de son mari et des ruptures de lien dans l'histoire familiale. Elle exprimait de façon récurrente une peur du vide à la verticalisation. La kiné notait une rétroposition avec un appui sur les supports fessiers du verticalisateur plutôt que sur ses jambes. Cela s'est amélioré progressivement dans son lien avec une partie de l'équipe soignante et avec le passage d'un kiné homme, remplaçant, grand, sur qui elle prenait appui.

Loin d'être un vilain défaut, l'investissement sur le mode de la passivité serait une ressource dynamique du sujet âgé au service de la préservation de soi et du maintien de la balance d'investissements tant objectaux que narcissiques.

L'investissement sur le mode de la passivité pourrait-il être également une issue de sortie aux expériences de passivation, telles que les sujets âgés peuvent en vivre au décours des atteintes somatiques qu'ils subissent ? Issue de sortie transitoire voire privilégiée au plus long cours. Mme T se place activement dans une position passive-réceptive. Elle la revendique.

L'écueil, en n'accueillant pas ce désir de passivité comme mode de satisfaction, ce « désir de dépendance » qui s'avère adaptatif, serait la survenue possible chez le patient de mouvement de repli narcissique (investissement sur le corps propre), voire de glissement par retrait de l'objet.

Quelques réflexions autour la vignette de Mme H. en atelier chant/musique.

Mme H ne chante plus, ne bouge plus (auparavant, elle battait le tempo de la main). Les soignants situent cette passivité comme un constat de déclin, d'une perte en plus qui s'ajoute à la liste des atteintes réputées inéluctables en lien avec la démence. Le sujet serait soit actif, soit passif et la passivité recouvrirait la totalité du fonctionnement subjectif. Les moments d'analyse post-séances avec la psychomotricienne, et avec la soignante présente nous font repérer au fil de plusieurs séances à la fois une continuité de modalités d'investissement de Mme H vis-à-vis du groupe, des co-animateurs, un retournement de la polarité active/passive concernant l'objet de médiation (« chanter » devient « écouter chanter ») et en même temps un renforcement de l'investissement par le canal sensoriel du regard. Nous sommes plusieurs

à relever un regard appuyé, intense de Mme H qui cherche, fixe, capte les co-animateurs auprès d'elle comme si elle s'agrippait à nous et nous retenait à elle³². Deux-trois ans plus tôt, lorsqu'elle chantait pendant les séances, elle le faisait en fermant les yeux. Elle investissait peu le lien aux autres participants du groupe et recherchait déjà un lien privilégié aux professionnels (elle était tactile). Lorsque nous nous déplaçons dans le cercle et sollicitons de façon plus personnalisée Mme H, celle-ci reste éveillée, réceptive. Son visage est tout entier fixé vers celui ou celle qui chante vers elle et son regard intense nous fait vivre le couplage regarder/être regardé. Lorsque nous continuons de nous déplacer dans le cercle, Mme H. referme les yeux. Son faciès est apaisé, et l'enveloppe sonore du groupe semble être contenante pour elle. La psychomotricienne a relevé une évolution de la posture corporelle de Mme H, au début très sthénique, raide, vers une position corporelle plus détendue tout en restant tonique.

La vignette clinique de Mme H nous amène à souligner la cohabitation, la coexistence (et non l'exclusion) d'investissements à but passif (écouter chanter/écouter la voix humaine) et, par le biais d'un autre canal sensoriel, investissement à but actif (regarder). Cette idée est présente chez Freud dans « Pulsions et destins des pulsions » dans *Métapsychologie* : « *la transformation de la pulsion par le renversement de l'activité en passivité et le retournement sur la personne propre ne portent jamais, à proprement parler, sur tout le quantum d'affect* »³³. Freud parle de persistance l'un à côté de l'autre des stades de développement de la pulsion. On retrouve, dite d'une autre manière, cette idée chez André GREEN³⁴ :

GREEN, à propos de la pulsion, écrit (p1592) : « La solution que je vous propose est de continuer à partir du *postulat de la pulsion comme processus toujours actif*, mais de *considérer également que le couple activité et passivité* devrait être compris par nous comme *une propriété structurale de la pulsion*, c'est-à-dire que, à l'instar d'autres couples de la théorie psychanalytique, comme par exemple du rapport entre libido érotique et destructivité, de celui

³²Je pense au texte d'Alain FERRANT sur le travail de l'emprise et l'emprise de vie par différence avec l'emprise tyrannique : FERRANT A : Emprise et lien tyrannique. *Connexions*, 2011/1 no95, pp15-27

³³FREUD S : « Pulsions et destins des pulsions » in *Métapsychologie*, Ed Gallimard, 1968, pp 11-43, p30

³⁴GREEN A. Passivité-passivation : jouissance et détresse. *Rev Française de psychanalyse* 5/1999, pp 1587-1600.

qui s'attache aux échanges entre l'orientation vers l'objet ou le narcissisme, *chacun de ces deux termes est membre d'un couple qui ne peut se concevoir sans l'autre, à savoir que, même dans les formes où l'un des deux paraît dominer toute la scène, il est toujours habité par l'ombre portée de l'autre.*». On retrouve cela encore dans les « Leçons psychanalytiques sur le Regard et la Voix » de Paul-Laurent ASSOUN³⁵ : « *Le plus révélateur est que, en cette alchimie complète du Schautrieb (la « pulsion de voir »), chaque composante pulsionnelle – active/passive -, loin d'être dissoute dans l'autre, reste contemporaine de sa voisine* ». Paul-Laurent ASSOUN parle de « *couple pulsionnel* » ou de « *solidarité du "regarder" (schauen) et de "l'être regardé" (beschautwerden)*».

Le train de la passivité pourrait alors cacher un autre train d'investissement pulsionnel dont la posture de satisfaction est active, du fait de la diversité des zones sensorielles érogènes (FREUD). Par ailleurs, le train de la passivité inclurait dans ses wagons une part de mode actif (GREEN, ASSOUN). Contrairement aux apparences, et à ce qui est perçu par les soignants de gériatrie, le sujet ne serait pas totalement passif ou actif si on considère les investissements pulsionnels. Un des écueils est l'effet iatrogène d'un regard soignant strictement déféctologique qui ne repérerait plus les ressources du sujet qui réorganise les modalités d'investissements à l'objet et qui sont aussi à accueillir et soutenir. Si Mme H renforce cet investissement par le regard, c'est probablement que ce mode d'investissement à double polarité active/passive est source de satisfaction et s'ajoute à la satisfaction de la voix humaine entendue et chantée du groupe.

Dans la troisième vignette, Mme R présente un tableau clinique de désinvestissement avec repli sur soi, perte d'appétit, aboulie, apathie, ralentissement psychomoteur, atteinte de l'élan vital, chutes à répétition. S'agit-il d'un mouvement dépressif réactionnel ? voire d'un syndrome de glissement ? L'identification de la passivité chez le sujet âgé par les soignants tend à situer ce mode d'expression comme propre au sujet, inhérent au sujet. La situation de Mme R. nous conduit à interroger le rôle de l'environnement et des possibilités d'investissements préservées ou au contraire empêchées quand l'environnement humain, relationnel devient carencé, trop restreint, trop « inducteur de passivation », ou inadéquat. Le lien à l'objet interne de Mme R semblait reposer sur la régularité et la qualité des

³⁵ASSOUN P-L : Leçons psychanalytiques sur le regard et la voix. Tome1 Fondements, Ed Economica, 1995

investissements dans sa relation quotidienne aux objets externes : ses enfants notamment son fils - « son fils c'était tout pour elle » -, ainsi que les soignants et autres patients de l'entourage hospitalier. La rupture du cadre habituel et des liens pourvoyeurs de satisfaction semblent compromettre chez elle la possibilité même de vivre un mouvement pulsionnel permettant une satisfaction : l'investissement d'objet par le biais de l'hallucination mnésique (Marion PERUCHON³⁶) ou d'investissement sur le corps propre n'ont pas été une solution de repli possible. Une relance a été possible temporairement quand l'équipe médicale et soignante a levé exceptionnellement le confinement en chambre. Mme R. a retrouvé, au prix de quelques chutes, un allant et un élan vital mais le lien avec l'équipe soignante était modifié autour des préoccupations soignantes de renforcement des gestes barrières (laver plus souvent les mains de Mme R, laver les rampes de couloir, les poignées de porte). Le confinement en chambre a été réinstauré au bout de quelques jours car Mme R prenait l'ascenseur et allait dans des services dits non-Covid. Une nouvelle rupture est survenue avec la fermeture du service (juin 2020, réorganisation de l'hôpital pendant la crise sanitaire) et le transfert des patients dans un autre service de rééducation pour patients infectés par la Covid avec un effet délétère pour la patiente : accentuation de chutes, survenue d'un AVC, et décès dans le service.

Nous relierons cette vignette à la passivité-détresse évoquée par André GREEN ³⁷ quand il parle de la *Hifflösigkeit* chez Freud : « *Le changement de paradigme me semble devoir être situé avec la description de l'Hifflösigkeit... La détresse psychique nous montre que la réaction hallucinatoire du désir est non seulement totalement inopérante, mais peut-être impossible. Celle-ci plonge le sujet dans un état d'impuissance sans recours. C'est ce que j'appelle la passivation, qui rend l'idée de forcer quelqu'un à être passif* » et, page suivante : « *Avec la détresse plus rien n'est assuré du côté de cette quête de plaisir ou de sa possibilité d'être représentée dans un état psychique marqué à l'extrême par la perte de l'omnipotence et l'impossibilité de changer le cours des choses* ». Le traumatisme va au-delà de la perte de l'objet et de l'amour de l'objet. « *Elle concerne le sentiment d'existence même du sujet* ». Je

³⁶PERUCHON M : Le déclin de la vie psychique, Ed Dunod, 1994.

³⁷GREEN A. Passivité-passivation : jouissance et détresse. *Rev Française de psychanalyse* 5/1999, p1588

renvoie également au texte de Michèle GROCLAUDE et Frédéric BROSSARD³⁸. Les auteurs abordent la clinique du traumatique associée au confinement, commune entre autres « à d'autres champs cliniques connus dans le passé (abandonnisme, hospitalisme) », avec la problématique de « l'isolement physique et psychique du sujet par privation active imposée, et la perte de ses liens avec l'humain, donc avec lui-même ». On est dans le registre identitaire et la problématique d'existence.

André GREEN, René ROUSSILLON, au-delà de la référence à la seule pulsion, invitent le lecteur à considérer le couple « pulsion/objet » et l'importance du plaisir dans l'intersubjectivité. Qu'en est-il de la capacité des soignants aujourd'hui en EHPAD ou à l'hôpital de se rendre disponible psychiquement, de se prêter au transfert des patients sur eux, de supporter aussi un mouvement où le patient se met activement dans une position passive dans une recherche de holding et de partage d'affect ? L'enjeu de l'ouverture des professionnels à une certaine passivité du sujet âgé, c'est le soutien de la pulsion de vie et le maintien d'une satisfaction dans l'intersubjectivité.

Quand le sujet âgé en institution (Hôpital, EHPAD, UHR, USLD-SMTI) présente un tableau de passivité (au sens de désinvestissement), sommes-nous en mesure d'interroger le rôle éventuel, la « passivité » éventuelle de l'environnement au regard du fonctionnement psychique des personnes accueillies et de leurs attentes ? Je pense à cette phrase de Linda LEMAY, chanteuse québécoise dans sa chanson « La centenaire » : « *C'est que je suis avide mais qu'y a plus rien à mordre* ». Cette phrase me rappelle également les mots d'une patiente rencontrée cette semaine : Mme G. 94 ans, « *Je suis assise là comme un rien du tout. J'ai plus besoin de moi ce soir. On me parle pas, on me rigole pas. J'suis fatiguée de nouveau* ». « *Hier, j'ai vomi. J'me suis dit « c'est la fin, je laisse faire* » ». Nous retrouvons, derrière la plainte, la question de l'attente de l'objet et du partage d'affect, et la passivité comme issue de sortie à la passivation.

Dans les vignettes de Mme T. et de Mme H, le mouvement d'investissement pulsionnel et le mode de satisfaction avec sa composante passive restent du côté des pulsions de vie, de l'investissement d'objet et du narcissisme secondaire (pour Mme H, concernant le regard, il y a peut-être plus un investissement narcissique en miroir, en double). La vignette de Mme R. interroge davantage une déliaison entre les pulsions de vie et la pulsion de mort qui prend le

³⁸GROCLAUDE M, BROSSARD F : Vécu des résidents confinés en EHPAD : journal de bord, *NPG*, 2021/21, no126, pp 379-390.

dessus. Elle m'a conduit à questionner aujourd'hui le versant iatrogène et potentiellement mortifère de l'institution, que l'on soit en contexte de crise sanitaire ou en contexte ordinaire.

J'ai abordé jusqu'à maintenant la passivité telle qu'elle est perçue par les soignants. Comme il me reste un peu de temps, je propose de partager avec vous quelques figures de la passivité telle que je l'entends chez les sujets âgés, en entretien. Je différencierai la passivité comme plainte et la passivité comme aspiration, comme désir.

En tant que plainte, la passivité est évoquée et dénoncée comme situation de passivation (contrainte de subir), émanant des atteintes somatiques ou de l'environnement externe, avec son lot de désarroi, parfois de honte et aussi de fantasmes qui y sont associés.

Les exemples sont multiples. En voici quelques-uns :

. la contrainte de subir une perte de maîtrise des sphincters. Mme G, 94 ans, évoque l'apparition de l'incontinence, avec désolation.

. la contrainte de subir des hypotensions, sources de défaillance corporelle et de chutes à répétition chez Mr M, 88 ans.

. la contrainte de subir des soins d'hygiène dont le sujet âgé ne reconnaît pas la nécessité et qu'il n'apprécie pas (quand les soins sont sources de stress, d'inconfort, d'angoisses archaïques lors des latéralisations). C'est là que la thématique du sadisme/masochisme est convoquée : Mme V, 74 ans « ils le font exprès pour me faire mal », « Ça leur fait plaisir de me torturer ».

En tant qu'aspiration, désir, la passivité est recherchée du côté :

. d'un désir de dépendance à un objet pourvoyeur de satisfaction.

Le sujet se met en position d'attente réceptive. C'est la vignette de Mme T ou encore Mme S, 90 ans, qui demande à l'aide-soignante de lui appliquer une crème sur le dos « qui lui fait du bien » pour soulager ses douleurs plutôt que de ne lui donner *que* des antalgiques.

. d'un désir d'alitement qui va jusqu'à la clinophilie et le refus de se lever au fauteuil. Le sujet cherche à être porté physiquement et enveloppé par le matelas, bordé par les barrières du lit, par la couverture (retour au holding maternel). L'installation au fauteuil n'est pas toujours ressentie avec cette même vertu de portance, d'enveloppe (douleurs au siège, sensations de glisser au fauteuil, le sujet âgé se sent à la merci d'autrui pour se recoucher, ne maîtrise pas la

durée du lever). Ex : Mr F, hémiplegique, explique qu'il a plus de liberté de mouvement et d'action au lit que lorsqu'il est installé dans un fauteuil dit « confort ». Il se sent coincé dans le fauteuil-confort comme dans un carcan.

. d'un désir de sommeil, de fermer les yeux, qui oscille entre dormir pour se reposer (DOLTO parle du sommeil comme renarcissisation) et dormir pour ne pas se réveiller, dans une quête d'abaissement des tensions au niveau zéro. Charles BAUDELAIRE l'évoque dans le poème « Le Léthé » du recueil *Les fleurs du mal*, 3ème strophe :

« Je veux dormir ! dormir plutôt que vivre !

Dans un sommeil aussi doux que la mort »

On retrouve cette oscillation entre pulsions de vie et pulsions de mort et/ou principe de Nirvana. Françoise DOLTO évoque cette question du sommeil et de l'aspiration au sommeil dans « La vague et l'océan » :

« Ce qu'on appelle le Nirvana, c'est le repos dans le sommeil. Le sommeil permet une réfection beaucoup plus vivante encore que dans la vie éveillée consciente. Dans le sommeil, il n'y a pas du tout de mort. Au contraire, il y a une revitalisation sans les interdits de nos sentiments de culpabilité, de nos sentiments de narcissisme blessé. Le sommeil est vraiment une renarcissisation totale. La mort n'est pas une renarcissisation »³⁹.

Dans « L'image inconsciente du corps », elle écrit « *Le sommeil en effet se marque de la prévalence des pulsions de mort et de la mise en sommeil – littéralement – des pulsions de vie (sauf dans le rêve)* ⁴⁰».

Je m'arrêterai là-dessus et vous remercie de votre attention.

Bibliographie :

ASSOUN P-L : Leçons psychanalytiques sur le regard et la voix. Tome1 Fondements, Paris, Ed Economica, 1995

DOLTO F : La vague et l'océan, Paris,Ed Gallimard, 2003.

DOLTO F : L'image inconsciente du corps, Paris,Ed Seuil, 1984.

³⁹DOLTO F : La vague et l'océan, Ed Gallimard, 2003, p50.

⁴⁰DOLTO F : L'image inconsciente du corps, Ed Seuil, 1984, p35.

FERRANT A : Avons-nous l'âge de nos pulsions ? 28ème Journée de l'ARAGP, 16 janvier 2016, 9-21

FERRANT A : Emprise et lien tyrannique. *Connexions*, 2011/1 no95, pp15-27.

FREUD S : « Pulsions et destins des pulsions » in *Métapsychologie*, Paris, Ed Gallimard, 1968, pp 11-43.

FREUD S : *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Ed Gallimard, 1987.

GREEN A : Passivité-passivation : jouissance et détresse. *Revue Française de psychanalyse* 5/1999, pp 1587-1600.

GROSCLAUDE M, BROSSARD F : Vécu des résidents confinés en EHPAD : journal de bord, *NPG*, 2021/21, no126, pp 379-390.

GUTTON P : « De l'objet à l'Objet » in VERDON B, GUTTON P. *Fragilité et force du lien*, Paris, Ed In Press, 2020, pp 17-33.

PERUCHON M : *Le déclin de la vie psychique*, Paris, Ed Dunod, 1994

ROOS C : « Des chutes en abîme, une chute en cache une autre... » *Champ psychosomatique*, 2008/1 no49, pp 95-112.

ROUSSILLON R : *Manuel de psychologie et de psychopathologie générale*, Paris, Ed Elsevier Masson, 2018.

TALPIN JM : « Tenir contre, ou l'étayage en opposition dans le vieillissement », in VERDON B, GUTTON P. *Fragilité et force du lien*, Paris, Ed In Press, 2020, pp 129-153.

VERDON B. *Le vieillissement psychique*, Paris, PUF, 2013.