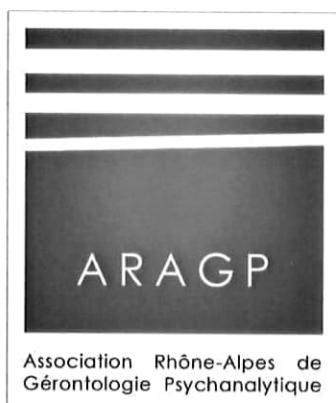




VIOLENCE DE VIEILLIR VIOLENCE DE SOIGNER

**22^{ème} JOURNEE D'ETUDE DE L'A.R.A.G.P.
LYON, 17 JANVIER 2009**

VIOLENCE DE VIEILLIR, VIOLENCE DE SOIGNER

Aborder la violence...

Se dire d'abord que, ne serait-ce que cette semaine, nous l'avons probablement tous croisée.

La violence et son large spectre aux mille nuances d'intensités.

La violence et ses strates d'émotions, de ressentis et d'actes mêlés, rebondissant généralement les uns sur les autres pour - au final - impliquer tous ceux qui la regardent.

Ne serait-ce que, cette semaine, dans les couloirs de l'hôpital où je travaille comme psychologue, elle aura eu pour moi plusieurs visages.

Puisque la problématique des violences nous confronte forcément à la question de la subjectivité, je vous propose de nous arrêter sur une seule de ces rencontres, en pariant que nous aurons tout au long de cette journée, l'occasion d'en partager bien d'autres.

La violence, je l'ai, par exemple, senti grandir dans les efforts immenses de cet homme au physique de boxeur, ancien typographe dans une imprimerie, frappé il y a moins d'un mois par un accident vasculaire et livrant, depuis, à chacune de ses phrases, une nouvelle bataille pour tenter, une fois encore, de partager quelques mots cabossés... L'entendre émietter les syllabes, butter contre les croche-pattes de sa voix étrangère, ressasser le goût amer des demandes qui n'arrivent jamais à destination : colère, frustration, emportement, la voix qui s'élève à défaut de transmettre quelque chose de son intention... Sa colère et une tristesse à faire grincer les dents, l'impuissance comme seul message intelligible à partager...

Ça peut passer par là, la violence.

Et, en équipe, se dire ensuite nos doutes quant à son avenir et à la pertinence de notre accompagnement. Que peut-on apaiser de cette souffrance ?

Se raconter les plateaux-repas auxquels il ne touche pas et qui traversent parfois la pièce, emportés par un mouvement de trop ; ses appels incessants, ses nuits de réveils en sursaut, ses maladresses qui deviennent, à force, agressives... Ses chutes, de plus en plus régulières, « dès qu'on tourne le dos » ajoute une aide-soignante ...

Et, tapie quelque part, l'idée que la mort rôde.

Parmi ses bouts de phrases hachées, des « *s'il vous plaît, s'il vous plaît* », des « *trop mal* », des « *qu'est-ce que je vais devenir ?* » en portant la main à sa tête. Quelques regards plus inquiets : « *il est quand même au troisième étage... son traitement est bien adapté ?* »

Constamment ouverte, sa porte devient l'une de celles qu'il est parfois difficile de franchir, si ce n'est pour les soins nécessaires, pour des actes techniques ayant leur rythme propre.

Et après ? L'accélération qui se dessine : complètement désemparé, son frère qu'il n'a jamais quitté, lâche devant nous des larmes en s'entendant dire qu'il « *ne peut plus le reprendre, qu'il ne va pas tenir...* » Ce sera donc le projet d'une entrée en institution. Parler avec lui de sa maison et de ses repères qu'il ne retrouvera pas. Un placement comme tant d'autres, qu'il faudra financer, et dont l'échéance va aussi dépendre de l'offre et de la demande : entre l'attente sur plusieurs semaines et – soudain – l'urgence de la place à prendre et à ne pas rater...

Violences plurielles...

Les violences constituent, d'une certaine manière, un objet insaisissable, risquant à chaque évocation de s'évanouir dans la multiplicité des représentations subjectives qui lui sont liées.

Et les questions sont, d'emblée, nombreuses, impliquant assez vite notre relation à l'autre, parfois vulnérable, bien souvent souffrant :

À quel moment la violence commence-t-elle ? Quand cesse-t-elle ? Que met-elle en jeu ?

Ce qui est violent pour moi l'est-il aussi nécessairement pour autrui ?

Ce que je ne supporterais pas, qu'est-ce qui me permet de le faire vivre à l'autre ?

Et, au travers de ma propre violence, ou de celle qu'il m'inflige et, que, pourtant je supporte, qu'est-ce que je lui signifie ?

La violence s'interroge et se caractérise décidément plus facilement qu'elle ne se définit.

Si les dictionnaires de psychanalyse ne lui consacrent aucune entrée directe, les autres en parlent comme d'un objet complexe :

- à la fois comme d'un état, une force intense et souvent destructrice (*on parle de la violence de la tempête, d'un choc, d'un caractère, d'une passion...*) ;
- ils en parlent comme d'un fait, caractérisé par l'abus de la force, dans le but de contraindre quelqu'un contre sa volonté (*faire violence à quelqu'un, et donc à ses droits, sans conciliation ni dialogue...*)
- mais ils abordent également la violence comme la résultante d'une interaction pulsionnelle particulière qui va générer chez la victime un douloureux vécu d'effraction : *Est violent ce qui fait violence* et, d'une certaine manière, c'est la victime qui va déterminer, au final, si l'acte est, ou non, violent pour elle.

Le mot " violence " n'est pas neutre, et les représentations négatives qui lui sont associées nous empêchent souvent de penser. Il puise pourtant ses racines grecques et latines du côté de la vie.

La violence participe, en effet, à la structuration psychique de l'être humain. Fondamentale pour la survie, elle permet à l'individu de s'adapter aux situations externes et, ainsi, de préserver ses chances de vivre et, peut-être, de vieillir.

Tout comme le normal et le pathologique, l'appréhension de la violence dépend des valeurs et des critères en vigueur dans une société ou un groupe, à une époque considérée, au regard de normes socioculturelles qui nous habitent, le plus souvent, d'ailleurs, à notre insu.

On peut, par exemple, se demander comment comparer la violence d'un geste chirurgical avec celle d'un tortionnaire ? N'est-ce seulement qu'une question de contexte et d'intention ?

Ce qui nous frappe, en tout cas, d'emblée lorsque l'on parle de la violence, c'est qu'il est impossible de dissocier les faits de la façon de les appréhender.

Et si j'ai pensé à ce Monsieur, blessé dans son corps, dans son autonomie, dans son avenir... c'est que cette rencontre a convoqué en moi d'autres effractions de violence :

- les troubles imprévisibles qui prennent toute la place et ralentissent la rééducation,
- la peur et l'angoisse qui se taillent les premiers rôles, découpant les nuits en morceaux,

- les comportements qui s'affolent, qui se crispent et engendrent des réactions soignantes « nécessaires » pour protéger les autres patients face aux cris ou aux menaces
- c'est la violence des chocs qui viennent s'inscrire dans le corporel et bouleverser les assises narcissiques
- c'est la violence du diagnostic qui traîne et qui colle comme une étiquette, modifiant les frontières nouvelles du monde
- c'est la violence d'avoir la sensation d'être « passé de l'autre côté », avec ceux dont la tête serait, à jamais, perdue
- c'est la violence de la solitude aussi, qui en contient tellement d'autres
- c'est, en filigrane, cette violence extrême à l'idée qu'il pourrait décider lui-même du terme de sa vie : passage à l'acte venant foudroyer nos pensées et nos mots, séisme aux répliques interminables...
- pour les soignants, cette vulnérabilité soudaine devenue leur pleine responsabilité fait violence
- comme fait violence le côtoiement quotidien de la souffrance, de la perspective à plus ou moins long terme de la fin de vie, de la dépendance et des douleurs que les soins ne peuvent pas toujours apaiser ou soulager
- l'accélération du temps fait violence, quand des décisions vitales et définitives doivent soudain se prendre en quelques heures, parce qu'une chute est venu briser l'équilibre ou qu'une place vient de se libérer et que c'est « *maintenant ou jamais... à prendre ou à laisser* »
- mais l'infinie répétition du temps rabâché fait également violence et, notamment, quand les structures organisées pour accueillir ces liens, ces services, ces rencontres... sont parfois occupées à aussi s'en défendre.

Violence de vieillir ?

Roger DADOUN l'évoque dans l'un de ses essais :

"La violence du temps creuse dans l'âme des pertes irrémédiables - mémoire fissurée, croulante ; de même elle creuse dans la chair, avec une aveuglante et précise efficacité cette empreinte qui se nomme vieillissement. Permanente et inflexible violence du vieillir..."¹

¹ Roger Dadoun, « La violence », Optiques Hatier, p. 53.

Quotidiennes et insistantes, les représentations sociales et les implicites véhiculées sur la vieillesse nous parlent également de ces contraintes : le sujet qui entre en vieillesse se doit de "bien vieillir" : pour lui, pour ses enfants et pour ses petits-enfants.

Il lui faut surveiller son hygiène de vie, son alimentation, préserver un corps jeune et dynamique. Il doit avoir des projets et des désirs ; il doit maintenir et entraîner son potentiel et ses capacités cognitivo-mentales et, surtout, rester tonique, vif, et alerte. Le sujet âgé doit tenir éloigné le plus loin possible de lui le registre des plaintes, des douleurs physiques, de la maladie et les manifestations de la diminution de ses capacités sensori-motrices.

Tout ceci condensé dans la remarque fulgurante de cette dame, chez qui un Alzheimer déjà avancé a été diagnostiqué, qui m'explique en pointant du doigt le bouquet apporté par sa famille pour Noël : *« Elles sont belles, hein ? On est pareilles elles et moi... Faut qu'elles fassent attention à ne pas faner trop vite... Quand elles fanent, les fleurs, on les jette »*.

Surtout que la vieillesse annonce et recouvre parfois les dernières étapes du parcours de vie. Terrible jeu de miroir : le parent qui vieillit nous rappelle qu'il est le dernier rempart, notre ultime protection contre notre propre mort. Le sujet âgé peut faire violence par ce qu'il laisse entrevoir de son corps et de son esprit qui s'abîment et qui se défont. Quelquefois, son corps n'est ni beau à voir, ni agréable à sentir.

Quand le sujet âgé nous joue le tour de ne pas bien vieillir, sagement, sans bruit ; de ne pas préserver une autonomie suffisante ; de ne pas s'occuper et s'intéresser au monde extérieur ; quand il nous oblige à "assister" à la longue et éprouvante dernière étape de sa vie, la souffrance psychique est toujours là et peut venir faire le lit de réactions de violences partagées. Envers lui, envers les autres.

En attaquant les liens, en réorganisant de force le temps et les espaces, le vieillir peut aussi rendre violentes les trames tissées par le couple et par la famille.

Il ne s'agit pas de juger ni de nommer des persécuteurs ou des mauvais objets, mais de comprendre que la responsabilité de certaines violences est d'abord collective et sociale avant de s'inscrire dans l'individuel, même si nous ne parlons ici que d'histoires éminemment singulières.

Violence de vieillir, violence de soigner ?

Associer les termes " violence " et " soin " pourrait, de prime abord, sembler paradoxal :

- la violence serait la manifestation du mal alors que le soin incarnerait le bien.
- La violence aurait une visée destructrice alors que le soin tendrait, sinon à réparer, du moins à accompagner des souffrances physiques, psychiques et même sociales.
- Le lieu de soin idéal devrait ainsi être préservé de toute violence, bulle de paix et de soulagement dans un monde de crise et de fracas.
- Mais cela pourrait-il être possible ? Et, surtout, au prix de quel déni ?

Restent des questions lancinantes :

Devant la répétition des symptômes d'une pathologie, que vais-je bien pouvoir faire de cette violence dont je deviens le destinataire en tant que professionnel, face à cette personne qui, depuis déjà trop longtemps, m'agresse, m'épuise et me fait perdre mes compétences ?

Que vont devenir les restes de cette violence partagée à chaque fois que le corps est " chosifié ", que le soin s'opère en absence de réelle demande, que la douleur est négligée, que des annonces sont assénées sans suffisamment d'attention à l'autre, sous forme de données scientifiques ou de statistiques impersonnelles ?

Privé de moyens, de temps nécessaire, d'occasions vitales de ressourcement, comment affronter la violence de certaines de ces rencontres sans endosser l'armure opératoire de l'efficacité attendue ?

Si les phénomènes de violence, aujourd'hui largement médiatisés², commencent à être mesurés au sein des établissements de santé, les faits restent souvent banalisés ou cachés. Pour les professionnels comme pour les patients : comment évoquer sa souffrance face à une violence ou un harcèlement dans un milieu où, culturellement, chacun est censé donner le meilleur de lui-même ? Restent alors les sentiments de honte, de culpabilité, de solitude...

Autant de pistes déjà repérées dans cette remarque de B. Brecht : *" On dit d'un fleuve qu'il est violent parce qu'il emporte tout sur son passage, mais nul ne taxe de violence les rives qui l'enserrent "*.

² Et parfois sous les coups de projecteur assez pervers de « caméras cachées », cf. l'émission de France 2.

Le philosophe E. Fiat³ relève également les différences entre des violences en creux (plutôt institutionnelles) et des violences en plein (plutôt humaines) :

« La mécanisation du soin est une violence en creux. Il faut être attentif aux goûts, à la pudeur, à l'intimité de la personne. Donner à manger, ce n'est pas que remplir un ventre, laver une femme ou un homme, ce n'est pas que laver un corps. C'est honorer une personne, c'est porter attention à sa singularité ».

Pour lui, le contraire de la violence ne réside pas dans la douceur, mais dans le respect (d'autrui et de ses droits). Ce raisonnement suppose une distinction entre la force et la violence : *« L'indiscrétion et l'indifférence sont des exemples de violence sans force. Regarder par le trou de la serrure n'implique pas la mise en jeu d'une force quelconque. L'indiscrétion est cependant une violence, parce qu'elle ne respecte pas ce droit légitime au secret, à l'intimité, à la vie privée. Il n'est pas non plus nécessaire d'être fort pour être indifférent. »*

Ouvertures.

Alors...

La haine, l'urgence, le couple, l'institution, le quotidien sont aujourd'hui inscrits à notre programme.

Face à la violence, quelles attitudes inventer ? Proposer ? Construire seul et à plusieurs ? Quelles pistes pour permettre un recul possible, une position de contenance aidée par la parole, ayant souvent besoin de ne pas s'en satisfaire ?

Et comment prendre en compte à la fois notre violence propre et celle de l'autre, pour éviter de répondre en laissant parler d'abord la violence qui est en nous ?

Une dernière citation : *« La violence sollicite directement la part de nous-mêmes que nous engageons dans notre activité professionnelle. Elle questionne autant le malade que le soin et les soignants. Car elle est avant tout une affaire de contenance avant d'être une question de contention... Cette contenance est affaire d'Homme, d'humanisme et de sensibilité, mais aussi de travail clinique, d'élaboration de l'interstitiel... La contenance dépend de notre capacité à penser et cette capacité de mise en pensée dépend directement de la qualité des*

³ « La négligence est-elle une violence ? », in *Revue d'éthique et de théologie morale*, n° 229, juin 2004, p. 27-34, Edition du Cerf.

*capacités de rêverie des soignants. Pour pouvoir être contenant, encore faut-il être dans un cadre qui le favorise »*⁴

Ces mots sont ceux de Laurent MORASZ à qui je vais maintenant passer la parole, en le remerciant une nouvelle fois d'avoir accepté de nous aider à faire face... et à porter certaines de ces interrogations.

Psychiatre à Lyon, vous exercez une activité libérale de psychothérapie psychanalytique et, si vous n'avez pas de pratique spécifique auprès de personnes vieillissantes, c'est une fois encore l'extériorité de votre regard qui nous a semblé stimulante pour nous aider à penser la violence, au fil de cette journée.

Directeur d'un Institut de Formation, vous intervenez régulièrement auprès de professionnels du champ psychique et avez consacré de nombreux articles et ouvrages à l'accompagnement des pratiques soignantes, à la lumière notamment des concepts psychodynamiques.

Parmi vos dernières publications :

- *Comprendre la violence en psychiatrie* (2002)
- *Prendre en charge la souffrance à l'hôpital* (2003)
- et avec François Dannet, *Comprendre et soigner la crise suicidaire* (paru en 2008)

Sébastien RICHER,
Vice-président de l'ARAGP

⁴ Laurent MORASZ, « La violence et le soin en psychiatrie » in Santé Mentale, n°82, nov. 2003

SOMMAIRE

Violence dans le soin.....Page 10

Laurent MORASZ

Violences ordinaires aux urgences.....Page 32

Véronique BLETTERY

Violence dans le couple.....Page 41

Françoise GREPET

Éléments de discussion à partir du texte de

Françoise GREPET.....Page 44

Pierre CHARAZAC

Ethique et violence.....Page 47

André QUADERI

« Je hais donc je suis » ou Tatie Danièle en institutionPage 52

Jean-Marc TALPIN

Mourir au petit feu des violences du quotidien.....Page 60

Mireille TROUILLOUD

VIOLENCE DANS LE SOIN

Laurent MORASZ⁵

I) Préambule

Pour commencer, je tiens à remercier Catherine ROOS et toute l'équipe de l'ARAGP de m'avoir convié à venir dialoguer avec vous aujourd'hui.

Il est vrai qu'initialement j'ai été quelque peu surpris par cette invitation, n'étant pas directement impliqué dans le champ de la gériatrie. Ma pratique m'a en effet amené à m'intéresser de près à la question de la violence dans le soin, mais sans aller jusqu'à développer d'expertise gériatrique particulière.

C'est ce qui explique, que lorsque Catherine ROOS m'a contacté, je pensais tenir là un argument me permettant de décliner habilement cette proposition intéressante –mais quelque peu aventureuse à mes yeux– ayant conscience de l'expertise nécessaire à la pratique gériatrique...

Seulement, Catherine ROOS avait prévu cette objection. Elle m'a donc d'emblée indiqué que c'était justement en raison de cette position d'extériorité que le bureau de l'ARAGP me sollicitait. Devant tant d'habileté et de force de conviction, l'évitement est vite devenu impossible, la passion et la force empathique de votre présidente déjouant de plus toute velléité d'hésitation...

Un peu plus tard, quand j'ai appris que Véronique CHAVANE était également l'une des responsables de l'ARAGP, les choses se sont éclaircies encore un peu plus.

⁵ Psychiatre, Psychanalyste, Directeur d'ANAXIS Santé (organisme de formation continue destiné aux professionnels de la santé).

En effet, j'ai eu la chance d'être interne en même temps que Véronique dans cet établissement qui nous reçoit aujourd'hui. J'ai donc supposé que Véronique et ses collègues tenaient à m'indiquer par cette invitation que j'avais vieilli.

En effet, quand nous nous sommes connus, c'était d'ailleurs – au sens littéral du terme – au siècle dernier, nous étions jeunes et plein d'avenir. Et nous nous retrouvons aujourd'hui, elle en tant qu'organisatrice de cette journée de travail et moi en tant qu'orateur.

L'un des premiers effets de cette journée sur la violence du vieillir a donc été de me faire prendre conscience – avec une certaine dose de violence je dois l'avouer – que nous aussi nous avons vieilli... Et que dans le nous, se trouve toujours un peu de notre moi...

Il n'existe donc pas de moyen d'échapper à cette problématique universelle du vieillir. Et encore moins quand l'ARAGP veille à vous sortir de vos défenses et de vos évitements.

Me voila donc aujourd'hui devant vous.

II) Parler de la violence du vieillir : une violence en soi ?

Ces quelques mots d'introduction m'amènent à faire un premier constat : il est impossible de s'approcher de la violence du vieillir sans en ressentir soi-même les effets.

Cette contagiosité est une double contagiosité. La violence, en tant que processus, mais surtout en tant que vécu, possède en effet en elle-même un potentiel de diffusion et de désorganisation très important ; potentiel de diffusion démultiplié par son association avec la problématique du vieillir, elle-même toute aussi contagieuse par son universalité et ses implications identitaires fondamentales.

Nous pourrions déjà, à ce stade de la réflexion, parler d'identification croisée, de transfert par retournement, d'identification projective et dissenter longuement sur les composantes transféro-contre-transférentielles de cette rencontre avec le vieillir, que l'on se place du côté du patient ou de celui du soignant.

Nous le ferons d'ailleurs plus tard car ces repères théoriques sont précieux dans nos pratiques. Mais gardons-nous pour l'instant de cette théorisation qui nous distancie déjà de

l'éprouvé immédiat de la violence du vieillir, pour rester, juste un peu, au plus près de cette contagiosité du vieillir, de ses questionnements et de la souffrance qu'elle implique.

Ce n'est donc pas seulement en tant que « psy » que je vous parle aujourd'hui mais aussi en tant que sujet, sujet d'une vie qui passe, sujet d'une vie qui avance, et qui en avançant s'éloigne inéluctablement de son point de départ... pour se rapprocher de sa fin...

Nous avons donc un double point commun aujourd'hui, celui de l'intérêt que nous portons à nos patients confrontés à cette violence du vieillir, mais aussi celui d'être collectivement et à égalité confrontés à cette même problématique.

A l'opposé des groupes d'anciens buveurs qui se réunissent alors qu'ils ne boivent plus, nous sommes donc aujourd'hui un groupe d'anciens jeunes et de futurs vieux qui nous réunissons pour parler d'un processus dans lequel nous finirons tous par être engagés.

Ceci étant dit, et ceci devant à mon sens être dit au seuil de cette journée, je vais maintenant vous parler sur un plan plus théorique de la question de la violence dans le soin. Je reviendrai ensuite à la fin de cette présentation sur certaines spécificités liées à la violence du vieillir.

Mon propos repose en partie sur mon expérience de thérapeute mais surtout sur ma pratique de formation auprès d'équipes soignantes.

III) Un premier repère : la violence dans le soin

A – Une patiente bien résistante...

La violence dans le soin a une réalité multiforme. Pour illustrer la complexité de ce qu'elle peut regrouper, je vais utiliser une situation évoquée par une de mes patientes. Céline est une jeune infirmière que j'ai rencontrée il y a quelques années, dans le cadre d'un travail psychothérapique qu'elle avait souhaité entreprendre, à la suite d'une séparation amoureuse un peu difficile. A l'époque des séances que je vais évoquer, Céline travaille dans un service de gériatrie.

Un matin, elle arrive visiblement angoissée à sa séance et se jette sur le divan. Je la trouve d'emblée très tendue physiquement. Elle ne dit rien pendant plusieurs minutes, puis lâche :

Lors des séances, elle raconte son vécu de la violence dans le soin, et comment elle se sent épuisée et démunie.

« un jour je vais en étrangler un... ». Et au milieu d'un torrent de pleurs elle m'explique alors qu'elle a été agressée quatre jours auparavant par une patiente de son service.

Cette patiente que l'on appellera Mme A, est hospitalisée depuis plusieurs semaines dans ce service de gériatrie. Décrite comme « démente » elle présente de nombreux troubles du comportement qui ont amené l'équipe à décider de l'attacher sur son fauteuil la journée. Cette contention vise à prévenir les chutes, mais aussi à éviter les nombreux déshabillages de Mme A ainsi que ses arrachages de perfusion et de pansements nécessaires à sa prise en charge somatique.

Seulement, ce matin là, un des infirmiers présent, opposé à la prescription de contention, a décidé de ne pas l'appliquer. Céline retrouve alors Mme A dénudée, le corps à moitié glissé hors de son fauteuil.

Elle propose donc naturellement à Mme A de l'aider à se rhabiller.

Ce que cette dernière refuse d'emblée en s'opposant de plus en plus fermement. Les choses se dégradent rapidement et Mme A finit par traiter Céline de « salope ».

Habitée aux insultes de cette patiente, Céline qui, dit-elle en tout cas, n'est pas touchée par ces propos, essaye le plus calmement possible de « la raisonner » en lui expliquant qu'elle ne peut pas la laisser nue.

Seulement Mme A. s'oppose d'abord physiquement à tout habillage, puis indique que les habits qu'on lui met ne sont pas les siens.

Céline essaye alors de proposer d'autres vêtements à Madame A mais son armoire ne contient qu'un chemisier et un pull que Mme A ne reconnaît pas non plus.

Céline lui explique alors qu'elle n'a rien d'autres à lui mettre et poursuit ses tentatives de rhabillage.

A ce moment là, Céline est penchée contre Madame A qui l'attrape par le cou, l'approche d'elle et essaye de la mordre. Céline se débat, Madame A lui crache dessus, lui bloque le cou d'une main et de l'autre lui attrape un sein en le tordant...

Céline lui attrape alors le bras, le serre - je cite - « comme une folle » et lui crie de la lâcher. Elle m'expliquera d'ailleurs s'être demandée si à ce moment là elle ne l'avait pas tutoyée « par réflexe ».

Passablement choquée, elle se rend alors dans la salle de soins pour interpellier ses collègues. Ces derniers l'accueillent gentiment mais en banalisant d'emblée le passage à l'acte qui vient de se dérouler.

Deux de ces collègues vont rhabiller Madame A, avec difficultés d'ailleurs. Céline poursuivra son travail jusqu'à la fin de son poste. Elle parlera le lendemain de ce qui s'est

passée au médecin du service et à la cadre de santé qui tenteront tous les deux de la rassurer en insistant sur le fait que l'important est « que Céline n'ait rien eu », en réduisant finalement l'impact de ce passage à l'acte à ses éventuelles conséquences physiques.

Cette situation ne sera pas reprise non plus en équipe et encore moins avec la psychologue du service dans la mesure où cette dernière est partie depuis six mois sans avoir encore été remplacée.

Voilà donc une situation assez banale mais très illustrative de la multifactorialité des processus violents dans le soin.

La violence est en effet à la fois un fait, une interaction, un processus, une pulsion et un vécu.

B – L'approche descriptive

Commençons par envisager cette situation de violence sous l'angle des faits. Sur un plan purement descriptif se mélangent une violence verbale (les insultes), une violence physique (l'étranglement, la tentative de morsure), une violence sexuelle (l'attaque des seins), mais aussi une violence psychique (par les crachats, par l'absence d'aide des collègues, par la banalisation du médecin et de la cadre de l'unité mais aussi par le sentiment d'avoir été victime de la décision – je cite - « irresponsable » du collègue qui décide unilatéralement de ne pas appliquer la prescription de contention).

Cette première approche descriptive nous montre ainsi que la violence, envisagée comme fait concret peut prendre de multiples formes en fonction de ses modalités d'expression.

De façon générale, dans les milieux soignants, les violences verbales sont désignées comme étant les plus fréquentes, les physiques comme les plus graves, quoique que décrites comme moins fréquentes que le vécu d'insécurité qu'elles génèrent pourrait parfois le laisser penser. La violence psychologique est quant à elle décrite comme la plus épuisante tandis que les violences institutionnelles sont unanimement pointées comme étant les plus intolérables.

Mais la violence n'est pas qu'un fait, elle est aussi un processus qui naît d'une interaction entre plusieurs facteurs déterminants.

C – L'approche interactionnelle de la violence

Envisageons donc maintenant cette situation sous l'angle interactionnel. Sur un plan interactionnel, nous pouvons considérer que ce passage à l'acte naît d'une rencontre entre un acteur (la patiente) et une cible (la soignante), au sein d'un environnement jouant également un rôle dans son déclenchement.

Cet épisode violent naît donc de l'intrication entre les déterminants de Mme A (ce qui inclut son caractère, sa psychopathologie, son état émotionnel et neurologique du moment, son histoire, son vécu de la situation), et entre les déterminants de Céline (qui incluent également ses propres éléments de personnalité, de vécu émotionnel et son histoire propre). Elle implique également les facteurs environnementaux (qui vont de l'architecture du service qui va plus ou moins favoriser le déclenchement de la violence, à la réaction des collègues en passant par la présence ou non d'observateurs). La même situation se serait en effet passée de manière différente si par exemple un membre de la famille avait été présent, et de manière encore différente en fonction de la réaction, du caractère et de l'attitude de cet observateur.

Nous voyons donc qu'envisagée sous un angle interactionnel, la violence procède d'une dynamique chaotique qui dépasse la simple accumulation de facteurs.

En effet, les facteurs déterminants que je viens de citer sont en interaction croisée les uns avec les autres. L'effet d'un seul de ces déterminants ne consiste pas seulement à être la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Ce seul déterminant, vient en effet à la fois remplir le vase (dans une dynamique cumulative), mais aussi faire réagir et donc modifier les autres facteurs (dans une dynamique chaotique). La dernière goutte d'eau n'est donc pas celle qui fait déborder le vase mais celle qui le fait exploser !

A contrario, une action préventive sur un seul de ces déterminants aura d'abord un effet quantitatif sur la somme des « excitations » en jeu, mais aussi et surtout un effet qualitatif modifiant les autres facteurs en jeu dans l'interaction.

Des changements simples qu'ils soient relationnels, organisationnels, voire architecturaux ont donc bien souvent des effets préventifs tout à fait significatifs parfaitement compréhensibles à la vue de ce que nous montre la théorie du chaos appliquée à la dynamique interactionnelle de la violence.

D – L'approche processuelle de la violence

Envisageons maintenant cette même situation sous un angle processuel. Dans l'exemple relaté par Céline, nous percevons bien que cette situation génère différents niveaux de processus violents. Nous sommes en effet en présence d'une violence dans le soin, par la violence dont est victime Céline. Mais nous sommes également en présence d'une violence du soin, par la violence dont est victime Mme A. à qui l'on impose un rhabillage non consenti, et qui plus est avec des habits qui – dans son vécu en tout cas – ne sont pas les siens. Et pour finir, nous sommes aussi confrontés à une violence institutionnelle par le lâchage dont est victime Céline tant par ses collègues que par son institution.

Alors, certes l'hôpital en question n'agresse pas intentionnellement Céline, pas plus que Céline n'agresse intentionnellement Madame A. Mais pour autant une certaine violence s'exerce sur elles. Car la violence est un processus qui se définit avant tout par son effet.

Il est vrai que le langage français fait du mot violence un terme relativement flou, qui désigne autant l'acte, que la motivation ou la manière d'être de celui qui l'agit.

C'est pourquoi la définition psychosociologique de la violence proposée par MICHAUD est intéressante. Pour cet auteur, " il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, en portant atteinte à un ou plusieurs autres, à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, ou leurs participations symboliques et culturelles ".

Cette définition un peu longue est extrêmement intéressante car elle inclue tous les types de violence dont la violence psychique. De plus, en laissant de côté ce qui relève de l'intention de celui qui agit l'acte violent, elle permet de qualifier la possibilité de souffrir de la violence d'un acte qui ne l'est pas forcément initialement. Par exemple, la mutilation physique exercée par un chirurgien qui doit amputer un malade pour le sauver, peut authentiquement être qualifiée de violence physique pour celui qui la subit, même si elle ne procède pas d'une intentionnalité violente de la part de son médecin. Parallèlement, la restriction de sortie posée par une équipe soignante pour protéger un patient peut être vécue par lui comme une violence exercée à son encontre même si elle est cliniquement justifiée.

L'action violente doit donc se concevoir comme une *action qui fait violence*. En ce sens, elle est basée sur la nature du vécu du fait plus que sur celle de son intentionnalité.

C'est donc le vécu subjectif de la victime qui déterminera l'aspect violent ou non *pour lui* de tel ou tel acte.

Tâchons de nous en souvenir avant de dire à un collègue bousculé par un patient que « cela n'est pas grave » ou que « cela fait partie du métier ».

E – L'approche intentionnelle de la violence

Abordons maintenant la violence sous l'angle de son intentionnalité. Cette question de l'intentionnalité est d'autant plus importante que le vécu de violence d'un soignant dépendra pour beaucoup de la représentation qu'il se fait de l'intentionnalité de son agresseur.

FESCHBACH, dans sa classification complétée par BANDURA décrit d'ailleurs trois types d'agressions en fonction du but de l'agresseur.

Le premier type d'agression est constitué par *l'agression motivée par une condition désagréable*. Dans ce cas le patient est violent dans le but de réduire ou d'échapper à un malaise, à un mauvais traitement ou à une situation stressante.

C'est par exemple le cas de ces patients acceptant difficilement le placement ou l'hospitalisation et qui essayent, parfois avec violence, de sortir de nos unités. Nous sommes ici devant une violence défensive.

Le second type d'agression est quant à lui constitué *par l'agression motivée par un facteur externe*. Dans ce cas le patient est violent dans le but d'atteindre un autre but que la blessure de l'agressé.

C'est le cas de certains patients prêts à bousculer les soignants pour obtenir de force la cigarette demandée ou tenter de prendre de la nourriture avant les autres. Nous sommes ici devant une violence instrumentale.

Le troisième type, *l'agression expressive* est quant à elle motivée par le désir de s'exprimer par la violence

C'est le cas de certains patients prenant un plaisir évident à terroriser les stagiaires du service ou d'autres malades plus faibles. Nous sommes ici devant une violence expressive dont le paradigme est probablement constitué par les patients aménagés sur un mode pervers ou psychopathique.

Le fait que cette violence exercée sur les soignants soit *défensive*, *instrumentale* ou *expressive* est fondamentale en pratique clinique quotidienne, tant elle éclaire la dynamique dans laquelle se situe le patient dans l'acte et dans ce qu'il vient signifier de lui.

Mais elle est aussi fondamentale dans le vécu soignant. Une agression défensive agie par un patient cherchant à échapper à un état de malaise sera souvent mieux vécue qu'une agression expressive donnant au soignant le sentiment de n'être pas respecté ou d'être utilisé dans une dynamique d'emprise et de jouissance perverse.

F – L'approche pulsionnelle

Cette question de l'intentionnalité de la violence nous amène naturellement à la question de la pulsionnalité qui sous-tend la violence. La question de la pulsionnalité violente est une question là aussi complexe. Je me contenterai donc d'en aborder deux modalités pulsionnelles : la violence fondamentale et l'agressivité.

La pulsion de mort est également intéressante à aborder, nous y reviendrons sans doute dans la discussion.

D'un point de vue métapsychologique, et en suivant les travaux de Jean Bergeret, nous pouvons distinguer deux pulsions violentes distinctes que tout oppose : la violence fondamentale et l'agressivité.

Rappelons que la violence fondamentale est une pulsion primaire purement défensive. La violence portée par une motion pulsionnelle de type violence fondamentale ne vise donc pas un objet au sens propre. Elle est une pulsion vitale défensive et anobjectale. En ce sens, elle est avant tout destinée à protéger la personne qui l'éprouve. Lorsque le passage à l'acte porté par un mouvement pulsionnel de type violence fondamentale atteint quelqu'un, ce n'est ni pour le blesser, ni pour en tirer du plaisir, mais plus simplement – et parfois plus radicalement d'ailleurs - pour éloigner le danger que cet objet fait porter sur le sujet concerné.

En ce sens il est probable que le refus initial et violent d'être habillé de Madame A. a été pour une part porté par un mouvement défensif de violence fondamentale d'autant plus important que l'effraction identitaire était amplifiée par la non-reconnaissance par Mme A de ses propres vêtements.

De la même façon, la réaction « réflexe » de Céline qui tutoie Madame A et qui se tente violemment de se dégager, sans conscientisation et sans professionnalisation de son propre mouvement, relève probablement de ce même type de motion pulsionnelle.

Voilà pour la violence fondamentale, véritable pulsion défensive de vie et de survie.

L'agressivité est, quant à elle, une pulsion plus secondarisée. D'un point de vue psychogénétique, elle naît de l'intrication pulsionnelle entre le courant libidinal et la violence fondamentale. L'agressivité est ainsi une pulsionnalité différenciée caractérisée par un plaisir ou un désir d'attaquer ou de nuire.

Dans la dynamique d'agressivité, l'autre – en tant qu'objet visé – est attaqué autant pour ce qu'il est que pour ce qu'il représente pour le sujet.

L'intentionnalité, vous le voyez est ici plus nette. L'agressivité rejoint la notion de désir et de plaisir à agresser (plaisir souvent inconscient faut-il préciser). Cette intentionnalité ne doit d'ailleurs pas forcément être conscientisée pour que l'agressivité se trouve constituée. Le mouvement pulsionnel lui-même suffit à la qualifier.

Ainsi quand Céline évoque en séance son envie d'étrangler un patient c'est vraisemblablement portée par une pulsionnalité agressive.

Cette agressivité exprimée est d'ailleurs chez Céline un signe de secondarisation et donc de « digestion psychique » des mouvements de violence fondamentale (les siens mais aussi ceux de Mme A auxquels elle a été confrontée).

Il en est probablement de même pour Mme A qui, confrontée à l'insistance de Céline, a du finir par basculer dans un mouvement d'agressivité. Céline dira par exemple avoir bien senti qu'au début Mme A se défendait mais qu'après elle avait eu le sentiment que Mme A ne souhaitait plus se dégager, mais au contraire retenir Céline pour lui faire du mal. Ce qu'elle a d'ailleurs fait.

Nous voyons donc que la violence fondamentale et l'agressivité sont souvent intriquées au sein d'un même passage à l'acte.

G – Pourquoi est-ce important de distinguer ces deux pulsions ?

La distinction de ce qui relève d'un mouvement de violence fondamentale, de ce qui relève d'un mouvement d'agressivité est d'une importance majeure en pratique clinique quotidienne.

La première raison est que cette analyse du moteur pulsionnel prévalent peut nous permettre de *mieux comprendre* ce qui a pu se jouer lors d'un passage à l'acte violent.

La seconde est que cette reformulation bi-pulsionnelle, en ouvrant un espace de représentation entre une pulsion défensive et une pulsion plus offensive vient très souvent « ouvrir » le champ de réflexion des soignants et *rétablir des capacités d'empathie*, en décondensant le collapsus provoqué par les effets psychiques de la confrontation à la violence.

En ce sens, la différenciation pulsionnelle lors d'un travail de réflexion et de mise en sens d'un passage à l'acte violent est un formidable levier de relance du travail de lien et de représentation et donc de la psychisation d'un agrégat douloureux sidérant.

Mais alors pourquoi avoir besoin de ce type d'outil alors que les « solutions » soignantes de prévention et de gestion de la violence sont simples et connues ?

Il suffit en effet pour gérer la violence de manière optimale d'être souple, créatif, accueillant, solide et distancié. Ce qui nous permet de rester empathique, authentique, accueillant, tolérant, reformulant et congruent dans la relation. Tout cela servi bien entendu par un appui tranquille sur une équipe formée, détendue, en nombre suffisant, dans un environnement adapté, respectant le besoin de temps de chacun, ses moments de fragilité et toutes les adaptations individuelles nécessaires lorsque l'on est confronté à l'humain...

Mais nous le savons tous, toutes ces conditions ne sont pas toujours remplies. Et même lorsqu'elles le sont partiellement, la nature même du processus violent nous pousse aux antipodes de ces positions pourtant structurantes et efficaces.

IV) Un second repère : les effets de la violence sur le soignant

Pour comprendre pourquoi la violence nous pousse naturellement à adapter des positions relationnelles contre-productives, nous allons nous arrêter un petit moment sur les conséquences psychiques de la confrontation à la violence et à l'agressivité.

L'exposition d'un sujet à une situation violente entraîne en effet l'activation de mécanismes psychologiques automatiques qui ont une fonction de défense destinée à maintenir à distance ou à maîtriser l'angoisse générée par la situation.

Alors, ces réactions psychologiques sont normales. Elles peuvent survenir chez chacun d'entre nous, de manière imprévisible et dans un dosage à chaque fois original, dépendant

autant de l'intensité de la violence à laquelle nous sommes confrontés, que de l'impact subjectif que peut avoir cette situation sur nous.

Si ces réactions –automatiques- contribuent à juguler l'angoisse qui nous étreint, l'expérience nous montre qu'elles sont parfois contre-productives ou paralysantes. En effet, ces réactions inconscientes, qui agissent comme des mécanismes de défense, peuvent parfois déborder leur fonction en nous entraînant dans une dynamique d'amplification de l'interaction violente.

Alors quelles sont ces réactions psychiques que nous pouvons avoir face à la violence ?

▣ **Les réactions de condensation et de nucléarisation**

La confrontation à l'agressivité amène d'abord une réduction des champs relationnels des protagonistes en les poussant à se centrer sur ce qui, selon eux, pose problème.

Dans notre exemple, Céline ne pense qu'à habiller Mme A et Mme A ne pense qu'à résister à cette volonté : c'est la *condensation*.

Sur un plan économique, cette réaction psychique liée à la confrontation à l'agressivité a comme effet pervers de favoriser le passage à l'acte en ce sens qu'elle fait converger dans un champ relationnel de plus en plus réduit, une charge pulsionnelle de plus en plus importante : c'est la *nucléarisation*.

Tout cela aboutit à une situation impossible. Chacun cherche en effet alors plus à convaincre l'autre de la légitimité de son propos qu'à le « rencontrer » dans ce qu'il a à dire.

Céline dira par exemple plus tard qu'elle ne comprenait pas pourquoi elle ne s'était pas arrêtée un peu pour parler à Mme A. d'autre chose que cette question de vêtements.

▣ **Les réactions spéculaires**

Cette condensation est servie par les réactions spéculaires (les réactions en miroir) induites par la violence. Les situations violentes ont en effet tendance à susciter chez celui qui le subit le même vécu indifférencié reposant sur une tendance à l'excitation pulsionnelle et au recours réactionnel à l'agir (qu'il s'agisse de colère, d'injonctions fermes ou de passage à l'acte).

Cette véritable identité de perception repose sur des mécanismes archaïques et très puissants (tels que l'identification projective...).

C'est ainsi que Céline dira que Mme A. l'avait tellement mise « dans tous ses états » qu'elle avait fini par avoir vraiment envie « de l'étrangler »...

▣ ***L'écrasement des fonctions de transitionnalité***

En effet, l'agressivité et la violence attaquent directement la transitionnalité, base du soin relationnel. La perte de cette capacité de jeu, de cette capacité de rencontrer l'autre, pousse à la radicalisation des positions, à la fermeture relationnelle, ainsi qu'à la perte de toute souplesse au profit de certitudes, de procédures, de rappel au règlement... Cet écrasement signe l'échec relationnel, et la fermeture de nos capacités soignantes d'ouverture sur l'autre.

Dans ce cas par exemple, Céline perd toute capacité de recul. Elle ne peut plus « jouer » relationnellement avec la patiente, ni avec le cadre.

La déliaison dans laquelle elle se trouve plongée balaie sa créativité, sa souplesse et son expérience au profit d'un raidissement autour d'un cadre qu'elle incarne (« je n'arrivais pas à la laisser dénudée même quelques minutes. Je ne voulais pas lâcher mais je ne savais pas pourquoi » dira-t-elle).

Plusieurs semaines après Céline ajoutait qu'après tout elle aurait bien pu la laisser déshabillée un peu, le temps de lui parler vraiment (au sens de la rencontrer plus que de la « contrer »), ou lui laisser simplement, dira-t-elle, le temps de se calmer.

▣ ***La sollicitation du contre-agir***

Nous voyons bien comment ces différents phénomènes placent le soignant dans un rapport de force assez rigide, qui nourrit et se renforce d'une tendance accrue à l'agir. L'acte appelle en effet l'acte. Cette sollicitation du contre-agir est au mieux *thérapeutique* quand elle est soutenue par une pensée préalable (comme quand on pose un acte rassurant ou apaisant par exemple). Elle est au minimum *palliative* quand elle est portée par une procédure acquise qui permet sa contention (comme lors d'une mise en isolement inévitable par exemple). Mais elle est au pire *spéculaire* quand elle repose sur une réaction en miroir contre-agie poussant à répondre sur le même registre que le patient dans une dynamique agressive réciproque qui n'est plus tiercéisée à ce moment là par un quelconque repère de soin.

C'est bien ce qui arrive à Céline qui répond de manière automatique aux actes de Mme A par d'autres actes amplifiant eux-mêmes le recours au passage à l'acte de la patiente.

Poussés par le raidissement provoqué par la perte de la transitionnalité que nous venons d'évoquer, les actes de Céline passent d'un statut de contre-agir thérapeutiques à un statut de contre-agirs automatiques anti-thérapeutiques eux-mêmes totalement engagés dans une dynamique violente de contre-agressivité.

▣ *La perte de la tiercéité*

L'ensemble de ces mécanismes de défense va ainsi entraîner une perte de la distanciation. De la distanciation psychique d'abord par l'impact effractionnel de l'agressivité sur les deux protagonistes. Puis, en crescendo, de la distanciation physique qui se traduit par ce corps à corps si particulier, sorte d'avatar dégradé d'une scène primitive vécue sous le sceau de la violence.

Cette perte de la distanciation qui aboutit à un éclatement des règles sociales est d'ailleurs ce qui explique le débordement agi de Céline, débordement qui a fait naître chez elle beaucoup de culpabilité.

Seulement, quand Céline réagit à l'attaque, ce n'est pas l'infirmière qui répond, c'est la personne. Cette perte de distanciation – conséquence directe de l'effraction psychique causée par la violence - explique d'ailleurs également le recours involontaire au tutoiement. Cette perte de distanciation est accentuée par la distorsion du rapport au temps induit par la confrontation à la violence. Face à la violence, l'immédiateté est en effet la règle. Le présent est surinvesti, le blocage préconscient global empêche la capacité d'attente, dont l'évocation même provoque parfois le déchaînement pulsionnel. Nous sommes dans le « tout, tout de suite ». L'attente équivalant au frustrant rappel du principe de réalité.

Mais cette tendance à l'immédiateté qui touche Mme A envahit aussi Céline.

Elle cherche elle-même une solution immédiate, répondant à Madame A avec la même précipitation que cette dernière met à s'opposer à toute solution négociée.

Alors, vu de l'extérieur, nous sentons bien qu'il aurait pu être utile de rétablir – dans la réalité – une forme de distanciation, probablement en se dégageant de ce déchaînement pulsionnel.

Mais pour décider de partir, de faire une pause, d'ouvrir un espace psychique permettant de trouver un lien avec Madame A., il aurait fallu qu'il reste encore un peu de cette distanciation. Ce qui n'était pas le cas ce jour là...

▣ *L'attaque des capacités de pensée*

Nous voyons donc que face à la déliaison à l'origine de la relation violente et face à celle qui en découle, les psychismes des uns et des autres ont tendance trouver appui sur des fixations régressives de type schizo-paranoïdes.

Quand cette régression est limitée, elle permet au soignant de s'adapter au danger de la situation en lui faisant vivre un vécu d'incertitude et de méfiance qui va accroître sa vigilance et lui permettre le plus souvent de faire face de manière optimale à la situation. Mais quand cette régression va trop loin, elle balaie tout sur son passage et place le soignant-sujet dans un état de détresse fondamentale et de danger mal défini.

Céline a très bien décrit la paralysie de ses capacités de penser et le gouffre qui s'est ouvert devant elle face à cette perte de repères.

Elle était seule, hors du temps, loin de tout repère connu, et confrontée à une personne qui lui voulait du mal...

Mais ce ressenti de Céline, n'est-ce pas aussi ce que pouvait ressentir Madame A ?

III) LA VIOLENCE DU « VIEILLIR »

Là où il est question de transfert par retournement, d'identification et de confusion des espaces...

Cette question importante nous amène à faire le lien entre la violence dans le soin que nous venons d'évoquer et la violence du vieillir.

En 2006, lors de cette même journée, Danielle Quinodoz a admirablement montré comment la confrontation au vieillir entraînait un mouvement de régression schizo-paranoïde s'accompagnant de l'émergence – ou plutôt devrais-je dire de la ré-émergence – d'angoisses de persécution.

Dans son développement, elle nous a rappelé que finalement le soin du « vieillir » consistait souvent à permettre une élaboration ou là encore une ré-élaboration de la position dépressive.

Avec cet éclairage, nous pouvons donc penser que le soin dévolu à l'équipe de Céline autour de Madame A consistait à aider cette dernière à « transformer » ses angoisses de persécution en angoisses dépressive.

Mais pour se laisser déprimer, encore faut-il ne pas aller trop mal...

La question de la violence du vieillir et de la violence du soin de la violence du vieillir nous confronte donc à une double problématique : celle du vieillir et celle de la violence.

Et ces deux problématiques provoquent les mêmes effets : à savoir l'apparition de vécus schizo-paranoïdes, l'émergence d'angoisses de persécution, la paralysie du système préconscient au profit d'une économie psychique plus archaïque, la perte des repères et l'ensemble des vécus émotionnels pénibles que nous avons détaillés tout à l'heure...

La situation est donc bien complexe.

Et cette complexité ne s'arrête pas là. En effet, en parlant de double problématique, nous ne parlons que de la problématique liée à un double processus : celui de la violence et celui du vieillir.

Mais ce double processus se double lui-même d'une double problématique d'objet.

Je m'explique : les effets de contagiosité de la violence, mais aussi de la problématique du vieillir vise bien entendu Madame A, mais ils visent aussi Céline...

Alors notre collègue, pour se sortir de cette situation, doit donc trouver le chemin permettant de rendre possible pour Madame A l'élaboration de sa position dépressive. Mais elle doit aussi - et de manière concomitante - trouver elle-même les conditions de la ré-élaboration permanente de sa propre position dépressive malmenée par la confrontation à la violence, au vieillir et à la violence du vieillir dans le cadre de son travail.

Il est probable que toutes les mesures tournant autour de la bientraitance ne pourront prendre de sens que si l'impériosité de cette double élaboration des positions dépressives réciproques est prise en compte dans l'organisation concrète des soins.

Car la confrontation au vieillir, à la violence du vieillir et à la violence qu'elle entraîne vient faire exploser un bon nombre d'appuis idéalisants sur lesquels nous construisons notre identité professionnelle.

Se confronter à ces problématiques, c'est rapidement se retrouver confronté à la déstabilisation de sa représentation idéalisée du soin, de notre représentation idéalisée de « bon » soignant, mais aussi de nos images idéalisées du « vieux ».

Quand par exemple, la douce grand-mère de notre enfance, vivant en nous sous forme d'objet interne, nous guide dans le choix d'être soignant, la chute est parfois rude quand au détour des portes on découvre plus de tatie danielle que de mamie gâteaux...

Jean-Marc Talpin nous éclairera d'ailleurs tout à l'heure sur ces Tatie Danielle, tellement présentes dans notre vécu collectif qu'un simple film aura suffi à transformer un personnage en nom commun.

Mais revenons-en à la carence préconsciente liée aux effets psychiques du vieillir.

Cette contagion des ressentis et cette confusion des espaces psychiques que nous avons évoqués ne procèdent pas seulement des mouvements d'identification que nous pouvons avoir. La carence préconsciente temporaire – ou plus durable – de nos patients, nous confronte en effet à des mouvements psychiques plus archaïques qui nous amènent, nous aussi, à ressentir des émotions appartenant pourtant initialement au psychisme des personnes dont nous nous occupons.

Parfois cette irruption d'un contenu psychique du patient dans notre psychisme procède d'un mouvement d'identification, parfois d'un vécu contre-transférentiel, c'est-à-dire d'une réaction psychique inconsciente de notre part en lien avec la place dans laquelle le patient nous met tout aussi inconsciemment.

Mais bien souvent, la déstabilisation des processus de liaisons psychiques chez les patients confrontés au vieillir, ainsi que les perturbations de la relation qu'ils provoquent, génèrent des processus transférentiels très particuliers comme peut l'être par exemple le transfert par retournement.

Je m'explique. De façon générale, le retour du non symbolisé ou du non symbolisable se fait par le biais des agirs et des perceptions somatiques.

Les patients confrontés à ce type de problématique vont donc le plus souvent court-circuiter la réalité psychique par le recours au passage à l'acte. Cette décharge cathartique leur permet pour un temps de se décharger du mouvement tensionnel interne autrement que par le biais d'une conflictualisation psychique structurellement ou fonctionnellement impossible.

Le non symbolisé se retrouve donc extrajecté en dehors du champ de perception du patient ce qui complique singulièrement le travail d'élaboration.

Le concept de transfert par retournement permet de comprendre comment une voie alternative est possible.

Cette modalité transférentielle spécifique décrite par René Roussillon, aboutit d'abord à ce que le patient, sur le modèle de l'identification projective, décharge son contenu psychique inélaborable dans le psychisme même du soignant.

Ce faisant, le transfert donc par retournement va faire éprouver à l'analyste ce que le patient a pu vivre dans le passé sans réussir à le symboliser.

Le patient ne transmet donc pas à ce moment là un vécu par des mots comme cela se passe classiquement dans la relation thérapeutique, il transmet un vécu sans mot, qu'il a vécu sans pouvoir se le représenter à l'époque, pour que le soignant le reçoive, l'éprouve, le pense et lui transmette en retour.

Ce sont donc les mots du soignant, qui donneront un sens et un vécu conscientisé à ce qui n'en avait pas.

L'utilisation du transfert par retournement s'entend le plus souvent dans un cadre psychanalytique et permet l'émergence d'un sens en lien avec des vécus précoces.

Un petit exemple pour illustrer cette notion de transfert par retournement. L'analyste de Mme B a régulièrement le sentiment que ses interprétations « tombent » en partie à côté alors même que les séances suivantes montrent qu'il n'en est rien. De la même manière, il éprouve souvent le sentiment lorsqu'il intervient, de « mal » tomber d'être en décalage permanent.

Ces impressions durent jusqu'au moment où cet analyste prend conscience qu'il se retrouve en fait lui-même dans la situation probable de Mme B., enfant, confronté à une mère hyperactive, toujours pressée, jamais totalement absente mais jamais totalement présente.

Ce décalage permanent dans le lien, dont n'avait jamais eu conscience Mme B a donc pu être travaillé par l'extrajection première de son éprouvé – et non pas de sa représentation – au cœur du psychisme de l'analyste et par la mise en mots secondaire du vécu lui-même par le psychanalyste.

Tout se passe comme ci Mme B. au lieu d'évoquer son enfance en présence de l'analyste, ne trouvait d'autre issue que d'envoyer son enfance dans la tête de son psychanalyste, ou formulé autrement d'envoyer son analyste dans les éprouvés de son enfance à elle, pour que ce dernier puisse, en les vivant directement, les repérer, les nommer et ce faisant offrir secondairement à Mme B une voie possible de symbolisation.

Pour synthétiser, dans son acception classique, le transfert par retournement consiste à trouver une voie de symbolisation dans le présent, de traumatismes anciens, par le passage par l'éprouvé direct du thérapeute.

R. Roussillon fait du transfert par retournement la voie privilégiée d'expression des traumatismes primaires, c'est-à-dire des traumatismes survenus chez une personne avant la maîtrise des mots de la parole.

A contrario, le traumatisme secondaire se définirait alors comme une blessure survenue à l'époque de la maîtrise de la parole et donc – à priori en tout cas - avec des mots pour le dire.

Mais la situation du vieillir n'entraîne-t-elle pas également parfois un état analogue à celui de l'époque où la maîtrise de la parole n'est pas encore acquise. Les troubles cognitifs, les pertes de repères liées au placement en institution, la désintrication somato-psychique souvent associée, n'entraînent-ils pas conjointement une configuration psychique analogue à celle des traumatismes primaires ?

Dès lors, nous pouvons penser que de nombreuses situations gériatriques, en raison des particularités des remaniements psychiques liés au vieillir, ne peuvent se faire entendre et donc se faire comprendre autrement que par le passage par ce type de modalité transférentielle.

Mais attention, dans ce cas, le transfert par retournement en situation gériatrique ne vient pas forcément « parler » de manière prévalente de vécus précoces, mais est une forme de mise en représentation privilégiée du vécu actuel de la personne vieillissante.

Alors qu'a fait Mme A avec Céline ? Doit-on considérer qu'elle l'a seulement agressé dans un mouvement d'opposition à valeur de symptôme qu'il faudrait réduire chimiquement ou physiquement ?

Ou doit-on considérer qu'elle a tenté par là de « communiquer » à Céline une part d'un vécu schizo-paranoïde qui ne trouvait pas de mots pour faire comprendre à Céline quelque chose que Mme A ne comprenait pas non plus elle-même ?

Et quand je parle de communication, je ne parle pas de celle des coups, des morsures ou de l'attaque des seins. Je parle de l'opposition, je parle du refus qui a précédé.

Ce qu'a transmis Mme A c'est sa perte de repères, son vécu de découragement, sa colère d'être à cette place, son incompréhension dans la relation, son impuissance à « toucher » suffisamment l'autre pour que ce dernier prenne en compte sa parole.

Seulement, Mme A au lieu de communiquer verbalement à Céline tous ces ressentis, ce dont son état psychique la rendait incapable a choisi, ou plutôt n'a pas eu d'autres choix, que d'utiliser ce transfert par retournement. Et c'est ainsi Céline, par son vécu d'impuissance, par sa perte de repères, par la désorganisation qu'elle ressent au plus profond d'elle-même qui nous indique ce que Mme A vient nous signifier à ce moment là.

Seulement, à ce moment là, Céline n'entend pas le mouvement transférentiel. Et ne l'entendant pas, elle laisse bien malgré elle la déliaison psychique au cœur du psychisme de Mme A qui n'a d'autres recours alors que le passage à l'acte physique pour se défaire de ce ressenti.

Tout se passe comme si le passage à l'acte physique survenait parce que le passage à l'acte psychique représenté par le transfert par retournement n'avait non seulement pas pu être entendu, mais avait entraîné Céline dans un état tel que cette dernière a avant tout pensé à s'en dégager, refusant par là le lien. Un lien bien étrange, un lien bien douloureux, un lien bien déstabilisant, mais un lien d'abord et un lien à l'image de ce qu'il transmet.

Dès lors, nous voyons apparaître le vrai visage de la pulsion de mort. Et ce vrai visage c'est celle d'une pulsion qui devient de mort parce qu'elle n'a pas pu ou pas su trouver l'autre.

Pour résumer, nous pouvons dire que Mme A n'a pas agressé Céline parce que Céline voulait l'habiller, elle l'a agressé parce que Céline ne voulait pas la laisser déshabillée, parce qu'elle ne voulait pas voir ce corps dévêtu de son enveloppe, à demi tombé à terre, en équilibre instable, à l'image de la situation psychique de Mme A à ce moment.

IV) SYNTHESE ET PERSPECTIVES

Nous voyons donc qu'il est indispensable de donner aux soignants les moyens de bien comprendre ces situations de violence liées au vieillir et au soin du vieillir pour pouvoir en accueillir l'expression, non pas comme un artefact du soin à éliminer mais comme l'expression transférentielle d'un vécu intime en quête de reconnaissance, d'accueil et de représentation.

Ces mouvements, ou plutôt devrais-je dire ces « échanges » psychiques parfois pénibles ont beaucoup été étudiés dans la relation psychanalytique. Mais n'oublions pas que la relation psychanalytique est naturellement tiercéisée et donc distanciée par le cadre si important en analyse.

Mais alors que devient ce cadre protecteur et symbolisant quand on partage le quotidien de mêmes patients pendant 8 ou 10 heures ? Que devient ce cadre distanciant quand on s'occupe, qu'on lave, qu'on porte, qu'on touche, qu'on contraint parfois le corps charnel de ces mêmes patients ?

Que devient ce cadre quand les choses concrètes à faire s'enchaînent tellement dans une journée que le soignant le plus empathique ne peut que se réfugier dans un fonctionnement opérationnel qui à force de l'être finit par devenir opératoire ?

Alors bien sûr, pour cela on dispose ici ou là de temps de psy assez distanciés – parfois trop d'ailleurs – pour justement aider les équipes à distancier tout ça.

Cette aide est bien entendu nécessaire. Mais elle n'est pas suffisante. Car nous voyons bien que cette élaboration passe par une difficile, douloureuse et toujours précaire ré-élaboration d'une position dépressive jamais totalement acquise. Et s'il est bien entendu que cette élaboration intime est à opérer au cœur de chaque soignant. Et s'il est bien entendu que nul ne peut faire ce travail à la place de chaque soignant. Il est tout aussi entendu que nous avons une responsabilité collective dans la mise en place de dispositif de soins et de modalités d'organisation, de formation et de réflexion qui permette ce travail.

C'est à ce prix que les pulsions même les plus violentes trouveront un Autre psychiquement vivant, psychiquement réactif et psychiquement résilient en face d'elle. Et c'est à ce prix que cet Autre, en accueillant cette pulsion en lui, évitera qu'elle ne devienne une pulsion de mort et ne se transforme en passage à l'acte violent.

BIBLIOGRAPHIE

BALIER C.

1988 *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, Paris.

BERGERET J.

1984 *La violence fondamentale*. Dunod, Paris.

MORASZ L

1998 *Le soignant face à la souffrance*. Dunod, Paris.

2002 *Comprendre la violence en psychiatrie*. Dunod, Paris.

2002 *Prendre en charge la souffrance à l'hôpital*. Dunod, Paris.

2004 *L'infirmier en psychiatrie*. Masson, Paris.

2008 *Comprendre et soigner la crise suicidaire*. Dunod, Paris.

ROUSSILLON R.

2000 Paradoxes et pluralité de la pulsion de mort : l'identité de perception. *In J. GUILLAUMIN et coll. L'invention de la pulsion de mort*. Dunod, Paris.

2001 *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Quadrige, PUF, Paris.

2007 *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique*. Masson, Paris.

2008 *Agonie, clivage et symbolisation*. Quadrige, PUF, Paris.

VIOLENCES ORDINAIRES AUX URGENCES

Véronique BLETTERY⁶

Les deux phrases le plus souvent relevées concernant les vieux aux urgences des hôpitaux généraux sont les suivantes : « La plupart des vieux entrent à l'hôpital via les urgences ». Et « aux urgences, plus on est vieux, plus on attend ».

Toute ressemblance avec des personnes ou des situations ayant réellement existé est totalement volontaire.

Je m'appelle Adélaïde. J'ai 89 ans. Je viens d'arriver aux urgences avec les pompiers. Je suis tombée dans ma chambre cette nuit. Je vis dans une maison de retraite depuis 15 jours. Comme je ne dormais pas très bien depuis que je vis là bas, le médecin m'a donné un petit comprimé pour dormir. Tout est « petit » depuis que je suis dans cette maison : j'ai une petite chambre, les infirmières m'appellent « ma petite dame » et le docteur me donne des « petits comprimés ». En tout, des « petits comprimés », j'ai compté, j'en prends 32 par jour : pour dormir, pour la tension, pour le sang, pour les douleurs, pour les nerfs, pour mon ulcère et aussi pour digérer. Le soir, comme je prends aussi mon Lasilix pour le cœur, je me relève toujours deux ou trois fois pour aller faire pipi. Cette nuit, quand je me suis relevée, j'étais toute embrouillée, j'ai glissé en descendant du lit.

Je ne sais pas très bien où je suis parce que je suis arrivée sur le brancard des pompiers et, pour le moment, je n'ai vu que le plafond. D'ailleurs, au plafond, ce sont des néons et ça me fait mal aux yeux. Mais pas question de me tourner, j'ai trop mal au dos et à l'épaule. L'infirmière qui m'a accueillie, elle avait pas l'air trop contente; elle a dit aux pompiers : « Y'avait pas de place ailleurs? Parce que nous, on a quatre heures d'attente ».

⁶ Psychiatre, Unité de Psychiatrie d'Urgences et de Liaison, Centre Hospitalier St Jean de Dieu / Centre Hospitalier Saint Joseph - Saint Luc.

Les pompiers, ils (y) avaient l'air habitués, ils (y) ont même pas répondu. Après, elle s'est tournée vers ses collègues et elle a dit : « tu connais, toi, la Résidence des Feuilles d'Automne », j'espère qu'ils les reprennent après... ». Elles ont un peu rigolé toutes les deux. C'est vrai que, Feuilles d'Automne, c'est une trouvaille comme nom, pourquoi pas « Les Chrysanthèmes »!

Bon, l'infirmière, en fait, elle n'est pas méchante ; elle a l'air débordé. Elle est venue me voir pour me demander où j'avais mal, elle m'a donné un remède pour la douleur et elle m'a dit qu'il y avait du monde avant moi, il fallait attendre pour voir le docteur. Après, elle est allée s'occuper d'autres personnes qui arrivaient. J'ai un peu peur parce que, à coté de moi (à ma gauche), y a un monsieur qui sent très mauvais et qui arrête pas de vomir. Il a l'air plein de petites bêtes ; j'espère que je ne vais pas les attraper ! De l'autre coté (à ma droite) y'a deux filles qui ont eu un accident de voiture. Elles sont très énervées et elles insultent tout le monde, surtout l'infirmière.

J'ai fermé les yeux et je me suis faite toute petite.

Ça a quand même été mon tour. Une dame et un monsieur en blanc m'ont emmenée dans une salle d'examen. Ils m'ont pas demandé grand chose. Ils discutaient entre eux et ils avaient l'air découragé : « Qu'est ce qu'on va en faire? » « Ben, je ne sais pas (chépa), de toute façon, y'a plus de lit nulle part ». Y m'ont quand même aidée à m'installer, avec une belle chemise bleue en papier et puis ils sont partis en me disant que le médecin allait arriver.

Je ne sais toujours pas où je suis, je suis toute seule, je sais pas si je peux bouger. J'ai de nouveau mal. J'aurais bien un peu soif, j'ai un peu froid et puis je vais pas tarder à avoir envie de faire pipi.

En fait de médecin, j'en ai vu plusieurs. D'abord, une petite jeune fille qui avait l'air d'avoir à peu près l'âge de ma petite fille Clémentine, celle qui passe le bac cette année. Elle m'a dit qu'elle était « externe ». Je crois que ça veut dire qu'elle est étudiante. Elle était tout douce et elle avait l'air aussi stressée que moi. Elle m'a dit qu'on allait faire des radios. C'est un monsieur qui m'a emmenée à la radio. Au début, je l'ai pris pour un docteur parce qu'il était habillé en blanc comme les autres. Il m'a dit « On y va, Mamie? ». Je déteste qu'on m'appelle Mamie. Mais ce brancardier, en fait, c'est plutôt un gentil garçon, il m'a raconté des blagues pendant que j'attendais mon tour. Après les radios, il m'a ramenée dans le service mais comme la salle d'examen était occupée par quelqu'un d'autre, il m'a installée dans le couloir. J'étais pas la première à attendre là ; on devait être une douzaine alignée en rang

d'oignons. Y' avait même une vieille dame qui était complètement perdue. Elle arrêta pas de déambuler d'un brancard à l'autre. Un docteur est passé, il a dit « c'est une démente déambulante ». Le brancardier m'a expliqué que c'était son mari qui était malade mais que les pompiers n'avaient pas voulu la laisser toute seule. Plusieurs fois, des infirmières lui ont dit : « Tenez-vous tranquille, sinon on va être obligé de vous attacher ». A force, ils avaient l'air d'être excédés. Ils lui ont mis une pancarte autour du cou : « si vous me trouvé (sic), ramener (sic) moi aux urgences ».

Moi, je bouge pas!

J'aurais bien envie de faire pipi mais sur la bassine, au milieu de douze personnes, ça m'a bloquée. L'infirmière a bien essayé de mettre un paravent mais ça n'a rien changé.

J'ai encore attendu longtemps et j'ai vu un docteur. Elle avait pas l'air trop contente, elle a dit que j'avais beaucoup trop de médicaments et que c'était pas étonnant que je tombe. Il faut dire que depuis que le Docteur M. que j'aimais beaucoup est parti à la retraite, j'en ai vu plusieurs. A chaque fois, on me rajoute un médicament.

L'histoire d'Adélaïde pourrait se terminer de plusieurs façons.

Première version

Adélaïde va passer la journée et, peut-être, la nuit aux urgences, sans doute dans un couloir. Eu égard à son grand âge, les soignants l'auront transférée du brancard à un vrai lit pour prévenir les escarres.

Au pire, entre ses nombreux médicaments, l'impossibilité de faire pipi en public et le stress, elle va se mettre en rétention d'urine. A minuit, elle va commencer à s'agiter ; à quatre heures du matin, elle sera délirante et croira voir des monstres qui veulent la tuer ou l'empoisonner (mais est-ce vraiment délirant ?). Elle tentera d'enjamber les barrières du lit. Le médecin urgentiste, débordé, prescrira une contention physique et une injection de neuroleptique (ce qui ne va pas arranger son globe urinaire). Le lendemain, aucun entretien n'est possible car Adélaïde va dormir pendant 48 heures. Elle est mutée en service de médecine où le diagnostic de rétention aiguë d'urine est posé et traité. Mais Adélaïde reste confuse, refuse de se lever et présente, lorsqu'elle est verticalisée par les kinésithérapeutes, une rétropulsion majeure rendant la marche impossible. Je m'arrête là et n'évoque pas le fameux syndrome de « glissement » qui risque de survenir.

Deuxième version :

Les médecins sont rassurés. Adélaïde n'a, autant dire, rien : une fracture du poignet : un « Pouteau-Colles », comme s'en font les enfants. Un plâtre et retour à domicile, le traitement est « orthopédique ». Ça veut dire non chirurgical ; ça veut dire aussi pas d'indication d'hospitalisation. Le problème, c'est qu'il est déjà 21 heures et qu'à la Résidence des Fleurs d'Automne, il n'y a pas de personnel la nuit. Le médecin et l'infirmière des urgences se concertent : pas de problème, on fait appel à une ambulance. Qui déposera Adélaïde dans son appartement de la Résidence vers deux heures du matin.

Troisième version :

Adélaïde va mieux. Elle a été soulagée de la douleur. On lui a installé une perfusion pour qu'elle ne se déshydrate pas. On lui a diagnostiqué une fracture du bassin (c'est pas grave, a dit le médecin, ça guérit tout seul), une fracture du poignet et le médecin a un doute sur un tassement de vertèbre. Elle a eu « de la chance ». Ça aurait pu être pire. Adélaïde trouve que c'est déjà pas mal ; elle ne voit pas bien où est sa chance, mais, bon...C'est le deuxième docteur qu'elle a vu qui lui a dit. Ou le troisième, Adélaïde ne sait plus très bien. Parce qu'il y a eu une « relève ». C'est comme la relève de la garde à Londres, sauf que tout le monde « relève » en même temps. Ça explique qu'Adélaïde ne reconnaisse plus personne parce que les infirmières, les médecins, tout le monde a changé, même le gentil brancardier qui lui faisait un clin d'œil à chaque fois qu'il passait.

Mais, avec tout ça, Adélaïde est transférée au premier étage. C'est encore les urgences mais avec des chambres. On lui a expliqué qu'elle est hospitalisée « jusqu'à demain » pour voir comment elle peut rentrer chez elle.

Le soir, au menu, truite aux amandes ; ça a l'air délicieux, Adélaïde aurait presque faim. Mais l'aide soignante, débordée, n'aura pas vraiment le temps de lui préparer sa truite. Et, avec un poignet dans le plâtre... Le lendemain, c'est encore des nouvelles têtes : un médecin, un autre (spécialiste des personnes âgées), une assistante sociale. A eux tous, ils ont réussi à joindre la fille d'Adélaïde qui était en vacances (Adélaïde aurait préféré qu'on ne la dérange pas mais, bon...), ils vont lui installer un système d'alerte pour les nuits. Ils ont aussi fait le tri dans ses médicaments. Adélaïde se demande ce que son médecin va en penser...

Lors d'un précédent colloque, nous avons repris l'idée, développée par Racamier, selon laquelle tout ensemble institutionnel possède un « malade type », circonvenant le territoire pathologique que l'institution est capable de reconnaître et de s'approprier.

Les sujets n'entrant pas dans le territoire ne sont pas adoptés comme malades et les soignants auront le sentiment de perdre leur temps. Les malades répondant au portrait type recevront une très grande masse d'attention et d'investissement. Les patients exclus de ce territoire seront délaissés voire franchement rejetés.

L'image de malade standard joue un rôle important, solidement liée au sentiment d'identité professionnelle des médecins et des soignants.

Le portrait du « malade type » va varier en fonction de l'éventail des malades accueillis, de la représentation qu'ont les soignants de leur identité professionnelle et, consécutivement, de leur représentation du malade. Les préférences, avouées ou non, des leaders médicaux de l'équipe entrent en compte mais, également, la diversité nécessaire des représentations au sein d'une même équipe.

S'il n'est pas toujours très facile de se représenter quel serait le portrait du « malade type » du service d'urgences, il est, à l'inverse, assez aisé de penser que le vieux n'entre sans doute pas dans les représentations des soignants ayant demandé à venir travailler aux urgences.

Les patients les plus habiles s'arrangent, à leur insu, pour « fabriquer » une pathologie aussi proche que possible de celle que figure l'image type. Or, s'il existe une définition de la sénescence sur laquelle un certain nombre d'auteurs semble d'accord, c'est celle-ci : la vieillesse est une réduction de l'adaptabilité. Non seulement le vieillard est loin d'être le patient idéal, mais il a aussi moins de capacité d'adaptation qu'un autre.

Encore plus que dans d'autres services, le soignant des urgences est un héros des temps modernes. Un « cow boy » ! Sauver le monde est ce qu'il désire le plus. Invulnérabilité et toute puissance sont des fantasmes prégnants chez l'urgentiste.

Soigner, c'est faire le choix de sauver l'autre en le réparant pour le maintenir en vie. Le soignant est aussi un sujet phobique. Soigner est une attitude contra-phobique face à la mort. Côté la mort au quotidien est une façon de tenter de la maîtriser, de se conforter dans sa position d'immortel, la mort se concrétisant dans le corps de l'autre, le soigné.

Le sujet âgé va mettre à mal l'illusion soignante car il n'est pas facile à « réparer ». Le sujet âgé fait appel plus aux capacités des soignants à « prendre soin » qu'à leurs possibilités de guérir. Le vieillard est tout simplement irréparable et le désir du soignant ne peut être satisfait. La mort est l'ultime issue.

Dans ces conditions, tous les ingrédients sont présents pour que la rencontre entre l'urgentiste et le sujet âgé repose sur un « malentendu ». Le risque est que la relation s'instaure sur un mode d'emblée sadomasochique pour lutter contre la menace narcissique que représente un vieux à la fois trop défailant et insuffisamment gratifiant.

On assimile souvent souffrance et épuisement des soignants. Aux urgences, l'épuisement peut venir de l'incessante répétition de situations jamais métabolisées. La souffrance peut naître de l'incapacité à supporter le décalage entre motivations soignantes et impossible satisfaction de celles-ci.

Si les patients mettent des mécanismes de défense face à l'irruption de l'angoisse de mort et de l'angoisse de castration causées par la maladie, les soignants élaborent des mécanismes de défense vis à vis des patients, de leur souffrance et des angoisses qu'ils dégagent.

Un étudiant en médecine, récemment rencontré, pensait que ces mécanismes de défense n'ont pas le temps d'apparaître aux urgences et ne sont observables que dans des unités d'hospitalisation.

Au contraire, du fait de la temporalité particulière des urgences, de la brutalité de la rencontre, du fait que les protagonistes ne se sont pas « choisis », les mécanismes de défense, de part et d'autre sont souvent les moins élaborés et les plus archaïques.

Le plus souvent, heureusement, les impératifs déontologiques ainsi que les formations réactionnelles empêchent l'expression de l'agressivité, qui peut rejaillir par des voies détournées.

L'évitement, l'absence de rencontre, est un mécanisme de défense simple et courant qui n'est pas forcément totalement dénué d'agressivité. En voici un exemple :

Mme Z est une femme de 95 ans que je découvre un lundi matin inconsciente au fond d'un lit lors du tour avec les urgentistes. On m'explique qu'elle a fait une tentative de suicide aux benzodiazépines. Elle est arrivée il y a un peu plus de 24 heures. Seuls des « soins de confort » ont été prodigués, rangeant d'emblée Mme Z dans la catégorie des mourants. Les médicaments ingérés n'ont pas de potentialité létale propre. Ils peuvent être mortels mais par le biais des complications qu'ils entraînent. Habituellement, et surtout chez les sujets fragiles, un médicament antidote est administré, avec pour effet le réveil relativement rapide du sujet. D'après ce qu'on m'explique, Mme Z n'a pas d'antécédent notable, ni somatique, ni psychiatrique. Elle présente une autonomie correcte aussi bien sur le plan cognitif que moteur. Elle a récemment pris la décision d'entrer dans une institution, plus dans l'idée

d'épargner son entourage. Son déménagement a eu lieu il y a quelques jours et les petits enfants ont décrit un retrait relationnel quasi-immédiat.

Le médecin urgentiste a pris la décision « de ne pas réveiller » cette patiente et de « laisser faire la nature », en accord avec les petits enfants qui ont laissé entendre qu'« ils ne voulaient pas d'acharnement » et puis « c'est ce qu'elle a choisi ».

Mon étonnement et la discussion entre psychiatre et urgentiste autour de Mme Z nous amèneront à mettre en œuvre un traitement médical simple (de l'Anexate) sans passer par un service de réanimation. Ce traitement permettra, par chance, à Mme Z de récupérer sans séquelle. Sur le plan psychiatrique, Mme Z. présente un syndrome dépressif réactionnel d'allure existentiel, en lien avec sa prise de conscience récente de perte d'autonomie. Il s'agit d'un syndrome dépressif, le plus souvent facilement accessible au traitement médicamenteux et psychothérapique. J'aurai pendant deux ans des nouvelles de Mme Z. qui a, par la suite, réussi à se construire une vie dans la Résidence qu'elle avait choisie.

Un autre mécanisme de défense consiste à figer le corps dans son aspect fonctionnel, à se cantonner à l'aspect technique et techniciste de la médecine, dans l'agir. C'est le cas lorsque, refusant l'issue fatale, des médecins se lancent dans une réanimation désespérée d'un sujet âgé, arrivé mourant aux urgences.

Les réactions contre-transférentielles négatives peuvent avoir pour objets, non seulement le vieillard, mais son entourage et, en premier lieu ses enfants. Ces derniers sont l'enjeu d'un jugement moral, attirant sur eux les projections agressives des soignants.

Il n'est pas rare d'entendre aux urgences les soignants émettre entre eux de tels accusations : « Encore une famille qui se débarrasse de son vieux aux urgences », quand les enfants eux-mêmes ne sont pas sommés de venir récupérer leur vieux car « ce n'est pas notre travail; si ne pouvez pas le garder, il faut le mettre dans une maison, voyez ça avec votre médecin traitant ».

Comme le faisait remarquer Laurent Morasz dans l'un de ses ouvrages, il est plus simple à l'heure actuelle à l'hôpital général d'obtenir des moyens pour réaliser un n^{ième} scanner à un patient (histoire de mesurer l'évolution de la tumeur, même si des soins palliatifs ont été décidés) que de bénéficier de temps soignant pour permettre aux personnels de prendre le temps d'exprimer leurs ressentis, de faire le deuil d'un patient...

Or, aux urgences, prendre le temps et s'arrêter pour penser peut être suspect. Agir est le maître mot. C'est toute la complexité de la place du psychiatre aux urgences : il doit être, à la fois, un soignant auquel les urgentistes peuvent s'identifier, faire partie d'une équipe mais,

aussi défendre une position toujours décalée. Le psychiatre défend un temps différent, un temps psychique et doit tenir le fait qu'il est parfois urgent de se donner le temps.

C'est ce que défendent à la fois psychiatres aux urgences mais aussi urgentistes ayant défendu la présence de psys dans leur service.

La pluridisciplinarité des urgences est une nécessité au regard de ce que nous disions plus haut de la nécessité d'une diversité des représentations dans un même service.

BIBLIOGRAPHIE

BERGER M.

(1978), Soins aux mourants, in Psychothérapies médicales, J. GUYOTAT, Masson

BLETTERY V., ZACHARY N.

(2008), Conflits aux urgences, in Conflits et conflictualités dans le soin psychique, M. SASSOLAS, Erès

HUGONOT R.

(1998), La vieillesse maltraitée, Paris, Dunod.

(2007), Violences invisibles, Paris, Dunod.

JEAMMET P., REYNAUD M., CONSOLI S.

Psychologie Médicale, Masson

MORASZ L.

(2003), Le soignant face à la souffrance, Paris, Dunod.

RACAMIER PC.

(1993), Le psychanalyste sans divan, Paris, Payot (3^{ème} édition)

TREGOUET S.

(2006), Une relation impensable, Soins Psychiatrie, 244

TROUILLOUD M.

(2000), Les défaillances dans les soins gériatriques, éléments de compréhension. Gérontologie et Société ; 92, mars 2000.

SITES ET ADRESSES COMPLEMENTAIRES

L'express.fr : Vieillesse : la mort par négligence, 19/10/2006

Le post.fr : Médecine : où mettre nos vieux ? 13/01/2008

<http://grangeblanche.hautefort.com> : (blog) La vieillesse est un naufrage et la polymédication un iceberg...17/11/2007

VIOLENCE DANS LE COUPLE

Françoise GREPET ⁷

Mr V. est hospitalisé à quatre reprises dans le service de gériopsychiatrie sur une durée de deux ans environ.

A la première hospitalisation, il est admis pour agitation hétéro et autoagressive, il se présente comme mélancolique : il est prostré, il ne parle que très peu, il s'absente de la relation, il dit que sa mort débarrasserait tout le monde.

Il vient d'un service de soins de suite où il est hospitalisé avec son épouse. Celle-ci est en rééducation à la suite d'une fracture de la jambe.

Mr V. est suivi par ailleurs pour un cancer de la prostate, actuellement en rémission complète.

Un traitement par sismothérapie l'améliore rapidement : il a pu rendre visite à sa femme, elle-même est venue le voir dès que son état le lui a permis.

Le couple demande un retour à domicile qui se concrétise rapidement bien que Mr V. exprime une certaine réticence la veille de son départ.

Les hospitalisations suivantes se déroulent selon le même scénario, Mr V. frappe violemment son épouse, il ira jusqu'à lui asséner un coup sur une plaie en voie de cicatrisation.

Mme V. décrit ce qu'elle appelle son calvaire.

Dans le service, Mr V. s'exprime en ayant recours aux actes : bris de matériel ; menaces verbales, propos injurieux. Parfois une gifle ou un coup de poing partent.

C'est la plupart du temps au moment où les soignants prennent soin des autres patients.

⁷ Psychologue, Lyon.

Ces propos sont toujours les mêmes : « je deviens fou ! ». Il lui arrive de s'excuser en disant qu'il ne sait pas ce qu'il lui a pris.

Malgré cette violence les membres de l'équipe soignante tentent de mettre en place des moments de soins par le biais de bains qui ont pour but d'apporter une détente corporelle, un bien être. Le plaisir que Mr V. éprouve est de courte durée, très vite il les refuse.

Lors de la seconde hospitalisation Mr V. fait une chute volontaire, une fracture de la jambe le rend dépendant des soins infirmiers qu'il recherche et ne supporte que difficilement.

Pendant des semaines, il se déplace en fauteuil roulant jusqu'à ce qu'il puisse se servir d'un déambulateur.

Lors des entretiens de couple, Mme V. se montre exigeante voire violente dans ces propos, elle doute des soins prodigués à son mari.

Mme V. nous fait part de ses représentations de l'hôpital. Pour elle c'est un lieu néfaste qui rend malade : elle craint que le suivi des problèmes somatiques ne soit pas respecté.

Elle se persécute contre le corps médical et les soignants qui ne répondent pas à ses attentes.

C'est pour prendre soin de lui qu'elle se rendait les jours à l'hôpital général. Ensemble ils se sont battus contre la maladie. Cette « lutte » a permis de la surmonter.

Aujourd'hui, elle ne peut pas penser qu'elle ne « triomphera » pas de la dépression de son conjoint.

La nourriture est au centre de ses préoccupations, elle lui apporte à manger chaque jour.

Elle semble avoir tout oublié de ce qui a conduit son mari à l'hôpital : elle ne supporte pas de le voir dans cet état de mutisme et de dépendance mais séparée de lui il ne lui reste plus qu'à mourir.

Le départ en vacances du médecin amènent Mr et Mme V. à verbaliser leur vécu de catastrophe : si l'un des deux venait à mourir, l'autre ne pourrait pas lui survivre.

Au domicile, Mme V. n'accepte aucune aide.

De l'histoire de chacun nous retenons que Mr V. a été un enfant soumis à la maltraitance de sa mère célibataire pendant de nombreuses années. Il a été placé en famille d'accueil, famille qu'il quitte pour partir à la guerre d'Algérie. Les violences de cette guerre sont toujours présentes en lui, il fait des cauchemars toutes les nuits dit-il, il ne peut pas en parler, pas plus qu'il ne peut évoquer sa mère.

Mme V. a perdu son père très jeune, il est décédé accidentellement. Elle garde une grande colère en elle : le coupable n'ayant pas été retrouvé, l'accident n'a pas entraîné de réparation, La famille en l'absence du père s'est trouvée en grande difficulté.

Mr V. et son épouse n'ont que peu de représentations de ce qui se passe l'un pour l'autre quand ils sont séparés. Mme V. se sent seule, abandonnée de tous.

Mr V. ne sait pas ce que fait son épouse.

A chaque hospitalisation, après quelques semaines, inlassablement, pourrait-on dire, le couple hésite entre la séparation, aller dans une résidence pour l'un et dans une maison de retraite pour l'autre pour finalement faire pression, décider et organiser un retour à domicile qui se termine en catastrophe.

Se séparer est impossible : pour Mme V. c'est prendre le risque d'être malheureuse, d'en mourir, mais être ensemble revient à prendre le risque qu'il lui arrive quelque chose de grave.

Après un nouveau retour à domicile, Mr et Mme V. mettent un terme aux entretiens les trouvant trop contraignants. Nous sommes confrontés à un arrêt brutal de la prise en charge. Les liens sont rompus jusqu'à une dernière hospitalisation dans les conditions identiques aux précédentes, au cours de laquelle Mme V. fait part à son mari de sa décision de rupture. De ce fait, un placement en maison de retraite pour Mr V. envisagé, il décédera rapidement, entouré de son épouse.

Au cours de cette prise en charge, les soignants ont été confrontés à la violence de chacun des membres du couple. Il en a été de même pour les thérapeutes qui voyaient Mr et Mme V. régulièrement en entretien, à un moment ils n'ont pas pu ou su contenir le risque de catastrophe exprimé, (crainte que Mme V. se suicide), ils ont intégré une infirmière extérieure dans les entretiens comme une sorte de rempart possible contre la menace de recours aux actes. Puis ils n'ont pas su résister à l'attaque du couple : « c'est trop contraignant, ça ne sert à rien..., » subissant pour certains d'entre eux la violence de la rupture, violence qui se répètera quelques semaines plus tard au sein du couple.

ELEMENTS DE DISCUSSION A PARTIR DU TEXTE DE FRANCOISE GREPET *VIOLENCE DANS LE COUPLE*

Pierre CHARAZAC ⁸

Comme discutant de Françoise Grépet, j'ai choisi d'aborder sa présentation clinique du point de vue de la relation de dépendance qui s'instaure dans le couple âgé lorsqu'un des deux partenaires est atteint d'une maladie invalidante. Je centrerai cette courte intervention sur la manière dont la maladie et la dépendance tombent sous la coupe de l'omnipotence, chacun étant convaincu dans son inconscient que tout ce qui arrive de bon comme de mauvais à l'autre est sous son propre contrôle.

Pourquoi la relation d'aide ne fonctionne-t-elle pas dans ce couple ? Les couples nous montrent de nombreuses variantes dans les quelles les rôles d'aidant et d'aidé sont clairement distribués et s'accomplissent de manière satisfaisante. J'y inclus l'aidant souffre – douleur et des interactions sado-masochistes ; l'aidant opératoire et son hyper investissement de la réalité matérielle ; le couple ambivalent et sa culpabilité partagée débouchant parfois sur ce que j'ai appelé le dépression de revanche.⁹

A l'écoute de l'histoire traumatique de ce couple surgit une question : « Comment réparer tout cela ? » Pour moi, cette question fait écho à ce que Winnicott a nommé la capacité de sollicitude.¹⁰ Une notion ambiguë possédant une face positive et une négative puisque *concern* a le sens de souci, d'inquiétude mais aussi de sollicitude et de capacité de réparer.

⁸ Psychiatre, Psychanalyste, Lyon.

⁹ Voir le chapitre 7 de mon ouvrage *Soigner la maladie d'Alzheimer* (Dunod, 2009) intitulé Le conjoint et le couple.

¹⁰ D.W. Winnicott, *Elaboration de la capacité de sollicitude* (1963), trad. fr. in *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1970 : 31-42.

Elle vise donc à la fois ce qui dérange la tranquillité et ce qui rétablit la quiétude, ce qui explicite à son tour la notion de sécurité intérieure.

Vous savez que pour Winnicott, ce qui rend à l'enfant supportable l'angoisse relative à ses pulsions violentes est sa capacité de réparation, et qu'il doit commencer par éprouver sa destructivité pour pouvoir ensuite réparer. Pour Winnicott, la seule culpabilité qui vaille est celle qui pousse à réparer, c'est-à-dire à être actif, fut ce dans la sublimation.

C'est la capacité de réparer qui est ici en cause. Je pense au coup que Mr V. porte sur la plaie de sa femme, plus exactement sur ce qui cicatrisait, au double sens de ce qui se réparait et de ce qui allait laisser une trace. Cet acte est significatif d'une incapacité de reconnaître et d'utiliser le symbolique, représenté par cette trace. Au lieu de cela, il leur faut répéter, donner un nouveau coup reproduisant le premier et annulant toute amorce de cicatrisation.

Dans ce texte de 1963, Winnicott considère que l'angoisse relative à la haine, à la destructivité et à la colère, n'est supportable que dans la possibilité de réparation. Or cette dernière s'appuie sur la réalité de l'objet à réparer, par opposition à l'omnipotence du fantasme qui appartient au monde interne. On voit bien ce que signifie cette réalité de l'objet dans le cas de la position dépressive et de la présence rassurante de la mère réelle. Mais qu'en est-il lorsqu'il s'agit d'un conjoint gravement malade dont les forces déclinent ?

Arrêtons-nous sur l'articulation de ces deux réalités. L'objet réel échappe à l'omnipotence réparatrice aussi bien que destructrice. Sans fantasme d'omnipotence, le moi ne s'engagerait pas dans l'aventure de la dépendance. Mais sans la réalité de l'objet, il y risquerait gros. Cette articulation est facilitée par des tiers qui sont de deux ordres. On pense en premier lieu au tiers médiateur tel qu'un soignant assurant la guidance du couple et participant au travail de réparation. Mais intervient aussi ce tiers que représente l'espace potentiel du couple, synonyme de l'aire de repos indispensable à la sécurité interne du couple.

Lorsque la réparation ne se met pas en route ou qu'elle échoue, on voit le couple se partager entre agresseur et victime. Ces rôles sont comme une réalité vicariante reposant sur un clivage figeant l'identité de chacun en les réduisant à n'être que des objets partiels. C'est une façon d'essayer de faire avec l'omnipotence, en décrétant que la violence n'est que d'un côté.

On voit aussi des couples s'installer dans la position narcissique paradoxale et ses oscillations qu'illustre bien celui présenté par Françoise Grépet. « Si je place mon mari je serai malheureuse et si le garde il va m'arriver quelque chose ». Que l'omnipotence s'affirme dans la toute puissance ou dans l'incapacité radicale, elle nie toujours l'existence de l'objet.

La relation de dépendance consiste à rendre supportable une relation ouverte à tous les fantasmes, y compris les plus potentiellement persécuteurs et destructeurs. Son ouverture à la réparation passe par la régression, en rappelant le rôle des points de fixation libidinale dans ce que Marion Péruchon appelle la régression positive.¹¹

Pour revenir à la question posée au début de mon intervention, « Comment réparer tout cela ? », c'est sans doute une question que Mr et Mme V. se sont chacun posée enfants. A moins qu'ils n'aient jamais pu se la poser et qu'ils attendent encore que quelqu'un pose pour eux.

¹¹ M. Péruchon, Structure et déstructuration à la sénescence, *Annales Médico-Psychologiques*, 2006, 164 : 601-606.

ETHIQUE ET VIOLENCE

André QUADERI ¹²

La violence consiste à utiliser ou promouvoir la force ou la contrainte ou encore à empêcher la jouissance de droits fondamentaux. Elle peut être physique, psychologique, matérielle ou sexuelle. Elle est le fait d'un individu, d'un groupe, d'une institution ou d'une collectivité et elle entraîne une responsabilité sociale, personnelle et morale, même en l'absence de sanctions sociales.

Les maltraitances sont nombreuses comme le recours systématique au repas mixé, à la contention, à la protection pour l'incontinence (sans réel accord du médecin).

Il est fréquent d'entendre dans les couloirs des cris (« mais arrêtez à la fin » et des insultes « il a encore ch... partout ce c.. ») sur des patients atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentées¹³. Le tutoiement, le « ma chérie », la bisou-thérapie, les « ma belle » et les oublis des négligences actives ou passives bref le laisser aller cohabitent avec un discours de souffrance des soignants qui disent « on n'a pas le temps » tout en passant un temps important dans les pauses où en partant plus tôt du travail...

Quelque chose donc échappe au simple recours à l'autoritarisme de la fonction de la direction (bien que cela ait une certaine efficacité soyons politiquement incorrect)

Depuis plus de 20 ans nous avons travaillé dans des institutions gériatriques, des maisons de retraite au service de soin de longue durée, en passant par les SSIAD. Je me souviens, jeune clinicien, à l'époque j'avais 24 ans, je suis rentré dans la maison de retraite pour un stage de DEA. Mes impressions je les retrouve toutes dans les comptes rendus de mes étudiants de licence en gérontologie, en master.

Le même effroi, la même envie de fuir et vouloir que cette violence perçue soit évacuée.

¹² Psychologue clinicien, Formateur et Consultant, Maître de conférences en Psychopathologie et Psychopathologie Clinique à l'Université d'Aix-Marseille.

¹³ Bien entendu toutes les institutions ne « pratiquent » pas ces maltraitances. La compréhension de cette absence dans ces organisations ne peut être traitée ici.

Et pourtant la gériatologie a bien évolué durant ces 20 ans. Les chambres à 6 lits ont disparu au profit des chambres individuelles, tout comme les douches collectives au profit de toilette personnel, les petits déjeuners à 9h, le repas à 11h30 et le dîner à 17h30 ont considérablement réduit en fréquence pour aller vers des horaires plus adaptés, les médecins dépassés sans formation ont laissé place à des médecins détenteurs d'une « capacité de gériatrie », les formations (et je suis moi-même formateur) foisonnent dans la volonté de bientraitance.

Et pourtant le ressenti reste identique, quelque chose reste, ce reste énigmatique qui laisse le clinicien dans cette perplexité devant le « soin gériatrique » que je mets entre guillemets.

Une violence nous étreint, une violence qui nous conduit à penser que si les violences ont bien régressé, il reste encore une violence palpable mais insaisissable. Si la gériatologie a bien évolué depuis ces 20 ans, nous restons en retard, un violent retard vis-à-vis de la Belgique par exemple... et malgré cela, des actes de violence et de maltraitance sont recensés.

Nous sommes là dans une problématique que Freud traite dans *Malaise dans la civilisation* et que Foucault pourrait reprendre (notons toutefois qu'il ne l'a pas fait).

Nous pouvons donc introduire le propos entre éthique et maltraitance comme le signe d'abord d'un malaise dans la civilisation, malaise vis-à-vis de la vieillesse, et pour être plus précis c'est moins la vieillesse que la mort qui rode et rampe sous le nom de dépendance.

A 46 ans je suis « encore » jeune même si ce « encore » est plus proche du presque plus que du « encore ». Mais si à 96 ans je peux encore marcher venir vous rencontrer certes tout en étant fatigué et avec moins d'énergie, je prends avec grand plaisir cet avenir. Non la vieillesse n'est pas en cause, c'est la perte, le déficit, la violence faite au moi, à notre équilibre fantasmatique de notre moi, de ce narcissisme qui nous fait vivre qui est attaqué dans le mot vieillesse. Rien d'autre. Ce qui nous fait fuir c'est moins la mort que la déchéance, c'est moins la vieillesse que la perte. Ce que nous ressentons c'est un authentique effroi au sens freudien du terme, d'un surgissement d'un non symbolisable pour le moi, perçu comme une violence.

Ce que notre pays ne peut prendre en charge, comme je vous l'ai dit, c'est cette déchéance, déchéance silencieuse car nous ne traitons que ce qui s'entend pas ce qui est (cela permet d'ailleurs de comprendre pourquoi notre pays est si souvent en colère) ; les vieux se sont fait

entendre lors de la canicule de 2003 où pour la première fois la gérontologie est devenue d'un problème sociale un problème politique. Car ce que dit notre pays en ne donnant pas les moyens aux soignants est un mot simple ! « maltraite » car comment faire ?

Groupe de parole et non dit

La méthode usuelle pour les groupes de parole utilise le référentiel analytique (laissant le champ de la parole aux participants, avec liberté d'évocation, confidentialité des échanges, volontariat pour la présence, neutralité du clinicien.)

Cette praxie nous semble opérationnelle lors d'évocation existentielle des soignants (deuils, souffrance, etc.), en revanche, nous en avons remarqué une limite lors de l'apparition de problèmes plus complexes (notamment sur le vécu de violence). Nous partions d'abord d'un témoignage (récurrent dans tous les nombreux groupes de paroles que nous avons animé) de la clinique des groupes de paroles dans un service de soin de longue durée (en centre hospitalier).

Au commencement, notre praxie ne se différencie pas des usages : la présence des soignants est basée sur la demande (volontariat), la libre circulation des échanges verbaux et leur confidentialité sont énoncées en préalable et à chaque séance. Lors des premières séances, la parole échangée est monopolisée pour exprimer des plaintes, complaints habituelles au niveau des moyens en personnel, l'absence de reconnaissance de la direction... Selon Benjamin Jacobi « se plaindre c'est encore et toujours désirer dans la conscience du manque. L'arrêt de la plainte est alors arrêt de mort du désir de l'autre »¹⁴ (nous aborderons plus loin ce manque).

Advint, par la suite, un silence, lourd, avec la nette impression que « tout avait été dit » comme le remarque un participant qui est succédé (au cours des quelques séances suivantes) par un absentéisme de plus en plus important, pour terminer par une absence totale de participant. Le cadre de santé, d'un tempérament réactif et volontaire (et devant ce qu'elle considère comme un échec) « prescrit obligatoirement » la présence au groupe de parole. Acte certes autoritaire, mais témoignant de son engagement à écouter le malaise dans les services, selon elle, trop important : cris, insultes sur les résidents et entre les soignants.

¹⁴ Jacobi, B., 1985. « Discours plaintifs et souffrance ». Dans : *Cliniques méditerranéennes N°5-6, Cliniques et discours de la souffrance*, p.75.

Un climat délétère existe l'absence de réaction de sa part conduirait à un accroissement exponentiel du malaise. A la présence obligatoire, le cadre de santé déplaça le lieu de réunion du groupe de parole. Les séances sont alors réalisées dans les étages ce qui amena les participants à être tous de la même équipe de soin. Nous rencontrons ainsi tous les soignants du service selon les aléas des dates de groupe de parole au moment des transmissions. Nous retrouvâmes, toutefois, le silence et, comme il perdurait, nous nous mêmes, incidemment, à parler au début de chaque séance. Paroles introductives, inaugurales « sur » les déments, leurs pathologies, les dégâts des maladies, la dépression, les mauvais rythmes de vie de l'institution etc. Ces paroles, associations libres de nos observations des résidents dans le service, sont des évocations liant les concepts de la démence aux vécus supposés des patients.

Ainsi, une résidente qui entre dans la salle (du fait de sa déambulation) nous associons sur son entrée en expliquant le cortège d'angoisse de ce type d'affection. Un des effets du dire provoque alors des associations de quelques soignants, quelques membres du groupe se mettant à parler. Des liens associatifs des soignants apparaissent alors sur tel ou tel patient découvrant alors du sens dans des comportements des patients, jugés alors comme terriblement déments.

A la suite de mon dire surgit en reflet un autre dire, déplaçant fugitivement le discours de plaintes (qui reste prégnant toutefois dans les conclusions des groupes : « on ne peut rien faire car on est pas assez nombreux et on a pas le temps »).

Mal à l'aise¹⁵, nous dirigeons les séances « à vue », ne comprenant pas bien ce qui se passe. Comment imaginer la pérennité du groupe de parole quand si peu de personnes parlent, quand le clinicien occupe le temps de parole pendant une part de la séance ? Pourtant, le cadre de santé nous prit à part après plusieurs séances de ces groupes de parole atypiques. Persuadés d'entendre le glas des séances, nous sommes stupéfaits lorsqu'elle nous félicita pour les progrès dans le service. Nous apprenons, avec étonnement, que certains soignants avaient modifié leurs attitudes vis-à-vis des déments. Les « hurlements » et « cris » sur les patients avaient diminué, une attention bienveillante, un repli de la maltraitance visible étaient notés par la cadre de santé. Un point particulier attira notre attention, les soignantes ayant changé leurs pratiques ne parlaient pas dans le groupe de parole, mais écoutaient !

¹⁵ Notre formation analytique nous contraint au silence, et là nous étions dans une verbalisation constante du silence.

La parole du clinicien et les quelques associations des soignants avaient donc provoqué des effets à la fois sur les personnes et dans la perception du travail soignant. Les changements (et c'est en cela une surprise) proviennent non pas des effets du dire des soignants qui « conscientisent » leurs manières de travailler (comme il est habituel avec une méthode laissant le champ de la parole aux soignants) mais d'un discours « sur » l'autre tenu par le clinicien initiant des associations. Nous sommes en présence d'un mécanisme inconscient à l'orée d'un dire qui fait acte.

BIBLIOGRAPHIE

QUADERI A.

2003 « La psychanalyse au risque de la démence », *Clinique Méditerranéennes*, 67, Eres, Paris, 67, 32-52

QUADERI A., VEDIE C.

2004 « Violence et organisation du travail en gériatrie », *Annales Médico psychologiques*, Elsevier, Paris, 62, 472-476

QUADERI A.

2004 « Violence et dire, pour une rhétorique du soin », *Rvista latinoamericana de psicopatologia fundamental* Vol VII, N° 4, Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental 88-99

QUADERI A.

2004 « Violence traumatique en gériatrie », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, Eres, 42, 165-172

JE HAIS DONC JE SUIS OU : TATIE DANIELLE EN INSTITUTION

Jean-Marc TALPIN ¹⁶

Affreux, sales et méchants, d'Ettore Scola en 1976 ; *Tatie Danièle*, d'Etienne Chatiliez en 1990 ; *Vilaine*, de Jean-Patrick Benes en 2008. Et la liste n'est pas exhaustive !

Régulièrement la méchanceté revient au cinéma. Une méchanceté associée au rire, une méchanceté comme ressort central et jubilatoire, mais aussi, pour certains, choquant.

Lorsque j'ai fait part autour de moi de mon travail en cours autour de *Tatie Danièle*, les réactions ont oscillé entre le rire et le rejet, rejet portant soit sur le film (« C'est exagéré ») soit sur le personnage lui-même : « Quelle horreur, elle est vraiment trop méchante ! »

Méchante, *Tatie Danièle* l'est en effet, avec une jouissance certaine qui masque le plus souvent sa détresse de vieille dame veuve et si seule.

Rappelons d'abord à grand trait le film, puis essayons d'en approcher cliniquement le personnage, avant de développer l'intuition à l'origine de cette communication : *Tatie Danièle* est devenue un véritable modèle, un type pour les équipes soignantes auprès de personnes âgées qui, le plus souvent, semblent apprécier ce genre de personnes.

Tatie Danièle : le film

Tatie Danièle est veuve depuis le jour de l'armistice d'un Edouard dont la photo trône toujours dans sa chambre. Elle lui parle régulièrement. Aisée, elle vit avec une autre vieille dame, Odile, sorte de bonne à tout faire qu'elle tyrannise sans jamais parvenir à désarmer la gentillesse de celle-ci qu'elle accuse persécutoirement de la voler. *Tatie Danièle* provoque

¹⁶ Psychologue, Maître de conférences à l'université Lumière Lyon 2.

sa mort à force de la harceler pour qu'elle fasse la poussière d'un lustre : Odile tombe de l'escabeau et meurt, ce que Tatie Danièle accueille d'un : « Nous allons vivre à Paris ». Elle vend sa maison, partage l'argent entre sa nièce et son neveu dans la famille duquel elle va vivre. Dans un premier temps elle y est tout sucre tout miel tout en continuant de persiffler et d'insulter à voix basse. Petit à petit ce que je nommerai pour le moment sa méchanceté s'exprime moins verbalement et de plus en plus en actes : elle tire la chasse d'eau la nuit pour faire du bruit, perd volontairement son petit neveu parti en promenade avec elle... Les choses montent d'un cran quand son neveu lui annonce qu'il va embaucher quelqu'un pour lui tenir compagnie durant trois semaines, toute la famille partant en vacances. Alors Tatie Danièle mange à s'en faire vomir, partout bien entendu, rejoint dans le salon la famille qui reçoit des amis et s'échappe sur le fauteuil...

Suite à une autre séparation, alors que Sandrine, sa « garde », part pour une nuit, les choses flambent, au sens figuré comme au sens propre : Tatie Danièle, qui s'est nourrie des boîtes de nourriture du chien qu'elle a elle-même abandonné¹⁷, finit par provoquer un début d'incendie dans l'appartement. Les pompiers la sauvent, la télévision s'en mêle... La famille, jusque là si gentille et compatissante (quoique de moins en moins) refuse de la reprendre à la maison. Direction la maison de retraite où Tatie Danièle trouve un nouveau terrain pour exercer sa méchanceté. Ainsi enferme-t-elle une vieille dame dans les douches, ainsi dit-elle à une autre qui vante la gentillesse de sa fille qui vient de faire des courses pour Tatie Danielle : « Oui, elle est gentille, mais qu'est-ce qu'elle est laide », plongeant la vieille femme dans un grand désarroi.

A la fin du film, Tatie Danièle part en voyage avec son aide retrouvée, la seule capable de lui tenir tête, de ne pas se laisser faire, au point de la gifler une fois où celle-ci est allée trop loin. On pourrait penser que Tatie Danièle a trouvé son maître, et ce ne serait pas faux. Mais ce serait partiel. En effet toutes les deux se sont psychiquement rencontrées car elles sont organisées de la même manière : alors que Tatie Danièle vient de lui payer les 7300 francs de réparation de sa voiture, Sandrine lui dit : « C'est la première fois qu'on me fait un cadeau, je n'en reviens pas ! J't'embrasse pas, j'ai horreur de ça, mais le cœur y est. », à quoi Tatie Danièle répond : « Moi aussi ».

Je vais y revenir, je pense que le succès du film tient tout autant à la jouissance de la méchanceté, opposée le plus souvent à une gentillesse qui peut paraître mièvre, qu'au fait

¹⁷ Ce qui dit que, seule, quittée faute d'être parvenue à retenir l'autre, elle perd son humanité à son propre regard : elle se traite elle-même comme un chien, se faisant victime et bourreau tout à la fois dans un ultime enjeu haineux dont il n'est pas sûr que les tiers soient totalement exclus.

que chez Tatïe Danièle comme chez les autres personnages le spectateur pressent des fragilités, des souffrances enfouies : le veuvage de Tatïe Danièle, la perte des parents pour les neveux et nièces, la stérilité puis l'abandon pour la nièce...

Tatïe Danielle et « l'amour de la haine »¹⁸

La clinique de Tatïe Danièle montre deux visages : celui de la haine pour tout autrui et celui d'une détresse profonde, la première venant protéger de la seconde et la masquer. Tatïe Danièle est aigrie, elle déteste d'autant plus que l'on est gentil avec elle et n'envisage le lien à l'autre que sur le mode tyrannique (A. Ciccone). Ainsi n'a-t-elle aucune pitié pour Odile et n'est apparemment pas affectée par sa mort. Ainsi encore se dédouane-t-elle de la dette vis-à-vis de son neveu qui l'accueille en lui donnant tout de suite l'argent de sa maison vendue, renversant par cela même la dette, ce qu'elle n'oubliera pas de signaler ultérieurement. Elle tente la même manœuvre avec Sandrine qui rejette les dons dès lors qu'elle y sent une emprise, un risque de dépendance dont elle se défend au moins autant que Tatïe Danièle.

S'il y a de la détresse chez Tatïe Danièle, je vais y revenir, il y a aussi de la perversion, ici du sadisme, bien repérable à la jouissance qu'elle prend à ses dires et à ses actes malveillants ainsi qu'au désarroi, plus, à proprement parler, qu'à la souffrance, qu'elle produit chez les autres, ce qui montre bien les enjeux d'emprise pour elle. Elle ne se sent jamais coupable, ne doute jamais d'avoir raison, ne doute jamais d'être dans son bon droit. Sa haine ne se manifeste pas en décharges, elle répond à des stratégies, elle est préméditée, inscrite dans la temporalité.

De plus Tatïe Danièle joue perversement de son image de vieille dame, attirant la pitié. C'est évident lorsqu'elle est hospitalisée après l'incendie, certaines familles écrivant même pour l'accueillir sous leur toit. A la maison de retraite, après un temps d'idéalisation, les soignants repèrent vite, non sans une certaine sympathie, sa méchanceté. Son neveu et la sœur de celui-ci, pris dans les liens familiaux, mettent du temps à pouvoir penser son fonctionnement. Alors que la nièce (de même que la femme du neveu, mais celle-ci jusqu'au bout tant, orpheline jeune de ses deux parents, elle cherche un parent de substitution) pleure de ne jamais parvenir à satisfaire Tatïe Danièle, le neveu (son frère donc) lui dit : « Je crois qu'elle est méchante », ce qui soulage beaucoup cette sœur et vaut pour elle autorisation à penser la méchanceté de sa tante, ce qu'elle ne pouvait jusque là, seule, s'autoriser à faire. Dès lors, ce que sa tante lui donne à vivre n'est pas de son fait mais a un nom et une attribution externe : la méchanceté de Tatïe Danièle.

¹⁸ Titre d'un numéro de la Nouvelle revue de psychanalyse (1986)

Ce n'est pas la culpabilité qui menace Tatïe Danièle mais la dérélïction, le sentiment de détresse, l'Hilflosigkeit (S. Freud) liés à l'impuissance infantile. Quittée, elle se vit abandonnée et rebondit avec une rage hétéro mais aussi auto-destructrice. Bien sûr, ces abandons actuels renvoient en première intention à la perte précoce du mari. Mais, en-deçà, à quelles autres pertes renvoie-t-elle, à quels objets physiquement ou psychiquement absents ?

Si Tatïe Danièle, dans un mouvement dépressif, prie Dieu de la faire mourir afin qu'elle rejoigne son Edouard au ciel, dès lors qu'elle apprend le projet de sa famille de partir en vacances sans elle et de la confier à une garde, sa prière devient : « Mon Dieu, aidez moi à me venger. » Or cette clinique de la vengeance est une clinique des souffrances narcissiques précoces (R. Roussillon) dans lesquelles les réponses de l'objet ont fait violence au sujet alors qu'il dépendait encore profondément de l'objet. Il s'agit d'une clinique en-deçà de l'élaboration de la position dépressive, d'une clinique dans laquelle il ne s'agit ni de réparer l'objet ni de se réparer, mais de faire subir à l'objet, tel qu'il est transféré sur l'autre (R. Roussillon), dans la haine, ce qu'il a fait subir, il s'agit d'une clinique de la rétorsion. L'objet trop gentil attire dès lors la violence soit parce qu'il ne semble pas touché par les manifestations du sujet (renvoyant au sujet son impuissance) soit parce que celui-ci est détruit par cette haine (réactivant en boucle la dérélïction et les défenses contre celle-ci).

La traduction comportementale du fonctionnement psychique de Tatïe Danièle est particulièrement repérable dans la dynamique passif-actif. Le plus souvent elle semble passive, très peu mobile. Il s'agit en fait d'une auto-passivation physique afin de mieux agir psychiquement sur l'autre, afin de mieux l'instrumentaliser. Ainsi de Tatïe Danièle demandant la nuit un verre d'eau sucré parce qu'elle a soif : là où Odile obtempère tout en lui disant qu'elle va la tuer, Sandrine lui dit qu'elle n'a qu'à se lever pour aller le chercher.

Tatïe Danièle peut en fait être très mobile soit pour faire des méchancetés soit pour satisfaire son plaisir, en particulier par l'achat de gâteaux.

Lorsqu'elle est quittée par Sandrine pour une nuit, elle lutte contre la passivation subie (elle n'a pu empêcher Sandrine de sortir) par une activité désordonnée qui manifeste sa désorganisation interne et relève de la confusion provoquées par la répétition actuelle de l'expérience de l'objet qui échappe, ne se laisse pas faire, refuse d'être totalement à disposition.

Tatie Danièle et les équipes

Régulièrement les équipes repèrent dans leurs institutions des Taties Danièle et ces dernières sont plutôt l'objet de sympathie, d'un certain amusement, ce que nous allons maintenant essayer de comprendre.

Je pense ici à deux patientes pour lesquelles l'équipe de géronto-psychiatrie avec laquelle je travaillais alors me sollicita, non sans une certaine agressivité ironique à mon égard, en me disant : « Vous verrez, c'est une véritable Tatie Danièle. »

Non seulement la première refusa longtemps les entretiens que je lui proposais, mais surtout elle réussissait à inquiéter (envieusement ?) les autres patients, lançant, alors que je venais les chercher : « N'y allez pas, c'est un nazi ! », invective qui me touchait particulièrement au regard de mon histoire familiale.

La seconde essaya de me faire tomber un porte-manteau sur la tête en tirant sur le vêtement qui y était accroché, me fit approcher en me parlant bas afin de me mettre un coup de pied, heureusement en pantoufles... Elle était aussi agressive avec les autres patients dès lors qu'ils passaient à porté de sa canne.

En première intention, la qualification de « Tatie Danièle » fournit une alternative à une approche qui qualifierait psychiquement les enjeux, ce qui constitue une des limites de ce mode de fonctionnement d'équipe. Tatie Danièle fournit un stéréotype tout en permettant aux équipes de puiser dans « le trésor déjà là de la culture » (S. Freud). En ceci, il s'agit d'une représentation disponible pour repérer et dire un certain mode de fonctionnement.

Le repérage d'une Tatie Danièle par l'équipe équivaut à la remarque du neveu à sa sœur « Je crois qu'elle est méchante. » En effet, tant la vieillesse comme objet, en particulier la vieillesse dépendante, que le choix d'une profession soignante, induisent une certaine inhibition de l'agressivité, y compris dans la dimension de penser celle de l'autre. Le recours au terme de « méchanceté » tient aussi en dehors d'une approche clinique dans la mesure où il relève du champ lexical moral. Le risque est que la personne qualifiée de Tatie Danièle soit enfermée dans ce stéréotype et que la détresse qui sous-tend tant de haine soit occultée, niée.

En seconde intention, et dans la continuité de ce qui précède, la figure de Tatie Danièle témoigne, comme tout stéréotype, comme toute caricature, d'un clivage entre le bon et le mauvais, alors que la méchanceté comme mode relationnel est très liée au type de réponse reçu de l'objet. En même temps, nous voyons qu'il n'est pas aisé d'en sortir, Tatie Danièle ne

« lâchant » que lorsqu'elle a rencontré un refus de compassion et surtout de la violence, plutôt que de la méchanceté (Sandrine qui la gifle). Ceci n'est pas sans évoquer le rituel masochiste qui suppose que le masochiste s'en remette à son bourreau comme garant des limites dans le rituel. Il s'agirait alors de domestiquer la cruauté de l'objet projetée sur le bourreau.

Il conviendrait aussi de s'interroger sur le fait que Tatie Danièle est une femme, ce qui permet sans doute de la penser comme méchante plutôt que comme violente, ce qu'elle est cependant sur le plan psychique.

Essayons maintenant de comprendre pourquoi les Taties Danièle sont vécues avec sympathie, ce qui pourrait a priori paraître paradoxal, ou pour le moins contradictoire, avec les attentes des soignants. Ce mouvement de sympathie tient à plusieurs choses.

Premièrement il repose sur un déni de la haine : ce que la personne âgée manifeste n'est pas vécu comme dangereux, n'est pas réellement pris au sérieux, l'âgé étant alors, dans le fond, infantilisé, ce qui peut renforcer le mouvement haineux lié au rappel de l'impuissance.

Deuxièmement ce mouvement peut se comprendre par une jouissance par identification. Les soignants jouissent alors par procuration des méchancetés, des vengeances exercées par les Taties Danièle, ce qui leur permet de méconnaître ces mouvements en eux ainsi qu'en témoignent les fausses critiques, les fausses réprimandes en fait complaisantes. Ceci peut se comprendre à la mesure des mouvements agressifs vis-à-vis des âgés que les soignants doivent contenir, contre-investir, et ce d'autant plus qu'ils sont dépendants, fatigants physiquement et psychiquement, peu gratifiants. Ceci peut donc se penser en rapport et avec la charge physique et psychique que représente l'âgé et avec l'image angoissante du vieillir que celui-ci renvoie aux soignants.

Quant à cette jouissance par procuration, je pense à une séquence où, durant une pause, des soignants de gériatrie associèrent à partir d'une Tatie Danièle en s'imaginant toutes les « crasses » qu'ils feraient aux soignants quand ils seraient eux-mêmes en institution gériatrique, et ce d'autant plus facilement, disaient-ils, qu'ils connaissaient toutes les combines !

Troisièmement cet investissement des Taties Danièle par les soignants tient au fait que les mouvements de ces femmes sont vécus comme des mouvements de vie dans un univers mortifère marqué du sceau de la dépressivité, quand ce n'est pas de la dépression et de la perte de sens. A cet égard, je vais m'y arrêter autrement, Tatie Danièle est une manière de

résistante. Assimiler les mouvements de haine à des mouvements de vie dit à la fois, ainsi que je l'ai signalé plus haut, qu'ils ne sont pas pris au sérieux dans leur potentialité destructrice (Odile en fait cependant les frais) et que ces mouvements sont pensés en opposition aux mouvements de mort tels qu'ils se manifestent tant dans les fins de vie que dans les démences interprétées comme mort psychique.

Enfin, et quatrièmement, les Taties Danièle sont « appréciées » dans la mesure où elles sont « consistantes ». Cet aspect permet sans doute de comprendre (pour reprendre la question d'A. Quaderi) pourquoi les soignants s'autorisent plus à être familier avec les âgés, a fortiori déments, qu'avec les adultes. En effet, les personnes âgées dépendantes, en particulier psychiquement, demandent aux soignants un gros travail psychique pour maintenir « l'idée du moi » (P. C. Racamier) qui permet de penser l'autre comme fait de la même pâte humaine que soi, pour inhiber les mouvements agressifs, travail que les Taties Danièle leur économisent. Dans une relation ordinaire, les mouvements pulsionnels, ici en particulier agressifs, sont régulés en partie en interne et en partie en appui sur les réponses de l'objet (D. W. Winnicott), sur sa consistance propre, sur son refus à se laisser faire à certains égards. Les sujets dépendants se livrent d'une certaine manière impuissants aux soignants. Ils ne peuvent plus toujours répondre, se défendre, signifier les limites de ce qui est pour eux acceptable, supportable dans la relation. Dès lors les soignants, dans les meilleurs des cas en appui sur le cadre institutionnel, doivent contre-investir et contenir leurs mouvements pulsionnels d'emprise, de toute-puissance, de sadisme, ce qui est aussi une manière d'amorcer un lien avec un travail de M. Trouilloud.

De plus, le vieillard « inconsistant » n'offrant pas de résistance au soignant, ne serait-ce que par sa parole, oblige celui-ci, s'il veut entrer en relation, à s'exposer lui-même. Or cette exposition (A. Quaderi nous disait comment il avait raconté de la clinique à une équipe silencieuse en supervision) met le soignant en danger quant à la légitimité de ce qu'il dit, quant à ses identifications professionnelles. De plus il ne peut pas toujours s'appuyer sur le retour des réactions du patient, ce qui peut susciter des mouvements persécutoires.

On ne peut donc comprendre l'investissement des Taties Danièle qu'en le rapportant au contexte groupal et institutionnel, aux autres âgés accueillis, ainsi qu'aux dispositifs proposés par l'institution pour traiter les mouvements psychiques sollicités par la rencontre professionnelle avec des âgés dépendants. L'enjeu est bien alors de parvenir à élaborer l'agressivité déniée et/ou projetée afin d'entendre aussi la détresse qui se cache, de manière parfois quasi-vitale, derrière la haine et l'apparente jouissance haineuse.

BIBLIOGRAPHIE

CICCONE A.

2003 Psychanalyse du lien tyrannique, Paris, Dunod

FREUD S.

1926 Inhibition, symptôme et angoisse, Paris, Puf, (1993).

1929 Malaise dans la civilisation, Paris, Puf, (1971)

NOUVELLE REVUE DE PSYCHANALYSE,

1986 N° 33, L'amour de la haine, Paris, Gallimard

RACAMIER P.-C.

1995 L'inceste et l'incestuel, Paris, Les éditions du Collège

ROUSSILLON R.

2002 Décomposition « clinique » du sadisme, Revue française de psychanalyse, LXVI-4, Sadisme, 1167-1180

WINNICOTT D.W.

1969 De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot

1971 Jeu et réalité, Paris, Gallimard, (1975)

1989 La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques, Paris, Gallimard, (2000)

MOURIR AU PETIT FEU DES VIOLENCES DU QUOTIDIEN

Mireille TROUILLOUD ¹⁹

Ayant présenté, il y a quelques années ici même, une communication à propos du sado-masochisme circulant au cœur des liens relationnels entre un soignant et son patient âgé, c'est la violence de vieillir qui a retenu toute mon attention pour le travail d'aujourd'hui.

Violence DE vieillir était à l'origine de l'organisation de cette journée, **violence DU vieillir**, ce qui m'a posé quelques questions, parce que, bien sûr, cette transformation doit avoir un sens ou répondre à une exigence, soit consciente et donc bien réfléchie, soit inconsciente s'imposant discrètement, disant en fin de compte ce qui a fait débat chez ceux qui nous ont invité à échanger sur ce sujet.

Violence DU vieillir, considère le vieillir comme un état, état susceptible d'être violent, pour le vieux sujet et pour ses proches. Violence DE vieillir, renvoie au processus de vieillissement, processus intime susceptible de faire violence, c'est à dire de contraindre, de dénaturer, de détruire.

La violence qui a retenu mon attention est donc celle liée à l'état de vieillesse et celle provoquée par le vieillissement, état et processus, corporels, socio-culturels et psychiques bien sûr. Je vous propose une compréhension psychodynamique possible de ce que produit la vieillesse et le vieillissement dans l'intimité du sujet.

La vieillesse est une épreuve longue, qui peut être violente parce que, comme le souligne Charlotte Herfray, **la vieillesse est du Réel qui fait effet**. Ce Réel lacanien, fait de réalités

¹⁹ Psychologue, Docteur en Psychologie, Grenoble.

représentables et perceptibles mais aussi d'éléments irréprésentables et non perceptibles oeuvrant sans bruit, confronte chacun à des interrogations relatives à ce qu'il fut, à ce qu'il est, à ce qu'il sera. La vieillesse, statut acquis progressivement, s'imposant de l'intérieur comme de l'extérieur, est donc une réalité qui fait vaciller les assises narcissiques qui assoient l'identité.

La vieillesse a été évoquée en terme de naufrage, de déchéance, de misère. Le corps est déglingué, déformé, attaqué, réparé, incompétent et douloureux, capricieux et imprévisible. Il se rapetisse, se raidit, s'empâte ou se dessèche, se ramollit, s'essouffle... Le corps par lequel exister, le corps source de plaisir et de fierté parfois, le corps-existential et le corps-représentation de nous-même, fait faillite, non seulement parce qu'il révèle à notre propre yeux et à ceux des autres notre impuissance à lutter contre les effets du temps, mais aussi, et peut être surtout, parce qu'il n'est plus possible de compter sur lui, de lui faire confiance, de le maîtriser.... **Les modifications corporelles rétrécissent le champ d'action, le champ d'aventures, le champ d'honneur.**

Je ne développerai pas plus loin cette réalité bien connue et je laisse Marcel Proust parler des métamorphoses de la vieillesse observées chez une ancienne connaissance, **métamorphoses de la vieillesse annonciatrices de la fin, présences de la mort travaillant par petites touches au cœur même de la vie.**

« Il n'était plus qu'une ruine, mais superbe, et moins encore qu'une ruine, cette belle chose romantique que peut être un rocher dans la tempête. Fouettée de toutes parts par les vagues de la souffrance, de colère de souffrir, d'avancée montante de la mort qui la circonvenaient, sa figure, effritée comme un bloc, gardait le style, la cambrure que j'avais toujours admirés ; (...). Elle paraissait seulement appartenir à une époque plus ancienne qu'autrefois, (...), parce qu'à l'expression de finesse et d'enjouement avait succédé une involontaire, une inconsciente expression, bâtie par la maladie, de lutte contre la mort, de résistance, de difficulté à vivre. (...) il découvrait des aspects de nuque, de front, où l'être, comme obligé de se raccrocher avec acharnement à chaque minute, semblait bousculé dans une tragique rafale, (...). (...) je compris que le gris plombé des joues raides et usées, le gris presque blanc et moutonnant des mèches soulevées, la faible lumière encore départie aux yeux qui voyaient à peine, étaient des teintes non irréelles, trop réelles au contraire, mais fantastiques, et empruntées à la palette, à l'éclairage, inimitable dans ses noirceurs effrayantes et prophétiques, de la vieillesse, de la proximité de la mort ».

La vieillesse se déroule sous le signe du désengagement, de la destitution et de la dépossession. Il ne s'agit pas que d'une histoire corporelle. L'affaire est également sociale. Et même si la question de l'âge de la retraite mobilise fortement, il n'en est pas moins vrai que pour la plupart l'arrêt de l'activité professionnelle est un véritable désétayage social. De même, en raison des affres de l'âge, les engagements associatifs se modifient et les réalisations se réajustent en fonction de l'évolution des capacités et de la résistance à l'effort, quel qu'il soit. L'heure des renoncements pluriels est aussi celle de l'amenuisement des liens relationnels et donc de la séparation affective, toujours génératrice de doute sur soi-même, d'éprouvés dépressifs, d'angoisse de perte de l'amour des objets d'investissements, objets difficiles à remplacer. La réélaboration de la position dépressive s'impose.

Ces renoncements sont autant de manifestations violentes pour celui qui sait qu'il ne pourra jamais plus obtenir, de la même façon, satisfaction et jouissance.

Désengagements et renoncements libèrent de l'énergie d'investissement, qui fait retour au sein de l'organisation psychique, source d'excitations internes et d'angoisse, jusqu'à trouver de nouvelles attaches, si le sujet y parvient. Désengagements et renoncements privent le sujet d'une certaine permanence de nourritures narcissiques et d'objets assurant une recharge libidinale, privation entraînant une vulnérabilité identitaire associée à une mise en doute, voire une baisse de l'estime de soi parfois en deçà du niveau nécessaire pour oser rencontrer l'autre et investir la vie, privation entraînant un affaiblissement des pulsions de vie pour le maintien de l'intrication pulsionnelle.

Je pense à madame Jolie, 60 ans, depuis 3 ans à la retraite et heureuse de ce changement, parce qu'elle ne supportait plus la pression et n'avait plus le rythme. Au cours de nos rencontres, elle précise que, depuis un an, son corps ne la laisse pas tranquille pour des problèmes visuels et des vertiges ; qu'elle ne fait plus rien socialement sauf dépanner ses voisines, « des femmes qui travaillent comme elle », pour la garde de leurs jeunes enfants, alors qu'elle aimerait mettre ses capacités de gestionnaires au service d'une association, ce qui lui est impossible parce qu'elle craint ne pas être à la hauteur, « je suis devenue nulle par rapport à avant, je ne veux pas que les autres s'en rendent compte » ; elle souligne que cela fait peu de temps qu'elle a « réalisé le temps », c'est à dire qu'elle aura toujours du temps, du temps devant elle sans qu'elle puisse en dire plus sauf un « vous comprenez je pense », j'entend qu'elle

pense avoir tout réalisé et réalisé le déroulement temporel de la vie bornée par la mort ; enfin elle évoque la mort de deux hommes il y a un an, le mari de son amie et son ex-mari, le père de son fils. A ce sujet, elle raconte qu'elle n'avait jamais pensé que ça pouvait arriver, non pas vraiment la mort, mais le fait de perdre son mari et de rester seule. Sa mort à elle « ne la concerne pas, parce qu'elle est égoïste » sauf que son fils, depuis le décès de son père, a peur qu'elle meure, « ça fait bizarre qu'il pense que je peux mourir » ... Madame Jolie rencontre une psychologue parce qu'elle présente des troubles de l'attention qui l'inquiètent et la gênent, parce qu'elle « brasse de l'air et ne peut pas se poser », parce qu'elle a des angoisses qui la « prennent dans le corps et montent, pour des raisons nulles et ridicules ».

Du Réel de la vieillesse fait déjà effet, fait déjà violence, à 60 ans à peine...

Désengagements, renoncements, destitution, dépossession, des performances du corps, des capacités intellectuelles, de arrimages sociaux, des relations vitalisantes, incluent finalement le sujet âgé dans une catégorie du moindre, moindre séduction, moindre intérêt, moindre importance, moindre utilité... il n'y a alors qu'un pas pour se sentir un moindre sujet puis un non-sujet.

La vieillesse fait ainsi des ravages, qui peuvent faire vivre des états de détresse, à tous niveaux. Ces ravages peuvent survenir brutalement mais aussi être le fruit de changements progressifs et insidieux. Le sujet constate et ressent les dégâts, les pertes, les cicatrices et les stigmates. Chacun doit subir, supporter, faire face et intégrer la réalité avec les moyens du bord, moyens psychiques acquis au fil du développement psycho-affectif et des expériences objectales. Bien heureux celui qui a pu développer des forces psychiques tournées vers la vie et garder à l'intérieur de lui des objets internes dynamiques.

La vie psychique est donc fortement sollicitée par la vieillesse pour réguler les tensions ressenties et les excitations générées, afin que soit assurée la continuité du sentiment d'existence dans un corps, une insertion sociale et un équilibre relationnel modifiés. L'appareil psychique peine parfois à assurer cette mission. En effet, décontenancées par l'épreuve, c'est à dire à l'état non lié et non organisé, les forces pulsionnelles et l'économie narcissique, au service du maintien de l'équilibre identitaire et des liens d'investissements de

soi et des autres, ne parviennent pas toujours ou seulement partiellement à juguler la déferlante. Nous y reviendrons.

La vieillesse est également un Réel qui fait effet sur l'autre, l'objet relationnel, celui qui soutient le sentiment d'appartenance à la communauté humaine, celui dont l'intérêt et le regard soutiennent le désir d'investir et de s'investir.

La vieillesse est un Réel qui fait de l'effet...

Elle fait envie et fascine parfois. Mais souvent : elle inspire l'ennui et la tristesse ; provoque la moquerie et la honte ; intimide et repousse ; répugne et dégoûte ; impressionne et fait peur. **Pour toutes ces raisons, l'autre peut se détourner du vieux sujet, se dérober à son désir. Pour toutes ces raisons, le vieux sujet peut se détourner de lui-même, se retourner contre lui-même, se réfugier en lui-même.**

Le vieux sujet peut faire l'expérience répétée du manque de désir et de considération de ses objets relationnels à son égard. On le regarde comme un survivant, on le protège du moindre risque, on le laisse de côté, on ne le regarde pas ou seulement pour faire un état des lieux, on rit de ses manies, de ses décalages. On ne s'attarde pas près de lui, on redoute d'être considéré au même niveau que lui, on refuse son affection. Finalement, on le mesure, on le dirige, on le contraint, on ne considère pas sa parole, on ne lui adresse pas la parole.

Nous pouvons évoquer trois conséquences majeures à ces violences relationnelles faites au vieux sujet : des mouvements de honte ; des défauts d'emprise ; un enrayement des processus identificatoires.

La honte est un sentiment éprouvé lorsque nous ne pouvons pas atteindre un but fixé ou lorsque nous sommes soumis à un regard extérieur méprisant, c'est à dire nous assignant à une place subalterne, refusant de nous reconnaître comme alter ego. La honte surgit quand nous pensons perdre la face. Elle révèle la défaillance de la fonction réfléchissante de l'environnement. La honte témoigne de la chute de l'être.

Camille prend la parole :

« je ne suis plus rien. Regardez sur cette photo...c'est autre chose ...je voudrais vous donnez autre chose de moi, vous ne voyez que ma faiblesse et ce qui ne marche »

Hector ne sait plus sur qui s'appuyer :

« Je suis aller chez un urologue il y a quelques mois pour mes problèmes d'érection...parce qu'un homme qui ne peut plus honorer une femme est moins qu'un chien...il a rit et m'a dit qu'à mon âge je pouvais voyager...je ne suis plus qu'une loque.

Suzanne regrette :

« ici, elles sont gentilles, elles font ce qu'elles veulent les femmes dans ma chambre. Oh remarque, elles discutent mais elles partent avant que j'ai fini de répondre, c'est bizarre, je ne suis pas intéressante ou je suis gaga oui c'est ça je suis gaga parce que je suis vieille ».

Les objets relationnels regardant le vieux sujet comme un objet à part, lui signifient son exclusion de la communauté en raison de sa non conformité à l'idéal groupal. Ce vieux sujet fait honte à sa communauté parce qu'il révèle la banalité, l'absurdité du combat pour la gloire et l'impuissance fondamentale de la nature humaine. Rejeté du groupe, juste parce qu'il devenu un homme incompetent, un vieil impotent, un vieux trop vieux, ce sujet honteux de lui-même, tente de s'accrocher à tous ceux qu'ils croisent, puis désabusé se cache, se replie, pouvant in fine, ayant perdu toute référence au groupe, s'exhiber éhonté et isolé, hors civilisation...l'heure est au dentier posé sur la table, au besoins fait portes ouvertes, au regard vide...

La mise sur la touche de vieil homme active la pulsion d'emprise, en raison des relâchements, et parfois des lâchers, relationnels subis. La pulsion d'emprise est au cœur du développement psychique, assurant le tissage des liens constitutifs de toute relation objectale, et donc de la construction psychique individuelle. Elle est à l'origine de tout investissement, objectale et narcissique. La disponibilité des objets, et leur capacité à faire preuve d'emprise en direction du sujet en question, est une des conditions de la dynamique vitalisante et structurante de l'emprise. Elle peut être emprise pour la vie ou emprise pour la mort.

La pulsion d'emprise peut rencontrer des obstacles, par excès ou par défaut d'expériences relationnelles mal ajustées. L'excès d'emprise se rencontre lorsque les objets relationnels contraignent le vieux sujet, passent outre ses désirs, ses demandes, ses besoins, niant son altérité, ne l'appelant « mamie » ou « papy » parce qu'il ne se soucie pas de son identité

avant de ne plus le nommer du tout et de l'amalgamer dans un « on » indifférencié. Le défaut d'emprise laisse le sujet sans objets auxquels se rattacher, sans objets pour le tenir, se tenir à lui, tenir à lui. En réaction, le vieux sujet en question peut se cramponner et devenir tyrannique pour son entourage. Il sera alors d'autant plus évité ou contraint par la force. Un engrenage pathogène s'organise et distille la violence dans la trame relationnelle. Parfois, privé de ce qui vivifiait sa vie psychique, soumis au travail de négation de sa subjectivité lui signifiant qu'il est d'un temps passé, le vieil homme se retire et se fait oublier, est oublié, ce qui l'amène à s'oublier lui-même et à se livrer en pâture aux autres.

L'excès d'emprise peut s'entendre :

« Non, non, vous n'irez pas aux toilettes maintenant, ce n'est pas le moment. »

« Mon mari, je l'empêche de sortir parce qu'il est bizarre dehors, les voisins me font des remarques, mais il m'en veut et ne supporte pas que je l'enferme et lui interdise d'aller chercher son journal. »

Le défaut d'emprise, lui s'observe surtout :

« Vient me voir » demande une vieille dame. « Oui, oui j'arrive », répond l'objet du désir qui passe mais ne s'arrête pas et ne reviendra pas.

« Bonjour, comment allez-vous ? » s'approche un autre sympathique qui ne rencontrera chez le vieil homme qu'un regard rapide, une main qui se refuse, une parole absente.

Le détournement des objets relationnels a des répercussions sur les mouvements identificatoires très actifs au cours du vieillissement. La relance des identifications est indispensable pour les aménagements de l'identité réalisés en fonction de l'évolution des réalités individuelles. Les mouvements identificatoires assurent la conservation de l'identité et l'élaboration de « l'être vieux ». Au cours du vieillissement, ils se réalisent en appui sur les objets internes et grâce à la reprise et à l'achèvement des anciennes identifications. La mobilisation du processus identificatoire se fait également en direction de nouveaux objets renforçant la dynamique narcissique et autorisant à vivre encore, en l'état. Ce travail identificatoire ne se réalise pas toujours correctement, soit en raison des difficultés psychiques du sujet, préalables au temps de la vieillesse ou générées par celle-ci, notamment si les objets externes se dérobent, ou rejettent la possibilité d'être considérés comme autre ressemblant ou refusent d'être saisis comme matière psychique, dont les

qualités peuvent être intériorisées pour servir et appareiller l'organisation psychique en difficulté et en travail pour ajuster l'identité.

Enfin, ce sujet âgé peut se tourner vers des objets relationnels de son âge. Il trouvera ceux qui s'agitent, ceux qui se plaignent, ceux qui font des remarques acides, ceux qui souffrent, ceux qui sont déformés.... Il y verra une image de son possible devenir ... Ils seront donc peu nombreux à pouvoir répondre au besoin identificatoire.

Etre vieux, devenir vieux, sur le plan individuel, sur le plan relationnel, peut faire violence. La violence agit et s'éprouve sur le plan narcissique et identitaire. Elle touche tout particulièrement l'idéalité du vieil homme, c'est à dire ce qui pousse à vivre, ce qui pousse à être, mais aussi ce qui canalise la vie pulsionnelle et offre des voies de satisfaction.

L'idéalité, est formée du moi idéal, de l'idéal du moi et du surmoi, tous trois établis à partir de la rencontre avec les premiers objets d'amour et les projections de leurs désirs et exigences. Rapidement, cette rencontre fait faire l'expérience du manque, de la frustration, de l'imperfection de soi et des autres. L'idéalité prend racine dans la désillusion et la recherche du mieux perdu à retrouver. Elle lance le sujet en quête du meilleur pour lui-même, dans l'espoir de devenir quelqu'un, quelqu'un de bien et de reconnu. Les trois formations psychiques qui constituent l'idéalité, retracent l'histoire pulsionnelle et objectale du sujet, assurent une voie de satisfaction et de contenance des pulsions, offrent un réservoir narcissique personnel dans lequel puiser sentiment d'existence et confiance en soi. Moi idéal, idéal du moi et surmoi sont intimement liés tout au long de la vie dans un alliage psychique constituant un champ narcissique tourné vers l'extérieur, proposant une zone d'illusion et de perspective à venir, maintenant dynamique une certaine idée de soi confirmant l'identité, donnant des raisons à l'investissement de soi.... Enfin, l'idéalité, bien constituée, assure suffisamment tout cela, quand tout va bien c'est-à-dire quand l'avenir n'est pas bouché, quand notre place dans le groupe n'est pas remise en question, quand il est possible de se reconnaître dans le miroir, quand nos réalisations et nos rêves sont sources de fierté et de satisfaction.

Mais, lorsque les équilibres relationnels et narcissiques sont réinterrogés par un Réel qui fait effet, la vieillesse et le vieillissement par exemple, l'idéalité est mise en chantier. Elle tente de traiter les excitations internes consécutives aux désétayages déjà évoqués. Elle essaie

d'endiguer le retour de la pulsion n'ayant trouvé ni objet, ni satisfaction, retour potentiellement auto destructeur. Elle puise dans les réalisations passées l'énergie suffisante pour investir le devenir et oser se présenter aux autres, malgré les rejets et les limites imposées par l'évolution temporelle. L'idéalité lutte contre les petites violences répétées du quotidien pour maintenir une zone d'illusion et de rêverie, pour maintenir un investissement de soi suffisant, afin de sauvegarder la psyché de l'impact du Réel de la mort, faillite corporelle, abandon socio-affectif, désorganisation psychique. Pendant longtemps, l'idéalité parvient à endiguer les mouvements psychiques destructurants. Elle réajuste les idéaux au fur et à mesure des changements de limites, elle assouplit les exigences, elle recentre les projets autour de la conservation de soi et du projet de vivre pour le plaisir en gardant une ouverture sur le monde.

Mais, la mobilisation de l'idéalité peut être insuffisante, de fait de sa fragilité constitutionnelle, et/ou du fait du trop plein de petites violences, et/ou du fait d'une violence de trop qui fait perdre la Foi.

On assiste alors à un effondrement de l'idéalité, qui correspond sur le plan concret à une perte totale des idéaux comme promesses à venir poussant à vivre encore et encore et à un retrait des investissements objectaux pouvant aboutir à un désinvestissement de soi majeur. Sur le plan psychique, cet effondrement correspond à une décomposition de l'idéalité. L'idéal du moi en souffrance laissera le moi idéal venir à la rescousse. Par la voie de ce moi idéal, vont être mobilisés les idéaux consolateurs de la petite enfance²⁰ apportant satisfaction narcissique immédiate qui autorise la poursuite de la vie. Cependant, les champs d'investissement vont se réduire au plus près de soi et en fonction de leur utilité et des bénéfices secondaires associés. Le recours au moi idéal a pour conséquence risquée de bloquer le fonctionnement psychique dans l'ici et maintenant, de favoriser le retour des investissements partiels du corps en particulier, et de provoquer le surinvestissement nostalgique d'un passé idéalisé, au regard duquel le présent et l'avenir font pâle figure. Le surmoi quant à lui est amoindri, ayant perdu sa référence au groupe et ses appuis sur l'idéal du moi, pour mobiliser la vie psychique en direction des idéaux du sujet et veiller au respect de ses projets. Il peinera à maintenir les directives organisatrices de la vie avec ses principes et ses objectifs, vectorisant les mouvements pulsionnels et la mobilisation du moi. Enfin, il pourra devenir, ou redevenir, cruel, réprobateur et méprisant pour le sujet lui-même,

²⁰ Ceux qui font croire à l'enfant que tout lui appartient, que tout tourne autour de lui et que ses désirs et ses besoins doivent mobiliser de façon inconditionnelle ses objets relationnels

apportant culpabilité et renforçant les éprouvés de honte de soi... l'auto destruction peut passer par lui, qu'il soit trop souple ou trop sévère.

Camille va nous aider à comprendre. Camille est un homme de 96 ans, belle allure, intelligence fine et ouverture d'esprit pouvant le décrire très sommairement. Il réside en EHPAD depuis sept ans, en compagnie de son épouse. Ils partagent le même espace privé. Ils sont là en raison de la pathologie dépressive, sévère et chronique, de madame. Ils sont un peu là aussi parce que Camille a perdu la vue, presque totalement, suite à deux interventions chirurgicales pour une cataracte. Camille a été opéré par un chirurgien qu'il avait choisi parce qu'il était le meilleur à Grenoble...Ce dernier a essayé sur lui une nouvelle technique chirurgicale venue de l'Amérique, maintenant abandonnée.... « Je suis en révolte depuis, je n'ai pas porté plainte parce qu'il a eu le courage – la violence ai-je pensé - de reconnaître que j'ai été son cobaye parce que j'étais vieux ». Camille semble malgré tout tirer profit d'avoir été choisi par un grand chirurgien.

Camille inquiète l'équipe qui le croise parce qu'il perd de l'autonomie, parce qu'il a demandé qu'on aide son épouse à sa place, parce qu'il est déprimé. Cette dernière, elle, perd de ses capacités motrices mais pour le reste va plutôt bien, elle participe aux activités avec intérêt, attend son kiné, fait ses exercices de marche dans le couloir en son absence.

Au début de nos rencontres, Camille déprimé, espère encore... il croit en une directrice qui va améliorer sa qualité de vie en gérant correctement la maison, il espère en la médecine pour l'aider à retrouver des forces, il s'intéresse à la vie locale et la critique, il tient son rang de vieux sage, il se tient à des idéaux bien tenus réalisant qu'un écart se creuse de plus en plus entre ses désirs et ses possibilités... les arcanes de sa dépression.

Mais, la nouvelle directrice ne fait pas changer le monde et ne fait pas le beau temps. **Mais**, le médecin ne répond pas à tous les appels et transmet désormais ses prescriptions par téléphone aux infirmières. La dernière visite a été conflictuelle, Camille s'accrochant à son médecin pour trouver des solutions à ses problèmes, lui signifiant que sinon il se laissera mourir. Le médecin lui précise qu'en effet il va finir par mourir et rapidement s'il continue à se laisser aller... **Mais**, son épouse est en forme ce qui désarçonne Camille qui dit à ce sujet « elle, elle est toute foutue, tout le monde le dit, regardez dans quel état elle est, depuis longtemps on ne peut plus rien en faire

et elle va mieux ». En se portant seule, son épouse trahit son héros-martyre de mari, ultime trahison de la plus proche de Camille.

Doucement mais sûrement, Camille est en train de perdre tout ce et tous ceux qui le poussent à vivre, à espérer, à être. Il veut « débarrasser les autres qu'il encombre ». La chute idéale touche bientôt le fond. La dépression cède la place à l'autodestruction qui peaufine son œuvre.

Le ventre de Camille est de plus en plus douloureux, bloquant toute circulation entre le dedans et le dehors ou faisant le vide de l'intérieur et de toute énergie ; le refus et maintenant l'impossibilité de manger sont installés ; le repli dans le passé se réalise tous les après-midi, pour l'instant, et Camille tout étonné précise « même les moments difficiles sont devenus enviables ».

Le moi idéal prend de la vigueur : le médecin est appelé sans relâche et vertement critiqué parce qu'il devrait être là constamment jusqu'à trouver une solution et laisser tous ses autres malades ; la directrice devrait lui donner une bonne nourriture et venir prendre de ses nouvelles – sa température ? – tous les jours. Des imagos parentales sont mobilisées en même temps que sont actualisées des positions infantiles. Les ersatz parentaux sont obligatoirement insatisfaisants et décevants. Les angoisses archaïques d'abandon, de persécution, se mobilisent, isolant Camille de plus en plus du monde extérieur.

Toujours relié à l'idéal du moi en souffrance, le surmoi assassine. « Je suis vraiment moins que rien, je n'ai même pas le courage de me supprimer », et pourtant c'est bien ce à quoi il participe activement.

Une note d'espoir reste cependant. Le champ narcissique qui prend appui sur le passé pour l'instant ne plonge pas dans l'abîme. Le corps sert encore l'investissement par le biais de la douleur qui fait sentir la vie à l'intérieur de soi. Et Camille confie « je pense à vous tous les jours, je voudrais vous donner mieux que ça ». Le désir n'est pas KO.

L'organisation psychique se trouve donc bien bouleversée au cours du vieillissement, notamment dans la vectorisation des énergies et de leur auto contenance. C'est un effet des petits riens du quotidien qui font violence, en raison de leur accumulation et de leur répétition. **Cette violence, passant par le corps, courant sur les liens relationnels, fait effraction ou s'installe insidieusement au sein de la psyché. Et là, de l'intérieur, elle fait son œuvre, obligeant dans l'urgence ou en douce, un travail de l'idéalité.** Ce travail, s'il ne parvient pas à maintenir un champ narcissique suffisamment tourné vers le monde extérieur, ses objets et ses promesses, n'assurera plus ses fonctions : envisager le devenir

en appui sur des idéaux tempérés ; nourrir le narcissisme pour maintenir une dynamique d'investissement équilibrée entre investissement de soi et investissement des objets externes ; contenir la vie pulsionnelle par l'investissement de l'à-venir comme voie de satisfaction, la fantasmatisation et les valeurs spirituelles ; soutenir Eros, de toutes ces façons, en limitant l'expansion des forces auto-destructrices.

Les ratés du travail de l'idéalité, entraînant une décomposition de l'alliage de ses formations, décontenance l'appareil psychique. Le champ narcissique se tourne vers le monde intérieur et infantile du sujet, les pulsions sont comme des électrons libres cherchant des objets de satisfaction externes et internes, honte et culpabilité lamentent le rapport du sujet avec lui-même. **La violence des petits riens du quotidien est devenue violence intra-psychique, du fait de l'échec des processus psychiques à traiter ses effets. Cette violence alimente le feu pulsionnel de l'autodestruction, petit feu régulier qui consume de l'intérieur, petit feu étouffé dont il faut redouter les retours de flamme, petit feu ambigu parfois si ténu et pourtant si efficace, pour tenir chaud quand même, pour brûler qui s'approche, pour réduire en cendres.**

Il reste alors au moins une chose à faire : réchauffer ce sujet en mal d'idéal d'une douce chaleur réconfortante, proposée à bonne distance et à dose homéopathique, suffisamment efficace pour être désirée, suffisamment intense pour diffuser en notre absence, suffisamment exprimée pour qu'il croit encore possible de vivre pour lui-même parce qu'il compte pour quelqu'un.

BIBLIOGRAPHIE

BALIER C.

1976 « Eléments pour une théorie narcissique du vieillissement ». *Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie*, 4, 129-153

BIANCHI H.

1987 *Le moi et le temps : psychanalyse du temps et du vieillissement*. Paris, Dunod.

DENIS P.

1997 *Emprise et satisfaction, les deux formants de la pulsion*. Paris, PUF.

CHASSEGUET-SMIRGEL J.

- 1995 « Le Surmoi et l'Idéal du Moi ». AMAR N., LE GOUES G., PRAGIER G., *Surmoi II*, Monographies de psychanalyse, Paris, PUF, 35-53
- 2000 « Voie courte, voie longue ». *Revue Française de Psychanalyse*, 5, Paris, PUF, 1675-1679.

DIATKINE G.

- 1995 « Les psychopathologies et leur surmoi ». AMAR N., LE GOUES G., PRAGIER G., *Surmoi II*, Monographies de psychanalyse, Paris, PUF, 135-146
- 2000 « Surmoi culturel ». *Revue Française de Psychanalyse*, 5, Paris, PUF, 1523-1588.

FERRANT A.

- 2001 *Pulsion et liens d'emprise*. Paris, Dunod ; (2003), « La honte et l'emprise », *Revue Française de Psychanalyse*, 5, Paris, PUF, 1781-1787.

GREEN A.

- 1993 *Le travail du négatif*. Paris, Editions Minuit.
- 2002 *La pensée clinique*. Paris, Odile Jacob.

HERFRAY C.

- 1988 *La vieillesse, une interprétation psychanalytique*. Paris, Desclée de Brouwer.

JOURNÉE D'ÉTUDE élaborée et organisée par

Véronique CHAVANE, Florence DIBIE-RACOUPEAU, Cédric GRANET,

Françoise GREPET, Michèle MYSLINSKI, Sébastien RICHER,

Catherine ROOS et Jean-Marc TALPIN

avec la contribution d'**Elodie RONJON** et de **Diana CHRISTIAN** (secrétariat A.R.A.G.P.)

Remerciements

au Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu