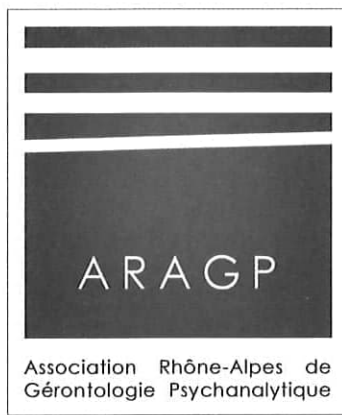




ENTRE HONTE ET IDÉAL, LA VIEILLESSE

**23^{ème} JOURNÉE D'ÉTUDE DE L'A.R.A.G.P.
LYON, 15 JANVIER 2010**

ENTRE HONTE ET IDEAL, LA VIEILLESSE

Et voilà, c'est le grand jour, et vous êtes là ! C'est réjouissant !

Cette année encore vous êtes présents en grand nombre et nous avons dû refuser des demandes de participations, faute de places... Merci à vous tous, présents et absents, de l'intérêt que vous portez à l'A.R.A.G.P., à ses actions, à ses travaux et aux rencontres qu'elle propose.

Je suis donc très heureuse de vous accueillir pour notre rendez-vous annuel...
Quel plaisir de retrouver « les habitués », de découvrir et recevoir ceux qui sont là pour la première fois !

Nous, « *ceux de l'A.R.A.G.P.* », sommes désireux non seulement de vous proposer une journée d'étude venant éclairer, soutenir, confirmer les pratiques cliniques et la réflexion de chacun mais aussi désireux de permettre aux acteurs gérontologiques, soucieux de la vie psychique des personnes qu'ils rencontrent de se retrouver, de construire et développer une pensée commune, de partager des expériences cliniques.

Notre rendez-vous hivernal nous renforce et nous conforte sur l'intérêt de poursuivre l'exercice de nos métiers dans le respect de la vie interne de nos patients trop souvent délaissés dans leur intimité affective, trop souvent exhibés et médicalisés au niveau de leur intimité corporelle.

Avant de vous présenter le déroulement de cette journée, nous souhaitons rendre hommage à l'un des pères fondateurs de la gériatrie clinique, de la gériatrie, **M. Robert HUGONOT**, qui est décédé en fin de semaine dernière.

M. Robert HUGONOT, médecin gériatre, chef de service hospitalier à Grenoble, est un homme auquel nous devons tous beaucoup, auquel les vieilles gens et leur famille doivent beaucoup.

Il a été un homme, visionnaire et créateur. Il est celui qui a pensé, il y a une quarantaine d'année, nécessaire de développer une pratique médicale spécifique pour les personnes devenues vieilles, persuadé qu'il était alors que ces dernières avaient des besoins particuliers du fait de leur vieillissement ; besoins qui devaient être connus, reconnus, afin que la médecine puisse aider à vieillir en meilleure santé.

Il a rapidement découvert que la gériatrie devait se décliner en complémentarité avec d'autres disciplines, comme la psychologie et la sociologie.

Il a enfin très vite compris de ses patients, que leur famille ne devait pas être tenues à l'écart des consultations et hors des services de l'hôpital. Ainsi M. HUGONOT a-t-il impulsé le premier centre d'examen spécialisé pour les personnes âgées à Grenoble. Il a contribué à la création du Centre Pluridisciplinaire Départemental de Gériatrie à l'université de Grenoble et a favorisé la mise en œuvre des premiers groupe de parole pour les familles avec Michèle MYSLINSKI... Plus tardivement, il a mis en place « Allô Maltraitance » (ALMA), des centres d'écoute téléphonique pour les personnes en situation de maltraitance. Sa vie professionnelle a été consacrée à la recherche clinique et au développement militant de la gériatrie, en Rhône-Alpes d'abord, en France et dans le monde.

Nous sommes les enfants et les petits-enfants de cet homme intelligent, entreprenant, imposant et sensible. Il nous appartient de continuer à développer une gériatrie active et humaniste. C'est ce que nous faisons en nous retrouvant aujourd'hui pour cette journée d'étude que nous avons appelée « **Entre honte et idéal, la vieillesse** ». Notre réflexion va être portée et nourrie par plusieurs intervenants : nous écouterons ce matin Mme Simone KORFF-SAUSSE puis après la pause, Mmes Françoise NAZ et Catherine ROOS ; en début d'après midi, présenteront leur communication, Mmes Martine MARGAT et Évelyne GRANGE-SEGERAL ; nous terminerons la journée avec le Dr Jean-Jacques DEPASSIO et son choix de courts métrages grinçants, comiques et poétiques.

Ce sont donc **les questions du devenir de l'idéal et de la place de la honte dans la vie du sujet au temps de sa vieillesse** qui seront au cœur de nos échanges.

Ces thématiques de travail s'inscrivent dans la continuité de la précédente journée d'étude qui portait sur la violence du vieillir. Nos réflexions nous avaient conduits au fil des communications à souligner le lien entre l'idéal, l'objet idéal, l'idéal du moi, l'idéalisation et la violence. La vieillesse et ce qui l'accompagne peuvent faire violence, à celui qui est concerné et à ceux qui l'entourent : violence faite à l'idéal et à ses figures, violences parfois déployées par l'idéal à l'intérieur de l'appareil psychique. La violence de l'idéal, la violence faite à l'idéal, font le lit de la honte, signe et symptôme du drame psychique en jeu, mais aussi tentative de régulation et de contenance des bouleversements internes.

Il s'agit aujourd'hui de trouver des repères conceptuels, de les éclairer d'expériences cliniques et d'apporter des éléments de compréhension sur l'articulation entre l'idéal et l'éprouvé de honte, afin que chacun puisse appréhender ces dimensions dans sa pratique. **Les communications de la journée nous emmènent au pays de l'idéal et sa possible tyrannie, nous plongent au cœur de la honte issue de la déflation de l'idéal personnel et culturel, honte surgissant de la mauvaise adéquation entre ce que l'on voudrait être et ce que l'on est, entre ce que les autres attendent que l'on soit et ce que l'on peut être, entre ce que nous pensons que les autres voudraient que l'on soit et ce que l'on parvient juste à être...**

Ces difficultés d'ajustement créent de la douleur, des exigences, des injonctions et peuvent entraîner la chute de l'être, peut-être une désubjectivation, que la honte tente d'éviter ; la honte, issue de notre lien avec la communauté des hommes et ses attentes, est souvent à penser comme un cran d'arrêt au processus d'exclusion. L'éprouvé de honte témoigne du maintien du sentiment et du désir d'être un homme, une femme parmi d'autres semblables. Il sera aussi question de l'idéal et de la honte qui appartiennent au cercle familial de la personne âgée et à son entourage professionnel. Enfin, les courts-métrages mettront en image, en perspective, saisiront nos sens et nos émotions, seront là pour surprendre, détendre, inviter à la rêverie...

Pour l'heure nous avons la chance de pouvoir entendre Mme KORFF-SAUSSE que nous remercions d'avoir accepté d'animer cette journée.

Mme KORFF-SAUSSE est psychanalyste, maître de conférences à Paris 7.

Ses travaux enrichissent considérablement les cliniques du handicap, cliniques très touchées par les troubles de l'idéal. Ses travaux sont passionnants et nous rendent

plus intelligents. Ils ont toujours le souci de nous aider à développer nos connaissances sans jamais faire passer au second plan la réalité humaine de l'autre.

Mme KORFF-SAUSSE, vos travaux, votre réalité concrète, m'ont beaucoup aidée dans mes rencontres avec l'autre dont la différence saute aux yeux, avec celui qui n'est pas conforme, dont on ne sait que faire, qui fait honte, qui s'oublie et se perd à lui-même... Vos travaux m'ont soutenue pour lutter contre la toujours possible déshumanisation de cet autre soi-même que l'on voudrait radicalement étranger à soi-même. Vous aidez à tenir et à oser.

Je suis toute étonnée et honorée d'être à vos côtés. Je suis émue de pouvoir vous dire et de pouvoir partager avec tous ici, que l'une de vos réflexions m'accompagne souvent, les jours de découragement, les jours où je ne crois plus en celui que je rencontre, les jours où chute de l'idéal, sentiment de honte et violence interne font rage en moi, en l'autre.

Vous écrivez dans le « miroir brisé » :

*« Il y a toujours quelque chose qui se dit,
Même dans le silence,
Il y a toujours quelque chose à comprendre,
Même dans l'absurde »*

...l'absurde, interroge l'idéal et ses figures individuelles et culturelles,
...le silence fait écho à la honte et à ses ravages.

La vieillesse, figure de l'absurdité de certains de nos combats,
La vieillesse, qui se voit, qui se cache, qui se tait et se replie...
La vieillesse, entre honte et idéal, met en lumière un axe de la dynamique psychique qui s'active, fait souffrir, maintient en vie dans la communauté humaine.

Mireille TROUILLOUD,
Vice-présidente de l'ARAGP

« La vieillesse est une expérience humaine, elle est une réalité sociale, elle est une réalité politique, elle est une réalité culturelle... »

SOMMAIRE

Entre honte et idéal : La vieillesse.....Page 6

Simone KORFF-SAUSSE

La honte par procuration. Présentation clinique.....Page 25

Françoise NAZ

De Faut pas en Faux-pas.....Page 34

Catherine ROOS

Bien ou mal vieillir, enjeu de la culture familiale.....Page 48

Martine MARGAT

Destins de la honte dans le travail

de supervision d'équipe auprès de patients âgés.....Page 57

Évelyne GRANGE-SEGERAL

ENTRE HONTE ET IDEAL : LA VIEILLESSE

Simone KORFF-SAUSSE ¹

J'ai été frappée (presque amusée ...) de retrouver dans la présentation de cette journée quelque chose que je connais bien dans la clinique du handicap : « *Comment pouvez-vous vous occuper de cela ? Moi je ne pourrais pas. C'est admirable !* ». Ce propos est bien évidemment une formation réactionnelle² qui en dit long sur les représentations inconscientes individuelles et collectives exprimant l'ambivalence fondamentale, source de rejet, à l'égard du handicap et que je retrouve ici liée à la vieillesse.

Que cache cette admiration ? Quelque chose de honteux qu'il s'agit de dissimuler en la transformant en son contraire. De la honte à l'admiration, ou de l'admiration à la honte, cela pourrait être notre premier point.

Corps vieillissant, corps honteux, corps persécuteur : l'inquiétante étrangeté.

Le corps sain est un corps silencieux, on l'a dit. Dans notre expérience quotidienne, quand tout va bien, il y a une évidence des éprouvés corporels, qui sont vécus dans ce que Winnicott³ appelle le sentiment de continuité d'existence.

¹ Psychanalyste, Maître de conférences à l'UFR Sciences Humaines Cliniques de l'Université Denis Diderot, Paris 7. Membre de la Société Psychanalytique de Paris. E-mail : sksausse@hotmail.com

² La formation réactionnelle ou le contre-investissement est un processus postulé par Freud qui consiste à empêcher activement que des représentations ou des désirs inacceptables ne surgissent dans la conscience, en favorisant d'autres représentations, les formations réactionnelles, qui viennent à la place des pensées interdites et ont pour fonction de les masquer. "La plupart des apôtres de la pitié, des philanthropes, des protecteurs d'animaux ont fait preuve, dans l'enfance, de penchants sadiques et se sont distingués par leur cruauté envers les animaux.", écrit Freud (p.244).

³ Winnicott D.W., (1949), L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma, De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969.

Ils se rassemblent dans une unité :

- construite sur des repères spatio-temporels ;
- qui sont liés par l'investissement libidinal ;
- quand tout va bien, l'esprit « n'est rien de plus alors qu'un aspect particulier du fonctionnement du psyché-soma », écrit Winnicott.

Mais lorsqu'il quitte ce qu'on appelle l'état de santé – maladie, handicap, accident, vieillissement – ce corps qui paraît aller de soi, vécu avec un sentiment d'unité et de continuité, source d'éprouvés naturels et non questionnés, devient une figure de l'inquiétante étrangeté.

Lorsqu'il subit des modifications notables, douloureuses et invalidantes, le corps si familier devient étranger. Ce qui devrait être un compagnon familier et bienveillant devient un intrus menaçant. Lorsque le corps est malade, c'en est fini de la tranquille cohabitation avec lui. De compagnon docile et silencieux, le corps devient un persécuteur bruyant et rebelle, source d'inquiétudes et de menaces. Le malade se sent trahi par ce corps tout d'un coup défaillant, et menaçant de disparaître en entraînant avec lui le sujet psychique, qui se croyait à l'abri, se berçant de l'illusion d'immortalité, dont Freud dit qu'elle caractérise l'inconscient, qui ne connaît pas la mort. Ce corps ne tient pas ses promesses d'immortalité, c'est un traître.

Ce corps suscite la honte. Aussi bien chez le sujet lui-même que chez ceux qui le regardent et ceux qui le soignent. Le honteux serait-il le retour à l'enfance ? Dans une société où la valorisation de l'autonomie est dominante, la perte de l'autonomie ne peut en effet être que dévalorisante, péjorative, honteuse.

Le sentiment de honte que suscite le corps vieillissant est fonction aussi des représentations sociales, surtout celles relatives à la mort. Selon la conception de la mort dans la société, le vécu du vieillissant ne sera pas le même. La honte sera moindre dans une société où le vieillard est un sujet respecté ; elle sera accrue dans une société où le vieillard est méprisé. Il y a des facteurs socio-culturels qui déterminent la manière de vivre le vieillissement. Mais comme les représentations, en tout cas dans notre société moderne, sont multiples et contradictoires, le sujet a en quelque sorte le choix de privilégier dans son vécu personnel telle ou telle image du vieillissement. C'est là où l'on retrouve les facteurs personnels de chacun et la question de savoir de quoi dépend ce choix. On a pu poser à propos de la résilience une question analogue : pourquoi tel sujet est plus résilient que les autres ? De même, pourquoi tel sujet est plus ou moins atteint par les images dévalorisantes concernant le vieillissement ?

Vieillesse et handicap

Mon point de vue provient de ma pratique et de mes recherches dans le champ clinique du handicap. Il faut donc, au préalable, examiner le rapprochement entre le champ du vieillissement et celui du handicap.

À l'heure actuelle, on a en effet tendance à rapprocher le secteur du handicap et celui du vieillissement : il y a des points communs en ce qui concerne les dispositifs, les services et les politiques concernant l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dépendantes. Mais il y a aussi des points de divergence.

En réalité, la réunification des deux champs risque d'entraîner une globalisation qui méconnaît la spécificité de chacun et de produire des amalgames. On valorise les points communs au risque de perdre de vue les différences sur le plan clinique, or il y en a et il faut les repérer, sinon on commet des erreurs dans l'approche psychopathologique. De même, on peut se demander si les représentations inconscientes inquiétantes que suscite le handicap sont les mêmes pour le vieillissement. Et, là encore, on peut se tromper et glisser vers un amalgame qui ne tient pas compte des données singulières de chaque situation. La conséquence de cette confusion est de donner une vision fautive des situations de vieillissement.

À cette tendance – ou tentation – de rapprocher handicap et vieillissement, il y a des raisons socio-politiques et idéologiques. On retrouve une tendance analogue à regrouper dans une même catégorie les enfants autistes et les enfants handicapés, les psychotiques adultes et les invalides, pour des raisons évidentes : bénéficier d'allocations, valoriser l'action éducative au détriment du soin, discréditer la psychothérapie, dépsychiatriser, dénier la notion de maladie mentale.

Néanmoins, le point commun pourrait être la honte.

La première honte apparaît dans le récit de la Genèse, lorsque Eve cède à la tentation du serpent et mange avec Adam le fruit défendu. Il s'en suit la Chute et la sortie du jardin d'Eden qui marque la sortie de l'état de non-connaissance. La honte est liée à la découverte d'appartenir à une espèce sexuée et mortelle. Il y aurait un lien entre d'une part la nudité, l'absence de honte, la non-connaissance de la différenciation du Bien et du Mal qui seraient les caractéristiques du paradis perdu, et d'autre part la connaissance qui entraîne les

épreuves douloureuses de l'humain. Loin du Jardin d'Eden, le sujet doit enfanter dans la douleur, gagner son pain à la sueur de son front, risquer la rivalité et la mort. Accepter le temps et l'histoire, c'est-à-dire consentir à la finitude et la mort.

D'après Albert Ciccone et Alain Ferrant⁴, la honte est à différencier de la culpabilité :

« *La culpabilité exprime une tension entre le moi et le surmoi à partir de la transgression effective ou fantasmée d'un interdit. La honte signe plutôt une situation de tension entre le moi et l'idéal du moi. Elle témoigne de l'échec du moi au regard de son projet narcissique. Dans la honte, le sujet n'est pas fautif mais indigne.* » (p.7). Ainsi la culpabilité correspond à l'expérience d'avoir perdu un objet d'amour ou de l'avoir abîmé, tandis que la honte correspond à une blessure narcissique et un sentiment de disqualification de l'humanité, qui provient non pas de l'expérience de perdre ou d'abîmer l'objet, mais de l'expérience d'être perdu ou d'être abîmé pour l'objet. Par conséquent le sujet sera identifié à un objet déprécié, abîmé, avili, humilié. La honte correspond donc à une atteinte de l'idéal du Moi. En quelque sorte, avec la honte, l'objet - disqualifié et rabaissé - a perdu le sujet. Pour les auteurs, c'est un processus similaire à l'identification mélancolique : « *On peut dire que la honte est à la mélancolie ce que la culpabilité est à la dépression.* »

La honte est différente de la culpabilité : plus archaïque, plus inexorable, plus implacable. Elle concerne une souillure liée à un destin, plutôt qu'une faute rattachée à une responsabilité.

La honte désigne quelque chose qui est dévoilé et atteint l'image de soi. Si la honte est un sentiment terriblement douloureux qui peut paralyser une personne, produire de l'exclusion et détruire une vie, elle est aussi un affect qui organise le chaos et introduit une échelle des valeurs. En ce sens la honte est un facteur d'intégration sociale. Elle implique une dimension sociale, car elle implique l'autre.

La honte passe toujours par le regard d'un autre, même intériorisé, puisqu'il suffit de l'imaginer pour éprouver la honte. La honte est un sentiment qui circule et se propage. On peut avoir honte de quelque chose, mais aussi honte pour quelqu'un. "J'ai honte pour lui", dit-on alors. Lorsqu'un individu n'exprime pas lui-même le sentiment de honte, je l'éprouve pour lui. On pourrait même dire que lorsque j'éprouve de la honte pour une autre personne, je témoigne de la nécessité du lien social. Il faut que quelqu'un éprouve de la honte, sinon l'organisation sociale se désagrège. Imaginons une société sans honte... Ce serait une société perverse.

⁴ Albert Ciccone, Alain Ferrant, Honte, culpabilité et traumatisme, Dunod, 2009.

Essayons maintenant de comparer la honte dans le domaine du handicap et celui du vieillissement. On retrouve comme points communs la blessure narcissique, la déchéance, l'abject. Mais il y a bien des différences. Pour le handicap, la honte est liée à la question lancinante : Pourquoi moi ? Pourquoi nous ? Et le handicap est vécu dans la mythologie comme un châtiment des dieux qui vient punir celui qui a commis une faute, la plus souvent sexuelle et incestueuse. Ce sentiment de honte donnera lieu à la culpabilité qui vient donner sens à ce qui est un événement absurde. Il se produit alors des scénarios fantasmatiques qui cherchent une cause qui pourrait donner sens à cet événement absurde : « voilà pourquoi... ». Avec une approche psychanalytique, nous pouvons repérer quels sont les fantasmes que ces situations mobilisent⁵. Quelles sont les représentations, aussi bien conscientes qu'inconscientes, collectives qu'individuelles qu'elles suscitent, et qui déterminent les pratiques sociales des acteurs sociaux, souvent à leur insu ?

Cette démarche s'appuie sur les idées fondatrices de Georges Devereux⁶ qui postule qu'il y a une étroite correspondance entre les comportements culturels d'une part et les pulsions, désirs et fantasmes individuels, d'autre part. *"Si les ethnologues dressaient l'inventaire exhaustif de tous les types connus de comportement culturel, cette liste coïnciderait point par point avec une liste également complète des pulsions, désirs, fantasmes, etc., obtenus par les psychanalystes en milieu clinique"*.

C'est ainsi que j'ai pu dégager les représentations suscitées par le handicap qui sont probablement la source du rejet qu'il continue de susciter.

Elles se déploient selon trois axes :

- une filiation fautive : l'anormalité est vécue comme le châtiment d'une faute incestueuse qu'elle vient dévoiler au grand jour.
- une transmission dangereuse : l'anormalité vient montrer de manière douloureuse et inquiétante que nous ne maîtrisons pas les processus de transmission, comme on aimerait le croire, et comme l'illusion scientifique aimerait le croire. Nous ne savons pas ce que nous transmettons ; nous ne savons pas ce qui nous a été transmis.
- une procréation interdite. À partir de là, il faut arrêter la filiation et la transmission : il faut donc arrêter la procréation. Les personnes handicapées, dans notre société, ont droit à la sexualité, certes, mais pas à la parentalité, ou du moins si cette question émerge de plus en plus, elle rencontre encore beaucoup de tabous.

⁵ Korff-Sausse S. (2010), *Figures du handicap. Mythes, arts, littérature*, Petite Bibliothèque Payot, 2010.

Korff-Sausse S. (1996), *Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Paris, Calmann-Lévy. Réédité en 2009, Pluriel, Hachette-Littérature

⁶ Devereux G. (1955), *Culture et inconscient, Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Champs/Flammarion, 1985, p.79-103.

Apparemment, ces représentations ne correspondent pas au vieillissement, mais nous verrons qu'elles y apparaissent quand même sous une autre forme.

Par contre, la question de la culpabilité ici nous interroge. De quoi le sujet vieillissant serait-il coupable ? La différence, et elle est de taille, c'est que le handicap est un phénomène contre-nature (ou du moins il est vécu comme tel, qui va à l'encontre du développement normal, à l'écart de la norme) alors que le vieillissement est dans le cours normal des choses, qu'on le veuille ou non, c'est-à-dire qu'on l'admette ou qu'on le nie. Car même s'il y a déni, n'empêche que tout le monde connaît l'incontournable du vieillissement qui conduit à l'incontournable de la mort.

Dès lors on peut s'interroger : pourquoi un phénomène naturel suscite-t-il de la honte ? Coupable de quoi ? Où est la transgression ? De n'avoir pas obéi à l'idéal ?

Si le vieillissement est un processus naturel, il n'y a pas lieu d'en avoir honte. Les phénomènes du vieillissement, la déchéance, sont-ils une transgression d'une manière générale ? Ou est-ce qu'ils sont transgression dans une société qui vit dans le déni de la mort, la hantise panique du vieillissement, l'idéalisation de la beauté et de la jeunesse, la primauté de l'autonomie ? Dans ce cadre, le vieillissement est une transgression et doit être puni ou rejeté. Cette comparaison amène donc à dire que la honte est accentuée dans le domaine du vieillissement.

Plus il y a d'idéal, plus il y a de honte.

La honte se définit par rapport à quelque chose qui est l'idéal. Je vais donc m'intéresser à l'articulation entre les deux, idéal et honte, en faisant la proposition suivante :

Plus il y a d'idéal, plus il y a de honte.

Avec ses corollaires :

L'intensité de la honte est proportionnelle à la force de l'idéal C'est par rapport à l'idéal que se déploie la honte. Plus on est dans l'idéal, plus on risque de souffrir de la honte.

À la limite, s'il n'y a pas d'idéal, la honte n'a pas lieu d'être.

Et inversement : l'absence de honte marque l'absence d'idéal.

Cette hypothèse entraîne des implications cliniques :

Le vieillissement provoque et suscite la honte, mais l'intensité de cette honte, ainsi que son évolution – accentuation ou atténuation – dépend de la force de l'idéal chez le sujet.

En quelque sorte : pour traiter la honte, il faut traiter l'idéal.

Sur le plan clinique : lorsque surviennent les situations liées au vieillissement et qui suscitent la honte, afin de ne pas trop en souffrir, le sujet doit renoncer à l'idéal.

Mais que veut dire renoncer à l'idéal ?

Freud a d'abord décrit l'Idéal du Moi, qui sera ensuite synonyme du Surmoi.

L'idéal du Moi apparaît au moment où l'enfant est obligé de renoncer à sa toute puissance narcissique, étant en quelque sorte le substitut du narcissisme de l'enfance. Il constitue un modèle, issu du narcissisme de l'enfant et des identifications aux parents idéalisés ou au Surmoi parental, auquel le sujet cherche à se conformer.

Cette idéalisation, pour Freud, est le processus par lequel le sujet admire, surestime et valorise les qualités de l'objet. Mais pour Mélanie Klein, l'idéalisation est aussi un mécanisme de défense contre les pulsions destructrices. Cette notion a été introduite par elle en 1935, au même moment que la position schizo-paranoïde. Face aux angoisses d'abandon et de persécution, l'enfant met en place des mécanismes de défense, dont l'idéalisation fait partie. Pour lutter contre les angoisses, il constitue un objet idéalisé. Pour élucider les premiers processus de clivage, il est essentiel de distinguer le bon objet et l'objet idéal, encore qu'il soit difficile de les différencier de façon rigoureuse. Un très profond clivage entre les deux aspects de l'objet indique qu'il n'intervient pas entre le bon objet et le mauvais objet, mais entre l'objet idéalisé, d'une part, et le très mauvais objet de l'autre. Une scission aussi profonde et aussi nette témoigne de l'intensité des pulsions destructrices, de l'envie et de l'angoisse de persécution ; l'idéalisation sert surtout de défense contre ces affects ⁷(p.34).

Il est difficile de distinguer le bon sein du sein idéal, qui n'est jamais loin du mauvais sein persécuteur. C'est l'un des points forts de la théorie kleinienne, développée à la fin de sa vie dans un de ses derniers ouvrages, *Envie et Gratitude* : « *Une idéalisation excessive indique que la persécution constitue la principale force pulsionnelle. J'ai découvert, il y a de*

⁷ Klein M., 1963, *Envie et Gratitude et autres essais*, Tel, Gallimard, 1968 pour la traduction française.

nombreuses années, dans mon travail avec de jeunes enfants, que l'idéalisation est un dérivé de l'angoisse de persécution et constitue une défense contre elle – et que le sein idéal est le complément du sein dévorant. »

Lorsque les relations sont marquées par l'idéalisation, l'objet doit être parfait. Mais comme il ne l'est pas ..., « *la personne autrefois idéalisée devient souvent un persécuteur* » (p.35-36). La clinique du vieillissement montre aussi cette oscillation entre perfection et abjection, idéalisation et persécution, horreur et fascination.

L'idéalisation rend intransigeant, implacable, car on ne pardonne rien à l'objet idéalisé. On ne tolère pas ses imperfections. L'idéalisation consiste à détacher les bons aspects de l'objet (par un mécanisme de clivage), séparés des mauvais aspects (qui seront traités par le déni). Cela évite l'ambivalence, l'objet étant scindé en extrêmement bon et extrêmement mauvais. On est dans une logique du tout ou rien. Déni, clivage et idéalisation font partie d'une même stratégie du moi, qui tend à maintenir le plus éloignées possible l'extrême perfection de l'objet idéal et la malveillance extrême des persécuteurs. En fait, ceux-ci risquent de se renforcer mutuellement. L'idéalisation a donc partie liée avec la persécution.

« Une idéalisation excessive indique que la persécution constitue la principale force pulsionnelle (...) le sein idéal est le complément du sein dévorateur », écrit Mélanie Klein dans son ouvrage *Envie et Gratitude*, (op. cit. p.35).

Puis encore : « *Quand l'angoisse de persécution diminue, on peut se rendre compte que l'objet n'était pas parfait, sans perdre la confiance et l'amour pour lui, et sans craindre sa revanche* » dans *Essais de psychanalyse* (p.353)

Si l'objet idéalisé c'est le corps propre, soi-même, son fonctionnement psychique, toute sa personne, le sujet devient intolérant à l'égard de lui-même. On voit alors comme le vieillissement va l'atteindre à travers l'idéal. Il ne se supporte plus.

Il ne supporte plus de se voir dans le miroir ou le regard des autres. Car la honte a toujours à voir avec le regard. Quelque chose devient honteux parce qu'il est vu par les autres. Est honteux ce qui est visible, ce qui est dévoilé. D'ailleurs ce qui est honteux, on le cache pour ne pas éprouver le sentiment déplaisant de la honte.

On le cache tant qu'on peut. Mais les possibilités de dissimulation des effets honteux du vieillissement se réduisent au fil des ans. Il arrive un moment où cela ne peut plus se dissimuler. Il faut accepter que cela se voie. C'est alors que le sujet est confronté à l'épreuve de l'acceptation, de la révolte ou de la dépression.

« Face à cette expérience en peau de chagrin, il y a ceux qui se rebellent, ceux qui se dépriment et ceux qui continuent la lutte avec les moyens du bord », écrit Gérard Le Gouès⁸.

Je dirais que ces trois attitudes peuvent se retrouver en alternance chez une même personne dans ce que j'appellerais une forme de négociation.

Il faut négocier, trouver des compromis, entre l'idéal et la honte, ce qui pourrait donner sens au titre de cette journée. La capacité de négociation dépend de la qualité et la solidité des objets internes, des capacités transformationnelles, éventuellement les défenses maniaques, le recours au déni, la tolérance aux affects dépressifs. Il faut accepter de perdre.

« On meurt par petits bouts avec une si terrible lenteur : chaque dent, chaque muscle et chaque os prend spécialement congé de nous, comme si nous étions liés par des relations particulièrement excellentes », écrit Hermann Hesse⁹ dans son essai sur le vieillissement. « On ne renonce jamais à rien, dit Freud, on ne fait que substituer une chose à une autre ». Ce qui nous intéresse dès lors ce sont les capacités de substitution, c'est-à-dire de transformation, de déplacement des investissements.

Désidérialisation

Je dirais donc que les conditions du vieillissement dépendent de la capacité du sujet vieillissant à se confronter à ce travail de remaniement psychique entre idéal et honte. Que fait-il de l'objet idéal ? Dans quelle mesure peut-il y renoncer ? D'après mon expérience, cette capacité dépend de la place que cet objet a eu tout au long de son existence, dans son organisation psychique.

Claude Balier¹⁰ parle d'une « *mutation dynamique de l'Idéal du Moi* ». Je préfère parler de désidérialisation, car la mutation c'est le but, l'objectif, le résultat – un vœu pieu en quelque sorte – mais cela ne rend pas compte du processus qui se met en place, ou qui n'arrive pas à se mettre en place.

⁸ Le Gouès G., Image de soi et vieillissement, Les représentations du corps vieux, PUF, 2008.

⁹ Hesse H., Eloge de la vieillesse, (textes de 1952) traduction française, Calmann-Lévy, 2000.

¹⁰ Balier C., Eléments pour une théorie narcissique du vieillissement, Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie, 4, p.129-153.

La désidéalisation est un travail psychique, long et difficile, parfois dangereux. Mélanie Klein parle de dé-idéalisation : « *La dé-idéalisation survient lorsque le sujet prend conscience que le bon objet n'atteindra jamais à la perfection qu'on pourrait attendre d'un objet idéal. La prise de conscience qu'aucune partie du soi n'est vraiment idéale est encore plus douloureuse. J'ai pu constater que le besoin d'idéalisation n'est jamais complètement abandonné, même s'il tend à diminuer au cours du développement normal grâce à la confrontation de la réalité interne et externe.* » (Envie et Gratitude, p.127).

Cette désidéalisation va de pair avec une désidentification qui rappelle ou répète les désidentifications antérieures, qui correspondent aux étapes de la construction identitaire tout au long de l'existence. Pour accéder à l'identité sexuelle, le garçon comme la fille doivent, au moins en partie, se désidentifier du parent du sexe opposé¹¹. Le devenir-adulte implique de ne plus être un enfant, puis un adolescent. Le devenir-vieux implique de ne plus être cet homme ou cette femme d'âge mûr, en pleine possession de ses moyens. En traversant ces étapes, le sujet devra maintenir malgré tout le « sentiment de continuité de l'existence » décrit par Winnicott. C'est la tâche qui incombe à l'être humain.

Si le vieillissement bouleverse les repères identificatoires et par conséquent entraîne une reprise du travail des identifications, se pose la question : Quels repères ? Quels modèles ? Quelles images ? Il faut bien dire qu'elles sont souvent négatives et contraignantes.

Les contraintes, les intolérances et les injonctions pèsent lourd et renforcent le Surmoi : « *Tu dois rester jeune, tu dois rester beau* ». La pression surmoïque devient de plus en plus source de souffrance lorsque les atteintes corporelles s'accumulent, lorsque la vulnérabilité remet en question l'illusion de toute puissance, lorsque la fragilité fait éclater le sentiment de maîtrise.

Par contre, la désidéalisation permet un allègement du Surmoi, qui est vécu par les personnes vieillissantes comme soulagement. Elles évoquent alors une réconciliation avec le corps. Si l'idéalisation cède, le corps ne sera plus un corps persécuteur, mais un corps bienveillant.

« *Mon visage et moi nous allons vieillir ensemble* », écrit Marguerite Duras¹². Soudainement, en pleine jeunesse, Marguerite Duras a eu le visage vieilli.

¹¹ Stoller R., Dynamique des troubles érotiques, Monographies de la R.F.P. Les troubles de la sexualité, Paris, PUF, 1993.

¹² Duras M., L'Amant, Ed. de Minuit, 1980, p.9-10.

« Entre dix-huit ans et vingt-cinq ans, mon visage est parti dans une direction imprévue. À dix-huit ans, j'ai vieilli (...) Ce vieillissement a été brutal. Je l'ai vu gagner mes traits un à un, changer le rapport qu'il y avait entre eux, faire les yeux plus grands, le regard plus triste, la bouche plus définitive, marquer le front de cassure profonde. Au contraire d'en être effrayée, j'ai vu s'opérer ce vieillissement de mon visage avec l'intérêt que j'aurais pris par exemple au déroulement d'une lecture. (...)

Ce visage-là, nouveau, je l'ai gardé. Il a été mon visage, il a vieilli encore, bien sûr, mais relativement moins qu'il n'aurait dû. J'ai un visage lacéré de rides sèches et profondes, à la peau cassée. Il ne s'est pas affaissé comme certains visages à traits fins, il a gardé les mêmes contours, mais sa matière est détruite. J'ai le visage détruit ».

Il pourrait s'agir d'une forme de compassion à l'égard de soi-même, or la compassion est souvent confondue avec la pitié qui a mauvaise presse, car elle est dévalorisante. C'est pourtant ainsi que le sujet vieillissant pourrait s'exclamer en s'adressant à son corps : « Tu n'as donc pas pitié de moi ! » Le vieillissement produit une dévalorisation de soi, qui est source de dépression et peut activer le noyau mélancolique, d'autant plus qu'en quelque sorte la mélancolie est une maladie de l'idéal. Le sujet mélancolique est atteint d'une blessure inguérissable et ne se remet jamais d'avoir perdu l'objet idéal. Mais la dépression n'est pas qu'un symptôme ou une pathologie, elle fait partie de la vie psychique. Ainsi Pierre Fédida¹³ a écrit un livre sur les bienfaits de la dépressivité, développant l'idée que la position dépressive est un ressort majeur de la vie psychique et qu'elle est l'origine de la pensée et la source de la créativité.

James Gammill¹⁴, très inspiré par la théorie kleinienne, parle d'une dépression primaire antérieure à la position schizo-paranoïde, différente de la position dépressive qui implique une processualité psychique complexe, c'est une lutte contre la douleur corporo-psychique, proche des angoisses autistiques du « trou noir » de Frances Tustin, la dépression primaire constituerait un moment normal dans le développement du petit enfant. Une fois dépassée, elle garde néanmoins une potentialité de retour, se manifestant dans la psycho-somatique et dans la clinique des personnes âgées. La résolution de la dépression primaire, au moyen du maternage suffisamment bon, est une des conditions pour accéder à la position schizo-paranoïde normale, telle que Mélanie Klein l'avait envisagée.

Elle qui disait à ses élèves :

¹³ Fédida P., Les bienfaits de la dépression, Odile Jacob.

¹⁴ Gammill J., La position dépressive au service de la vie. Paris, Ed. In Press, 2007.

« Vous devez laisser la position schizo-paranoïde se développer pleinement et ne jamais essayer de pousser le patient vers l'intégration de ses sentiments d'amour et de haine envers vous ni des bons et des mauvais aspects de vous en tant qu'objet de transfert. Car si vous tentez de pousser l'intégration vous allez créer la confusion entre bon et mauvais ou créer des sentiments d'une culpabilité prématurée et persécutrice. Si l'on réussit à diminuer les angoisses de la position schizo-paranoïde par des interprétations justes le mouvement vers l'intégration de la position dépressive va arriver tout naturellement mais avec de nouvelles angoisses à ce niveau, qui devront être constamment interprétées. »

Elle ajoute : *« Car si vous tentez de pousser l'intégration, vous allez créer la confusion entre bon et mauvais ou créer des sentiments d'une culpabilité prématurée et persécutrice »*. N'est-on pas confronté au même problème dans la clinique du vieillissement ? De cette proposition découlent certaines implications dont il faut tenir compte me semble-t-il, dans nos pratiques auprès des personnes âgées.

Il ne faut pas pousser l'enfant...

Il ne faut pas pousser la personne âgée, c'est-à-dire ne pas aller à l'encontre du mouvement régrédient.

Il faut admettre la désintégration.

Le vieillissement réactive les constellations infantiles des positions schizo-paranoïdes et dépressives : angoisses et défenses de nature primitive, terreurs d'annihilation, de non-intégration, qui mettent en danger le sentiment de continuité de l'existence et réactivent les encapsulations autistiques isolantes.

Les patients ont besoin d'être compris à ces niveaux-là. Mais il n'est pas facile ni pour les familles ni pour les soignants de supporter cette régression vers des registres archaïques. Bien souvent les personnes de l'entourage veulent absolument ramener les personnes âgées vers des niveaux de fonctionnement psychique mieux intégrés, où eux-mêmes se sentent plus à l'aise.

L'infantile revisité.

On rencontre souvent l'idée assez stéréotypée que le vieillard retourne à l'enfance.

Or, comme le dit le psychanalyste britannique W.R. Bion, on ne revient jamais en arrière et je propose donc de voir dans les processus psychiques du vieillissement non pas une régression, mais un remaniement. Plutôt que d'y voir le retour vers le fonctionnement infantile précoce, je préfère envisager les processus psychiques liés au vieillissement comme le développement d'un fonctionnement spécifique. Dans ce sens, en suivant le

modèle bionien, qui considère l'appareil psychique fondamentalement comme un appareil à transformer, le vieillissement serait encore au service de la croissance psychique.

Plutôt que de parler de retour à l'enfance, je préfère dire qu'il y a une reprise de l'infantile.

À l'occasion du vieillissement, l'infantile est revisité. Ce n'est pas un vieillard qui redevient enfant, mais les processus psychiques infantiles qui sont ré-utilisés. Quelque chose s'est mis en place aux premiers temps de la vie qui se perpétue et se réactive aux derniers moments de l'existence. Il nous est impossible de revenir en arrière, vers le corps jeune, et il nous est impossible d'y renoncer. N'oublions pas que l'appareil psychique est issu de la néoténie du petit humain, c'est-à-dire l'inachèvement et la dépendance à l'autre, et que la fin de la vie y reconduit.

L'œuvre tardive des artistes vieillissants¹⁵ en donne une illustration exemplaire. Pour certains d'entre eux (Rembrandt, Le Titien, Monet, Matisse, Picasso), c'est une période où ils développent une effervescence créatrice et réalisent des œuvres innovantes.

Le vieillissement, à partir de l'infantile revisité à l'approche de la mort, leur donne l'occasion d'opérer un compromis entre un mouvement régrédient de retour à l'enfance et un mouvement progrédient qui produit des modalités du fonctionnement psychique inédites et originales. Le dernier chemin vers la fin de la vie rejoint le premier moment de l'émergence.

L'œuvre tardive remonte à loin, aux premiers temps de la vie. Quelque chose s'est mis en place au commencement qui se perpétue et se réactive aux derniers moments de l'existence, comme le montre l'œuvre de Tal Coat qui a réalisé au cours de sa vie une longue suite d'auto-portraits¹⁶ où son visage fait l'objet d'un effacement progressif. La fin rejoint le début : l'effacement de la forme à la fin de l'existence reproduit à l'inverse l'émergence de la forme lors de la première construction de l'espace psychique. « Mes dernières toiles éclairent les origines plus que les origines auraient pu aider à éclairer ce que je fais maintenant », dit le peintre¹⁷. C'est une formule énigmatique, mais qui rend bien compte de cette manière de concevoir le mouvement psychique, non pas comme un manque, mais un manque à gagner. Il s'agit donc de ne pas chercher à expliquer l'œuvre par ses origines, car c'est plutôt l'œuvre qui explique les origines.

¹⁵ Korff-Sausse S. (2008), La créativité des peintres vieillissants. L'œuvre tardive de Picasso, Klee, De Kooning, Rev. Champ Psychosomatique, N° 50, p. 93-109, L'Esprit du Temps.

¹⁶ Une exposition a été réalisée sur ces œuvres : Tal Coat devant l'image, Musée Rath, Genève, 1997.

¹⁷ Entretiens de J.P Léger avec Tal Coat, Clivages, 2007.

C'est la fin qui donne le sens des commencements. C'est-à-dire que le vécu de la fin de la vie apporte un éclairage sur les réalisations antérieures. En ce sens, le vieillissement apporte quelque chose et non seulement enlève quelque chose.

L'effacement du visage, sa disparition, son recouvrement sont la transformation de son moi en quelque chose d'immatériel, d'idéal. Il passe du particulier au général, de son propre visage à un visage éternel. À la fin de la vie, subissant la maladie (beaucoup de ces tableaux ont été peints lors d'hospitalisations), le peintre témoigne d'une désaffection pour son image, en réalisant cette défiguration progressive. L'artiste veut se défaire de son image, comme s'il visait une impersonnalisation.

Pour nous psychanalystes, il y a là une idée un peu surprenante, car elle va à l'encontre du mouvement préconisé par toute la démarche psychothérapique qui est de promouvoir l'appropriation subjective des expériences.

Une question se profile : Est-ce que, après le mouvement de subjectivation qui mène du bébé à l'adulte, en passant par l'enfant et l'adolescent, il faudrait envisager un mouvement de désobjectivation qui mène de l'adulte au vieillard ? Mais à l'encontre de l'idéal de l'humain, la désobjectivation fait scandale. Il n'y a qu'à voir combien le syndrome de glissement, le refus de vivre suscitent dans l'entourage et chez les soignants des réactions fortes : il faut bouger, il faut s'intéresser, il faut manger etc...

Honte et solitude

Mélanie Klein¹⁸ (1963) dans un très beau texte de la fin de sa vie, à l'approche de la mort, en résonance à sa propre expérience du vieillissement, sans en parler directement, écrit que la solitude est cet espace interne vidé de ses contenus projetés à l'extérieur afin de se débarrasser de la souffrance qu'ils induisent. Bien entendu, nous sommes ici dans l'univers de la mélancolie, celui où l'ombre de l'objet est tombée sur le moi. Pour se préserver de la souffrance, pour ne pas affronter les deuils liés au vieillissement, le sujet se déleste de ses envies, ses pulsions, ses fantasmes, qu'il rejette ailleurs, dehors, croyant ainsi gagner un calme qui, loin d'un apaisement serein, produira l'impression anesthésiante d'un vide effrayant, un sentiment d'immense solitude, proche de la mort. Est-ce que la honte liée aux

¹⁸ Klein M., 1963, Se sentir seul, in *Envie et Gratitude et autres essais*, Tel, Gallimard, 1968 pour la traduction française. (p. 126). (p.144)

A noter que ce texte, « Se sentir seul », publié de manière posthume en 1963, a été écrit en écho à la conférence de Winnicott de 1957, La capacité d'être seul (in *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, p.205-213

effets du vieillissement provoque ou accentue la solitude ? Ou est-ce la solitude qui donne la honte ? Avec l'âge, face à la mort, confronté aux pertes successives, l'insécurité paranoïde augmente, renforçant les angoisses schizo-paranoïdes qui provoquent le sentiment de solitude.

Dans les dernières lignes de son dernier article, elle précise ce qui est, selon elle, la tâche ultime qui s'impose au sujet humain dans son développement psychique : « *Le sujet doit faire face à ses propres pulsions destructives et aux parties haïes de son soi, qui semblent échapper à son contrôle et menacent ainsi le bon objet* » (p.126), écrit Mélanie Klein¹⁹.

Avec le vieillissement, les objets idéaux sont perdus et les parties clivées, dangereuses, indésirables, menaçantes envahissent l'espace psychique, mais « *si la formation des symboles a pu, au cours de l'enfance, s'épanouir dans toute son intensité et sa diversité, et n'a pas été freinée par les inhibitions, l'artiste sera plus tard capable d'utiliser les forces affectives qui sous-tendent le symbolisme.* »

On pourrait dire que plus l'objet est attaqué, plus il faut le réparer. Le processus créateur s'emballe, sollicité à l'excès par les données du vieillissement, stimulant les activités sublimatoires. Qu'en est-il pour les autres ? Est-ce que les processus que l'on peut observer chez les artistes ont leur équivalent chez tout le monde ?

Honte, idéal et narcissisme

Si l'idéal correspond à un investissement narcissique du soi, la désidéalisation implique une dénarcissisation. Le « bien vieillir » nécessite un investissement paradoxal du narcissisme puisqu'il s'agit à la fois de s'appuyer sur de « bons » objets narcissiques internes et d'opérer un détachement du narcissisme. Si les artistes vieillissants continuent de créer, c'est parce que justement ils ne sont pas narcissiques, leur investissement intense de l'activité de l'esprit permet de dépasser les trahisons du corps. Si le corps est investi trop narcissiquement par le sujet, celui-ci aura bien du mal à supporter sa dégradation due à l'âge.

C'est à ce moment de l'existence qu'est requise la capacité de déplacer les investissements narcissiques vers les objets du monde extérieur. Reprenons la phrase de Freud : « *On ne renonce jamais à rien, on ne fait que substituer quelque chose à l'objet perdu.* »

¹⁹ Klein M., 1963, « Réflexions sur l'Orestie », in *Envie et Gratitude et autres essais*, Tel, Gallimard, 1968 pour la traduction française. (p. 218)

À l'âge des renoncements, la capacité de substitution devient un enjeu majeur pour maintenir la vitalité du sujet. Est-ce une manière d'ignorer ce corps frustrant ? Ce qui impliquerait un déni et un clivage... Or ces deux mécanismes ont mauvaise presse et sont souvent connotés du côté de la psychose. Pourraient-ils être, à la fin de la vie, des recours secourables ?

Le devenir de la pulsion dans la vieillesse.

Ce n'est pas parce qu'il est vieux que le corps cesse d'être pulsionnel, mais, d'une part, la pulsion s'exprime autrement (perte des codes et des usages sociaux qui filtrent l'expression pulsionnelle et la rendent socialement acceptable) et d'autre part l'expression pulsionnelle est socialement mal acceptée dès lors qu'elle correspond à une personne âgée, car on la voudrait déssexualisée.

Tout comme Mélanie Klein distingue le développement psycho-sexuel et la formation de l'Œdipe de manière différenciée chez la fille et le garçon contrairement à Freud qui avait un modèle phallocratique de l'Œdipe où la fille vient s'inscrire en creux du garçon, il faut envisager le vieillissement également de manière différenciée chez l'homme et chez la femme, en particulier en ce qui concerne notre sujet.

La honte découle de l'idéal. Si l'idéal masculin et féminin ont des points communs, il y a néanmoins des différences. J'y pensais en lisant la tirade de Don Diègue, où l'infamie de la vieillesse est liée à la perte des gloires militaires. Les valeurs mises en jeu, honneur, gloire, vengeance, orgueil..., sont déclinées au masculin. Dans un contexte de distribution traditionnelle des rôles masculins et féminins, la honte féminine serait, bien entendu, liée à la perte de la possibilité d'enfanter. Ce qui est dévalorisé, voire honteux, c'est une femme qui ne peut plus devenir mère. Son statut change, et l'on voit comment dans certaines sociétés, elle perd un statut mais elle en gagne une autre (matrone, sage-femme etc.) Pourrait-on penser – hypothèse optimiste – que dans notre société actuelle, avec la redistribution des rôles et des images masculin/féminin, grand/petit, il y a de plus grandes possibilités d'investissement d'autres secteurs de l'existence ?

Cette capacité de substitution concerne le travail de la pulsion sur son versant sublimatoire. Que deviennent la pulsion créatrice et l'activité sublimatoire au cours du vieillissement ? Pour François Villa²⁰, la mort n'est pas la conséquence du vieillissement. Prendre de l'âge n'implique pas forcément le processus inéluctable de dégénérescence totalement irréversible. Vieillir témoigne de la capacité de rester en vie, c'est-à-dire de continuer à

²⁰ Villa François, « La mort n'est pas la conséquence du vieillissement. Réflexion sur les effets du temps sur les processus psychiques », in La puissance du vieillir, Le Fil Rouge, Paris, PUF, 2010.

fournir ce travail psychique de liaisons pulsionnelles. Donc « mourir n'est pas la conséquence de vieillir ». La mort résulte de l'impossibilité de continuer à vieillir. « *La mort n'est pas la conséquence du vieillissement, mais l'arrêt du vieillissement, non son produit* ». La psyché, de par sa liaison avec le somatique, doit répondre aux exigences incessantes de travail psychique que commande la pulsion, depuis la naissance jusqu'à la mort. C'est pourquoi le vieillissement commence dès le début de la vie et que l'organisation libidinale subit des modifications qui résultent des exigences occasionnées par les modifications biologiques. Ce qui est en jeu c'est la capacité de transformer, selon le modèle bionien qui postule que l'appareil psychique est essentiellement un appareil à transformer. La pulsion ne renonce jamais. Le travail du psychique est l'œuvre d'une vie, il est actif jusqu'à la mort, ce dont l'œuvre tardive de Picasso est un remarquable exemple. Vieillir c'est ne pas mourir ; mourir c'est renoncer à vieillir. Prendre de l'âge n'implique pas forcément le processus inéluctable de dégénérescence irréversible. Vieillir témoigne au contraire de la capacité de rester en vie, c'est-à-dire de continuer à fournir ce travail psychique de liaisons pulsionnelles.

Conclusion

Au terme de ce parcours, on remarquera le nombre de mots en « dé » :

Désidentification,
Désubjectivation,
Dénarcissisation,
Désinvestissement,
Désidérialisation

Habituellement le préfixe « dé » est péjoratif, comme débile, déficience.

Notre parcours nous amène à l'envisager autrement et avec d'autres mots : déplacement, dégagement, décentrement. Ici je voudrais en montrer l'aspect positif, en termes de fonction ou de processus. Dé, c'est aussi se déplacer, se décentrer, se dégager, se détacher. C'est un mouvement qui évoque la mélancolie, dont le vécu est souvent ce sentiment de devenir étranger à soi et aux autres, avec le thème de l'étranger, cher aux Romantiques et aux grands mélancoliques.

Est-ce que la personne vieillissante est une personne en déplacement ? Se déplacer de lieu, se dégager des identités, se décentrer des axes qui ont fondé son existence ? Des repères qui ont construit son identité ?

Se détacher des normes qui constituent l'idéal qui à son tour provoque la honte. Le sujet vieillissant serait-il subversif²¹ ? Dans la mesure où il oblige à s'orienter vers d'autres critères que ceux qui définissent la norme, réfractaire, par la force des choses, aux valeurs communément admises.

« *Les formes anormales de la vie sont d'autres modalités du vivant* » disait Canguilhem. Les personnes âgées, déficientes corporellement et/ou psychiquement, présentent d'autres modalités du fonctionnement humain, que nous avons tendance à dévaloriser et vouloir réparer à tout prix.

Le sujet vieillissant serait celui qui se déplace d'un lieu à un autre, d'un espace-temps à un autre, et qui dans le meilleur des cas garderait la capacité d'être un voyageur susceptible de découvrir de nouveaux paysages ou de continuer à explorer les anciens avec l'esprit de découverte et de créativité.

²¹ On peut ici penser aux textes de Beckett, en particulier « L'innommable ».

BIBLIOGRAPHIE

BALIER C.

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

CICCONE A., FERRANT A.

2009 Honte, culpabilité et traumatisme, Dunod

DEVEREUX G.

1955 Culture et inconscient, Ethnopsychanalyse complémentariste, Paris, Flammarion, (1985)

DURAS M.

1980 L'Amant, Ed. de Minuit.

FEDIDA P.

2002 Les bienfaits de la dépression, Odile Jacob

GAMMIL J.

2007 La position dépressive au service de la vie. Paris, Ed. In Press

KLEIN M.

1963 Envie et Gratitude et autres essais, Tel, Gallimard, (1968)

KORFF-SAUSSE S.

2010 Figures du handicap. Mythes, arts, littérature, Petite Bibliothèque Payot

2008 La créativité des peintres vieillissants. L'œuvre tardive de Picasso, Klee, De Kooning, Champ Psychosomatique, N° 50, p. 93-109, L'Esprit du Temps

1996 Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste, Paris, Calmann-Lévy. Réédité en 2009, Pluriel, Hachette-Littérature

LE GOUES G.

2008 Image de soi et vieillissement, Les représentations du corps vieux, PUF

HESSE H.

1952 Eloge de la vieillesse, Calmann-Lévy, (2000)

LEGER J.P.

2007 Entretiens avec Tal Coat, Clivages

STOLLER R.

1993 Dynamique des troubles érotiques, Monographies de la R.F.P. Les troubles de la sexualité, Paris, PUF, (2007)

VILLA F.

2010 La mort n'est pas la conséquence du vieillissement. Réflexion sur les effets du temps sur les processus psychiques, in La puissance du vieillir, Le Fil Rouge, Paris, PUF

WINNICOTT D.W.

1949 L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma, De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot,

1969 Winnicott D. W., (1957), La capacité d'être seul (in De la Pédiatrie à la Psychanalyse, Paris, Payot, (1969)

LA HONTE PAR PROCURATION

PRESENTATION CLINIQUE

Françoise NAZ ²²

Si la honte n'est plus une référence aussi importante que par le passé dans l'éducation des enfants (« Tu n'as pas honte... »), les raisons de ce déclin mériteraient d'être examinées de près en perspective avec la montée des personnalités narcissiques. Ce sentiment conserve toute sa place dans la réflexion psychopathologique.

Nous proposons de le définir comme la perception douloureuse, le plus souvent aiguë, d'un décalage négatif entre l'image de soi, telle qu'on l'attend, et l'image de soi que l'on perçoit dans le regard de l'autre. Deux points s'imposent immédiatement : d'une part, le décalage a quelque chose d'irréversible, d'imposé comme allant de soi, d'autre part, l'autre n'y est en quelque sorte pour rien ; c'est moi qui saisis ce qui est de l'ordre d'un constat et lui fait droit. Quand bien même l'autre énoncerait voire proclamerait ce décalage en ma défaveur, son discours ne suscitera chez moi le sentiment de honte que si j'y souscris : il crie que ma tenue et mon comportement sont grotesques, honteux, incongrus, je les tiens pour originaux.

La honte s'inscrit dans une problématique narcissique. Pour faire simple, on pourrait dire que c'est une affaire entre moi et moi, l'autre n'est que le messager de malheur ou d'horreur qui m'est nécessaire au début. Sa présence est contingente. Du coup, la relation à l'autre n'a plus la capacité d'amortir l'agressivité, qui est ici tournée vers soi. D'autant que la honte a pour effet d'altérer ou de détruire le sentiment d'appartenance. Autrement dit, les déterminants psychiques de l'autolyse sont réunis : la honte est suicidogène.

²² Psychiatre, Equipe Mobile de Psychogériatrie, Centre Psychothérapique de l'Ain.

La honte est au premier plan des dépressions dites atypiques, qui renvoient à une personnalité de type état-limite. En revanche, la culpabilité habite les dépressions classiques (je laisse de côté la culpabilité délirante de l'état mélancolique). La culpabilité caractérise les organisations névrotiques avec le primat du Surmoi ; il s'agit de l'instance dite « paternelle » par opposition au Surmoi archaïque dit « maternel » au premier plan dans les états-limites. La culpabilité s'inscrit et reste dans le lien à l'autre, elle est sociale. De ce fait, elle est expiable, réparable. Elle est beaucoup moins suicidogène que la honte. L'Antiquité nous l'expose clairement.

Rentrant dans le palais, après avoir affronté la foule informée de l'interprétation de Tirésias et excitée par son beau-frère Créon, le roi de Thèbes se rend dans la chambre nuptiale. Horrifié, il découvre le corps de Jocaste, entièrement dévêtue, pendue. Œdipe voit sa mère nue ; il se punit par où il a péché, se crevant les yeux avec les fibules d'or qu'en se dévêtant Jocaste a laissées sur un meuble. Œdipe ne se tue pas, il se punit, se prive de jouissance.

Ajax est le fils du roi d'une petite île grecque. Sa mère lui a assigné pour idéal d'être le plus valeureux guerrier, plus courageux encore que son père. Pour atteindre cet idéal, Ajax s'est engagé dans l'armée d'Agamemnon qui assiège Troie. Ce soir, Ajax ne dort pas. Il est furieux de l'injustice commise à son égard au bénéfice d'Ulysse. Il aperçoit dans la pénombre des silhouettes sombres, des Troyens à n'en pas douter. N'écoutant que son courage et saisissant l'occasion de vaincre toute une armée à lui tout seul il se lance contre les ennemis, en massacrant des centaines tout au long de la nuit. Au lever du jour, Ajax découvre que c'est contre du bétail qu'il s'est battu toute la nuit. Envolé l'idéal du guerrier invincible ; c'est un tueur de bestiaux qui va être la risée de l'armée grecque. La honte submerge Ajax, il lui faut disparaître. Rien ne le retient, ni sa jeune femme ni l'enfant qu'elle porte. Il coince la poignée de son épée entre des pierres et s'éventre sur la lame.

L'idéal en question dans le mouvement de honte n'est pas seulement individuel, le plus souvent, il est collectif, culturel ou sociétal. C'est le cas dans le vieillissement avec l'image du vieillard plein de sagesse, allant sans aléa vers une mort sereine. Dès lors qu'il ne s'agit pas d'un objectif, dont l'approche peut être incertaine voire impossible, mais un idéal répondant à l'impératif « tu dois », l'écart perçu par le sujet ou repéré dans le regard de l'autre génère le sentiment de honte et, le cas échéant, son cortège désorganisateur.

Le sujet âgé peut ainsi être envahi par la honte dès lors que s'installe la perception d'un décalage entre son idéal personnel accolé à l'idéal social du bien vieillir et ce qu'il perçoit de

son image chez l'autre. Il est ainsi possible de rendre compte de l'importance de la composante de honte dans les dépressions de l'âgé et, sans doute aussi pour une part, de la suicidalité particulièrement élevée dans la population âgée de ce pays.

La honte n'est pas toujours personnelle. Elle peut envahir un sujet à propos d'un autre : « j'ai honte pour lui ». Cet autre peut être un inconnu, par une identification solidaire d'appartenance à l'espèce humaine, comme on peut être angoissé par la situation de danger où se trouve l'autre (par exemple, en regardant un trapéziste). Plus souvent, il y a un lien permanent entre le sujet qui a honte et celui pour qui le sujet éprouve cette honte. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire que le sujet pour qui on a honte se sente lui-même honteux (« à sa place, j'aurais honte... »).

Il existe une autre forme de ce qu'on peut appeler la honte par procuration. C'est la honte à cause de l'autre : « il me fait honte.... ». Un certain nombre de personnes ont ainsi honte des manifestations déplacées, inadaptées ou incongrues du vieillissement d'un parent ou d'un proche âgé. À cette honte est toujours associé un sentiment de culpabilité liée pour une part à la réprobation sociale. La question est sans doute plus compliquée et l'on peut retrouver chez le sujet honteux de son vieux parent la crainte devant la représentation de son propre avenir. Quoi qu'il en soit, tous les déterminants de la violence sont réunis. Honte et culpabilité sont généralement repérables chez les maltraitants. À titre indicatif, la présence de la culpabilité permet parfois de sortir du cycle de la maltraitance au contraire de la honte qui ne fait que l'entretenir.

Deux exemples cliniques illustrent la honte par procuration :

- Lysianna et Robert sont âgés respectivement de 60 et 64 ans ; ils ont quitté Paris où s'est déroulée leur vie professionnelle pour venir passer leur retraite dans la maison qu'ils ont fait construire dans le village dont est originaire Robert et où vivent sa mère et ses frères et sœurs. C'est un petit village qui s'étiole, qui a perdu son âme pour devenir cité dortoir. Il ne reste que le boulanger et le bureau de tabac. Quelques mois après l'installation du couple, Lysianna se voit confirmer qu'elle souffre de maladie d'Alzheimer ; depuis 3 ans en effet, elle se plaignait d'oublis, de manque de mots, de difficultés pour la conduite automobile, l'humeur était triste. Par ailleurs, professionnellement elle était surchargée et de plus, son mari venait d'être licencié ; les premières investigations à la recherche d'une pathologie dégénérative s'étant révélées négatives, elle était donc traitée primitivement pour un état dépressif.

L'annonce du diagnostic bouleverse les repères de chacun et le gériatre qui la prend en charge demande à l'Equipe Mobile de PsychoGériatrie (EMPG) une évaluation psychiatrique et un accompagnement ; dans le même temps, il est mis fin au traitement antidépresseur. C'est dans ce contexte que nous faisons la connaissance de ce couple que nous suivons maintenant depuis un an.

Lors de notre première rencontre en décembre, la clinique dépressive est sans équivoque. Très au fait de sa maladie, Lysianna nous fait part de sa révolte, de l'injustice ressentie, du pourquoi qui reste en suspens, de ses pertes : le calcul, ses difficultés pour donner la monnaie et puis cette horreur de devoir dépendre de son mari qui est là, qui veille, qui anticipe, qui fait à la place, qui s'énerve quand elle fait mal, qui rééduque : il a acheté un grand cahier et le matin elle se doit d'écrire la date, de noter la météo et le programme de la journée.

Les idées suicidaires sont exprimées. Tout ceci est rapporté assez laborieusement, les mots manquent, dérapent, se confondent mais la souffrance est vive, palpable. Son désir serait de « revenir comme avant ». À notre départ, en nous raccompagnant, Robert nous confie que, face à la détresse de son épouse, il fait le clown. Nous proposons une mise sous antidépresseur, un soutien infirmier à domicile et un travail d'étayage par l'ergothérapeute et la neuropsychologue ; il est décidé que ces deux professionnelles interviennent simultanément. Robert parasite la prise en charge ergo et il accepte de rencontrer pendant ce temps la neuropsychologue

Au fil des semaines, avec les interventions pluriprofessionnelles, le traitement antidépresseur et anticholinestérasique, Lysianna s'améliore, le discours est plus fluide loin de toute charge anxieuse. Elle demande à rencontrer du monde, à faire des achats pour elle en vêtements et parfumerie, elle va seule chercher le pain, ce qui n'est pas sans crainte pour Robert qui la suit de loin. Elle a ressorti la machine à coudre, a plaisir à recevoir ses petites filles en vacances. Elle s'applique à ses exercices.

Parallèlement, Robert reste sceptique, inquiet voire sombre pour l'avenir. De son côté, il a subi une intervention cardiaque et il est moins vaillant, inquiet pour lui-même, il a mis de côté les projets d'aménagement de la maison. Il pense institution, repousse le soutien de sa fille qui lui a proposé de venir pour qu'il puisse voir ses amis : « les parents sont là pour aider leurs enfants et pas l'inverse », de même qu'il diffère les démarches pour obtenir l'auxiliaire de vie même si, pour rassurer sa femme, il lui présente sa présence comme un rôle social. Il refuse le groupe d'aide aux aidants.

Avec l'arrivée des beaux jours, la vie s'organise autour du jardin et de la piscine et les visites à leurs parents âgés respectifs ; la vie s'installe dans un face à face douloureux. Lysianna veut sortir, voir du monde. Elle regrette sa vie parisienne et son tohubohu ; ses sorties avec l'infirmière sont un bol d'air et elle se montre en capacité de se diriger, de faire des achats en sollicitant le soutien de l'infirmière lors du paiement ; au retour, Robert est étonné, surpris voire incrédule.

Cependant, il a pu parler à la famille de la maladie, que ce soit de son côté ou celui de Lysianna. La famille se mobilise : durant l'été les frères et les sœurs remplissent la maison ; un projet de voyage en Italie est évoqué pour octobre : Lysianna veut revoir ses oncles et tantes, son père est un immigré italien ; elle se souvient bien de la détresse et de la honte de son père en tant qu'étranger, acculturé. Mais hors du champ familial, il n'y a pas de contact, pas d'amis. Robert se dit casanier ; les projets d'aller au théâtre, au concert à l'auditorium ou simplement à la Part-Dieu sont sans lendemain. Robert évite l'extérieur, évite l'autre.

En fin de compte, le voyage pour l'Italie sera annulé : « Lysianna a eu du mal à se repérer en allant chez sa fille à Grenoble, alors vous pensez bien, en Italie, ce sera pire et puis, là-bas, ils sont tous vieux et malades et il en a marre de la maladie... ». Surtout, Robert nous dit qu'il a honte, honte de sa femme, honte de ce qu'elle devient et est en devenir : « oui, la maladie évolue insidieusement : sa femme n'arrive plus à organiser ses placards, à faire les repas. Il a honte de ses erreurs, et surtout, il redoute qu'elle ouvre la bouche et qu'il n'en sorte que du charabia... « C'est fini les copains, les fêtes à la maison... » Il renonce, il ferme et a fermé sa porte à la vie ; la maison aussi s'assombrit : la poussière s'accumule sur les meubles, l'atmosphère y est pesante. À présent, il y manque ce quelque chose de chaud, qui rassure et qui contient. Robert se néglige et il a le mot de la fin « c'est le paralytique qui accompagne l'aveugle »

- L'Equipe Mobile départementale de psychogérontologie est alertée via son assistante sociale sur le cas d'un couple d'agriculteurs âgés. Le maire de la petite commune a fait part à l'assistante sociale de la Mutualité Sociale Agricole de ses préoccupations pour ce couple.

Malgré son âge (74 ans), Maurice G. n'a pas arrêté de travailler jusqu'à son grave accident de cet automne. Voulant libérer la lame de sa faucheuse après avoir coupé du maïs, comme il le fait depuis des années, son pied a été happé par la machine. Très sérieusement blessé, ce n'est qu'au bout de plusieurs heures qu'il a été secouru, ayant dû ramper jusqu'à la route où les éboueurs l'ont découvert dans le fossé en faisant leur tournée.

Opéré à deux reprises, il est resté hospitalisé deux mois avant de partir en maison de convalescence à une vingtaine de kilomètres de chez lui. Maurice a mis fin au séjour au bout de deux semaines et est rentré chez lui, avec une plaie cicatrisée mais sans avoir récupéré la marche. Par ailleurs, il est décrit comme malvoyant depuis de nombreuses années.

Le maire est particulièrement inquiet, non sans raison : la ferme est décrite comme insalubre avec un confort plus que limité, notamment au plan des sanitaires. La maison est chauffée au bois mais la réserve de bois est épuisée car, du fait de son accident, Maurice n'a pu assurer le stockage comme il le fait habituellement. Le maire leur rend visite et leur apporte du bois.

48 heures après son retour, Maurice a mis dehors énergiquement infirmière et kiné. Maurice ne vit pas seul, il est marié ; son épouse a 70 ans. Le couple a un seul enfant, une fille agricultrice qui vit à quelques Kms de chez ses parents. Inquiète, elle a appelé le médecin traitant de ses parents mais il ne fait pas de visites à domicile. Informée de la situation, la fille nous rapporte que ses parents ne sont demandeurs d'aucune aide ni envers elle ni envers quelque professionnel que ce soit. Elle aimerait les installer dans un appartement confortable en ville car les travaux de rénovation seraient conséquents et onéreux, mais ils s'entêtent à rester dans la ferme, propriété familiale de sa mère. Elle n'a pas revu récemment ses parents, a constaté chez son père quelques troubles de la mémoire depuis les opérations. Elle évoque chez son père un entêtement et à mots couverts un vécu persécutoire. Elle décline l'idée de nous accompagner chez eux si notre démarche de visite est acceptée.

Nous contactons Maurice par téléphone et lui proposons d'aller le voir en expliquant clairement notre mission. Il nous confirme qu'il ne demande rien et refuse notre visite. Devant cette situation préoccupante (nous sommes en janvier, la température a dégringolé largement en dessous de zéro) et face au sentiment d'impasse des acteurs sociaux et compte tenu de la rupture du lien familial, nous décidons de rencontrer le maire et l'assistante sociale de la MSA.

Le maire, lui-même agriculteur, fait part de son désarroi. Il évoque avec retenue mais un certain malaise, ce couple isolé et méfiant qui a toujours été en marge du groupe. Il s'occupe de leur apporter du bois et tente à chaque fois d'évoquer des aides ; il est bien accueilli, intervenant en tant que maire et non comme simple voisin. Il connaît les relations difficiles avec la fille mais en ignore la raison. Le maire décrit Maurice G. comme ayant raté l'évolution agricole. La mère de Mme G., qui vivait dans le bâtiment d'en face, est en maison de retraite. À la différence du logement de la vieille dame, le corps de ferme où vit le couple n'a jamais bénéficié d'aménagements : pas d'eau chaude, pas de salle de bain ni de WC (par la suite, nous apprendrons que le

bâtiment rénové a été donné par la mère à la sœur de Mme G. qui est en froid avec celle-ci). Actuellement Maurice se déplace avec un déambulateur et, pour réchauffer son pied abîmé, il le met à la porte du foyer de la cuisinière ce qui fait craindre au maire qu'il ne se brûle compte tenu de sa vue défectueuse. Mme G. conduit et se rend une fois par semaine au bourg faire ses courses au supermarché ; ils ne se plaignent ni l'un ni l'autre et ne demandent rien. Le maire s'inquiète pour l'hiver prochain, cette histoire l'embarrasse...

Quant à l'Assistante sociale, elle n'a pas rencontré le couple G. ; Étant « du coin », elle situe cependant bien la ferme perdue entre les terres, les bois et les étangs, ferme délabrée de l'extérieur, d'accès difficile au bout d'un chemin de terre défoncé et boueux.

Suite à cette rencontre, nous décidons de garder le lien avec le maire qui reste le seul contact du couple. Il est convenu que le maire fera part à M. et Mme G. de notre entrevue à leur sujet.

Le temps passe, les beaux jours arrivent puis se terminent à leur tour ; durant cette période, le contact téléphonique s'est maintenu avec le maire et un certain temps avec la fille et c'est par notre intermédiaire qu'elle a des nouvelles de ses parents ; au cours de ces appels, elle nous a fait part de sa colère de n'être pas entendue, de sa culpabilité si la situation se détériorait, accompagnée de projections à notre encontre. Elle évoque sa honte, ressentie devant ses parents arriérés et son malaise à l'égard de ses propres enfants qu'elle ne peut décemment pas emmener en visite : « la saleté est là, elle a interdit à ses enfants d'accepter la nourriture offerte par la grand-mère... le frigo une horreur pour la vue et peut-être plus... les enfants pourraient tomber malades... ».

Grâce à sa ténacité, le maire peut nous informer un jour de cet automne que le couple accepte de rencontrer l'infirmière ; pour ce premier contact, il est décidé que le maire sera là pour la présentation ; il est « dans ses petits souliers », multiplie les excuses, nous prépare à rencontrer « l'insoutenable ». Nous le rassurons, le terroir ne nous est pas si étranger.

Dans la cour boueuse, trône un vieux tracteur ; quelques poules picorent ; un fil électrique relie les deux bâtiments, la porte d'entrée paraît bien fragile, tenue fermée par un verrou intérieur. Les présentations se font sur le palier ; le maire nous quitte et Mme G. nous fait entrer ; la pièce est sombre, la fenêtre n'a pas tous ses carreaux, les planches disjointes du plafond laissent passer la paille, le sol est en terre battue. Dans un coin une vieille télé, un réfrigérateur gris, une table couverte de journaux et divers objets, des gamelles pour les chats, un évier avec de la vaisselle, un vieux poêle, trois chaises les unes derrière les autres et puis un essaim de mouches qui

nous tournent autour et nous collent.

M. et Mme G. apparaissent propres, coiffés ; leurs vêtements sont usagés mais nets ; Mme G. se tient en retrait, méfiante. Maurice, quant à lui, tient rapidement à nous montrer son pied blessé. Il est chaussé de vieux brodequins montants resserrés par plusieurs lacets. Il est sans chaussettes, son pied est estropié par une absence importante de substance et il se déplace avec le déambulateur. Maurice nous parle de la pluie et du beau temps, madame est silencieuse. Nous évoquons nos craintes vis-à-vis de l'hiver qui s'annonce, le poêle ne fonctionne plus faute de bois, un vieil appareil électrique a été branché. Ils acceptent tous deux de nous revoir dans quelques semaines et en partant Maurice nous remet une carte de visite sur laquelle sont écrits « vente de fromages de chèvre à la ferme » et son téléphone. Trois semaines plus tard, il gèle dehors ; le couple nous reçoit, même tenue vestimentaire avec des lainages en plus. Tous deux évoquent leur labeur à la ferme, lui parle de la guerre d'Algérie avec ces atrocités et la mort de copains tout en se faisant aider par sa femme quand la mémoire vient à défaillir et puis dans un coin nous apercevons un nouvel appareil électrique tout neuf...

Chez Robert et Lysianna la honte n'est pas présente ou du moins pas exprimée dans les premiers temps, elle devient perceptible en lien manifeste avec la modification de l'environnement qui devient plus présent : ainsi les frères et sœurs de Robert, les retrouvailles projetées avec la famille italienne de Lysianna et l'installation de la prise en charge spécialisée ; c'est semble-t-il au moment où il perçoit que la référence sociale se renforce et où il s'autorise à parler à ses proches des maladies invalidantes dont sa femme et lui sont atteints, que Robert exprime son sentiment de honte lié à ce que Lysianna pourrait faire ou ne pas faire. Ce n'est pas elle qui a honte ; elle est plutôt dans la peur et la culpabilité, c'est Robert qui a honte à sa place ; au passage, on peut craindre que ne s'installe la maltraitance d'autant que Robert commence à restreindre les activités de Lysianna.

Tout autre est la situation chez Maurice et sa femme : ils n'expriment aucun sentiment de honte ni d'ailleurs de culpabilité. Ils font face solidairement et sans appel à l'aide à une situation rendue difficile par la malchance. Maurice exhibe la blessure de son pied comme un ancien combattant (qu'il est dans la réalité par ailleurs).

La honte est chez les autres : chez le maire derrière une authentique sollicitude et chez la fille unique du couple qui s'en défend au moins au début par un mouvement projectif vis-à-vis des intervenants professionnels ; comme si ce dont elle a honte était contagieux la fille met un cordon sanitaire autour de ses parents.

L'abord du sentiment de honte exprimé par les proches de personnes âgées en situation de précarité ou engagée dans un processus démentiel, est très difficile du fait que ce n'est pas à cause d'eux-mêmes qu'ils ont honte mais à cause de l'autre et - pourrait-on dire - à la place de l'autre. Avoir honte de cette manière, c'est manifester aux yeux des tiers qu'on a conscience des dérapages et des incongruités. Comme on gère les affaires d'un dément à l'aide d'une procuration, on gère sa honte par procuration. Et peut-être même : « *C'est honteux de m'obliger d'avoir honte à ta place toi qui devrais avoir honte* »

DE FAUT PAS EN FAUX-PAS

Catherine ROOS²³

*« Vous la verrez parfois, en pluie et en chagrin,
Traverser le présent en s'excusant déjà de n'être pas plus loin »*

(J. BREL)

Au fil des années et particulièrement sur ces cinq dernières, une position de psychologue clinicienne en « Centre de Prévention du vieillissement » et l'histoire personnelle aux prises avec le temps qui passe, me mettent en écoute attentive des sujets «*milieu de vie*» ou vieillissant ou déjà plus vieux. Je suis nourrie par ces nombreux entretiens, rassérénée par le constat que la grande majorité des personnes rencontrées vieillissent sans trop d'encombre, voire avec un désir qui persiste.

Mais fait signe, en arrière fond, revendication appuyée ou «*honte à être*» dans ces tranches d'âge, recherche et vacillement identitaire, recherche d'ajustement et accordage.

Bref, cette communication s'inscrit dans une déconcertante emprise entre : l'injonction «*Faut pas*», «*Il ne faut pas vieillir*», souvent entendue ou sous-entendue, et l'expression d'une peur, à devenir, ou, du déjà survenu : le «*faux-pas*» possible, disrythmique, déséquilibrant, *envirgulant* dans l'espace, précipitant dans un vide relationnel ou spatial.

Mon propos se centrera sur les désaccord'âges de plus en plus prégnants au-delà de la cinquantaine et comment, au carrefour de l'intersubjectif et du singulier, ils peuvent entraîner le sujet engagé dans sa trajectoire de vieillissement, dans une quête, une errance narcissique, du côté de la honte.

²³ Psychologue, Lyon

À la croisée des exigences sociales et personnelles, vieillir, simplement, même sans pathologie associée, actuellement, dans cette société qu'est la nôtre, est-ce que ce serait « *se mettre minable* » comme disent les jeunes ?

En 2005, Jérôme Pellerin intitule un de ses articles : « *Avoir honte de vieillir ?* ». Il définit les concepts, souligne l'intrication complexe et tardive de la honte et de la culpabilité, distingue les grandes hontes destructrices et les petites hontes réutilisables dans la relation à l'autre, la demande d'amour possiblement engagée et la honte repérée, alors, comme « *effort d'expression pour se maintenir dans une intersubjectivité profondément humaine* ».

La honte a deux significations proches entretenant entre elles un rapport dialectique : l'une, atteint l'individu comme un affront ou une humiliation (cf. le verbe honnir) ; l'autre, est le sentiment pénible exprimé par le sujet de sa bassesse ou de son infériorité.

À notre connaissance peu de littérature ou de recherche s'attache à articuler ces problématiques de honte et de vieillir et pourtant elles apparaissent en filigrane ou massivement dans la clinique gériatrique.

Vieillir dans une société qui tente d'effacer le vieillissement... ?

Notre société est en recherche mais engage encore à « *la lutte contre le vieillissement* » peu estimable et montrable : peu d'étayage et des jeux de regards amplifiant la honte.

Bernadette Puijalon, en 2008, développe une approche historique du phénomène. « *L'approche du vieillissement en Occident est dominée par le discours médical* ». Les médecins et naturalistes ont contribué à faire envisager la vieillesse comme une dégradation... L'époque moderne s'inscrit « *dans une perspective qui privilégie toujours la manière de remédier au vieillissement et de le prévenir* ». Parce que « *la vieillesse a été assimilée à la maladie et non à la santé* », les techniques qui visent à la prévenir ne débouchent pas sur une promotion de la vieillesse qui tendrait à développer les capacités vitales de la personne. Parler de vieillir comme de mourir rejoint l'abject, l'obscène, c'est celui qui perd ou a perdu le combat, par paresse, négligence, ignorance ou incapacité, a permis au temps de marquer son corps, qui n'a pas gardé la maîtrise de son apparence. Les recettes, les artifices qui ont pour but de « *donner l'air moins vieux* », de rendre la vieillesse plus facile sont là pour permettre de « *toujours faire partie de la société* ».

Depuis la nuit des temps, les recherches alchimiques se sont multipliées pour prolonger la vie et surtout préserver la jeunesse : quête de jouvence et d'immortalité, l'imaginaire est sans limite.

Quand en 1912, l'américain Nascher fonde la Société de Gériatrie de New York, il inaugure véritablement la clinique des vieillards : on s'intéresse aux pathologies du grand âge en les rattachant aux modifications anatomiques et physiologiques que subit l'organisme. L'observation de ces modifications conduit à centrer la vieillesse sur le corps et ses métamorphoses et contribue plus que jamais à faire redouter cette période de la vie, la « *prévention* » s'apparente à la lutte contre cette dégénérescence de l'être.

Depuis qu'elle s'est structurée dans les années soixante, la Gériatrie Française fait, elle aussi, la part belle à la « *lutte contre le vieillissement* ». L'avance en âge reste considérée de manière essentiellement négative.

Les textes fondateurs comme le « *Rapport Laroque* » (1960) en attestent en posant cette question liée à l'époque moderne industrielle dans laquelle les vieux ne sont plus force de travail : « *comment intégrer les personnes âgées dans la société ?* » et en y répondant par la proposition de « *combattre le vieillissement* ». Plusieurs moyens sont proposés suivant la catégorie d'âges considérés. Cela va du maintien d'une activité pour les jeunes vieux au maintien à domicile pour les plus âgés.

« *Vivez vieux mais restez jeunes* » sont des phrases qui en cinquante ans n'ont pas pris une ride.

En 1981 dans le rapport « *Vieillir demain* » (dirigé par Robert Lion), on assiste à la proposition d'un modèle idéal. L'espoir surgit d'une réorientation des discours vers la prise en compte des rôles attribués aux plus âgés avec l'idéalisation du vieillissement vu comme la période de la Sagesse. Ce qui impose à ceux qui vieillissent souvent des injonctions intenable. « *L'âge n'est pas nié ; les personnes âgées ne jouent pas à ne pas l'être, il ne s'agit pas d'une parodie de la jeunesse. Le vieillissement et l'identité propre qu'il confère sont assumés* ». Oui, mais de quel vieillissement s'agit-il ? Pour ce rapport, vieillesse doit rimer avec sagesse. « *Les personnes âgées sont détentrices d'une expérience, de savoirs, et d'une sagesse désormais reconnus... des sages sont parmi nous, ils portent sur le monde un regard éprouvé et serein, ils ont quelque chose à nous dire* ». Deux conditionnels du vieillissement apparaissent à travers ces rapports : rester jeune ou être sage.

Le tableau est complexifié par l'opposition longtemps maintenue entre vieillissement dit normal et vieillissement pathologique... En réaction, des travaux ont fait émerger dans les années quatre-vingt, une notion qui a aujourd'hui le vent en poupe celle du « *Bien vieillir* ».

Coexistent donc actuellement : « *Le vieillissement usuel, habituel* » (absence de maladie exprimée mais troubles fonctionnels liés à l'âge, aux traumatismes physiques, aux retentissements psychologiques des pertes etc...) et le « *vieillissement réussi* » qui apparaît en 1987.

Il concerne les individus qui gardent des fonctions physiologiques très satisfaisantes jusqu'à un âge très avancé malgré l'existence de pathologie, ou bien qui ont des fonctions

physiologiques moins bonnes mais qui vont les améliorer au cours de leur avancée en âge, ou encore ceux chez lesquels on remarque une bonne adaptation à ce qu'ils peuvent faire physiologiquement et à ce qu'ils ont envie de faire.

C'est la prise en compte là du bien-être subjectif, des possibilités comportementales, de la satisfaction psychique, de la qualité de vie. Le vieillissement apparaît comme « *processus de développement* » et non plus comme programmation inéluctable d'une involution déterminée.

Des questions demeurent.

Qui dit vieillissement réussi dit vieillissement raté possible ?

« *Bien vieillir* » sous-entend « *mal vieillir* » ?

Y aurait-il des gagnants et des perdants ?

Boris Cyrulnyk propose la distinction suivante : alors que « *les traumatisés* » se sont défendus avec des moyens régressifs et sont rarement devenus résilients (vieillesse pauvre en action, en affection et en réflexion), « *les blessés* », qui ont pu mettre en place des défenses constructrices comme l'altruisme et la sublimation, la rêverie, l'humour, la créativité et surtout la mentalisation, ont rejoint le groupe des âgés heureux.

De nouveaux concepts montrent le chemin à parcourir : « *fragilité* » par exemple sorti de la « *caniculation* » des vieux en 2003.

Des programmes et des plans s'enchaînent :

« *Bien vieillir 2007-2009* » pour les 55-75 ans, qui comprend trois actions déterminantes : une alimentation adaptée, la lutte contre la sédentarité par la promotion de l'exercice physique et le maintien d'un lien social intergénérationnel pour réduire l'isolement et l'exclusion.

« *Plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors 2006-2010* ».

« *Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011* ».

« *Plan Alzheimer 2008-2012* ».

« *Faut pas vieillir...* » reste de mise néanmoins, affronter, lutter, le vocabulaire est guerrier. Pas de faux-pas ! Les magazines donnent le ton en s'engluant dans les crèmes anti-âge, anti-vieillesse ; le produit élu de l'année 2010, prix d'excellence « *Lancôme Genifique activateur de jeunesse* », la médaille d'or 2010 « *Soin anti-âge Diadermine* »...

Une attitude résolument optimiste ou la pensée magique est de mise : « *La meilleure façon de ne pas vieillir c'est de ne pas devenir vieux* », « *Pour rester en forme à notre âge, il faut décider de rester jeune...* », « *Chaque année j'ai honte de dire mon âge, j'efface une année* ».

À chacun de se prendre en charge.

Un bulletin d'un Centre de Prévention titrait récemment « *19 conseils pour vivre mieux et vieillir jeune* » avec en sous-titres : « *Choisissez bien vos parents sur le plan génétique* », « *bien s'alimenter* », « *Comment rester jeune, un mode de vie à adopter* », « *Restez jeune c'est aussi une histoire de mental* ».

La recette est simple « *une bonne hygiène de vie* » et des préconisations à suivre. « *La Prévention* » se veut « *violence bienveillante* », source de progrès certes, mais aussi impératifs collectifs pour modifier des comportements « *pas comme il faut* », « *à risques* », honte ou culpabilité à ceux qui ne s'y soumettent pas, qu'ils ne viennent pas se plaindre.

Très, trop souvent le discours qui sous-tend les conseils pour « *rester jeune* » est centré sur l'individu et ne tient nullement compte de la notion de plaisir ; il ignore les inégalités sociales et les contraintes extérieures qui pèsent à chacun. Dans pareil contexte, vieillir peut vite apparaître comme un relâchement, une négligence, une faiblesse honteuse voire coupable, « *On n'a pas honte tout seul, il faut de l'Autre pour qu'émerge la honte* ». La honte est cette émotion qui concerne ou qui suppose l'intersubjectivité. Elle est souffrance de et dans l'intersubjectivité. Sa source se trouve dans le lien à l'objet, dans la réciprocité dynamique du lien à l'autre semblable. (A. Ferrant, A. Ciccone)

Les personnes âgées ? Des semblables ? Eux... Désignés/ramassés sur 40 ans de vie sous des appellations vides et réductrices : les Personnes Agées, les jeunes vieux, les vieux, les trop vieux, les seniors, les 3ème, 4ème, 5ème âge, les mots en creux stigmatisent « , ' ils *sont trop* », trop nombreux, trop vieux, trop moches, trop porte la mort...

La honte est l'effet du regard de l'autre, elle pousse à fuir le regard. Elle est transmise à travers des comportements qui utilisent et appellent « *la référence sociale ou le regard référentiel* » (R.N.Emde, D. Oppenheim). Ce terme désigne le comportement de l'enfant qui, dans les deux premières années, devant une situation inconnue, énigmatique ou incertaine, lit le sens de la situation sur le visage maternel (ou de l'adulte présent) et régule sa conduite en fonction du signal émotionnel que donne cet adulte. La honte est transmise à travers les composantes dites « *réactives* » de la référence sociale (par lesquelles l'adulte transmet « *ce qui ne se fait pas* ») par opposition aux composantes « *proactives* » (par lesquelles l'adulte transmet « *ce qui se fait* »).

Devant cette situation inconnue énigmatique qu'est la vieillesse (Aragon écrivait « *J'arrive où je suis étranger* »), qu'est-ce que la société transmet de ce qui se fait ou ne se fait pas ?

Comment ne pas « *se mettre honteux* » devant une société qui détourne le regard ?

Comment ressembler à ces « *nouveaux vieux, toujours jeunes* » ?

Comment passer de l'état de « *singe* » à celui de Sage ?

Une clinique qui tente de gommer les « *Faut pas* » et prévenir les faux-pas ?

Ils ont entre 50 et 90 ans ... Hommes, femmes cooptées par leur Caisse de Retraite, ils viennent s'ils le souhaitent participer à une « *Evaluation Santé* », une « *Consultation de prévention* » qui se déploie sur deux heures ; ils rencontrent successivement un médecin (consultation médicale) et un psychologue (entretien psychosocial). La rencontre avec un psychologue est pour quasiment tous « une première fois », crainte, réserve attente dubitative... Quelques fois, c'est le professionnel qui en viendrait presque à s'excuser d'être psy (!)

La population accueillie peut être repérée grossièrement en trois tranches d'âge, de temps de vie, de préoccupations.

► « *Les jeunes* » 50/65 ans.

Ils souhaitent connaître leur état de santé, « *où j'en suis ?* », car n'ont pas toujours de suivi régulier par un médecin traitant, « *Participer à l'effort* » de Santé Publique fait par les instituts de retraites ; une forme de honte à dire qu'ils viennent pour eux simplement. Ils trouvent la démarche intéressante, mais le questionnaire à remplir avant la consultation est, de leur point de vue, complètement « *inadapté* » dans ses formulations et progressions. « *Pas pour moi* », cela propulse dans le monde de la retraite, de la gériatrie, ou vieillesse encore non percevable pour eux... Cela peut aller jusqu'au blocage et souhait de repartir « *je me suis trompé, ce bilan, c'est pas pour moi* », honte d'être amalgamé aux vieux, confondus ?

Attente importante de bilans biologiques « *un bilan complet* » ou de précisions sur les conséquences des transformations corporelles (ménopause, andropause)... Mais aussi besoins, reconnus en cours d'entretien, de conseils psychologiques, sociaux ou juridiques liés à certaines situations personnelles, conjugales, familiales ou professionnelles difficiles. Le temps « *avec psychologue* » d'abord redouté est souvent opportunité et orientation vers un suivi psychologique externe (accompagnement du passage difficile).

► Les 65/75 ans.

Ils veulent « *Faire le point, voir* ». Ils trouvent la démarche intéressante et utile « *pour détecter et soigner à temps* » et participer à l'effort de prévention.

Souvent déjà bien suivis par leurs médecins, traitants ou spécialistes, ils viennent « *se poser et vérifier* ». Pour certains c'est un peu poursuivre le seul suivi médical qu'ils avaient jusque-là : la médecine du travail... la Caisse de retraite participe d'un sentiment d'appartenance à un groupe social. Ils sont à la retraite, depuis peu, ou depuis quelques années, en situation de transition et de réorganisation ; ils se cherchent une identité sociale et se demandent parfois à quel type de population ils peuvent s'apparenter : « *quelle place et*

position dans la société ? ». Pour certains « *quand on n'est plus professionnel, on n'est plus rien* » : honte mais enfouissement derrière la dispersion dans la suractivité souvent, en grande majorité une peur du vide (continuer envers et contre tout, déni du temps qui passe, agenda très rempli). La retraite crée une brèche, du temps pour penser : retour de situations inachevées, d'émotions refoulées, de traumatismes... La relecture de son existence commence.

L'entretien avec un psychologue est « *une première* » opportunité « *de parler de tout cela* », un moment fort chargé d'émotion (confiance immédiate, ouverture, soulagement, envie de comprendre plus loin) dans une période qui facilite les remaniements et la prévention d'une décompensation lors du grand âge. Certaines personnes restent sur la défensive : « *ma vie est normale, vous devez entendre pire, tout va bien, je m'entends bien avec mes enfants (pas vus depuis un an)* », « *pas de problème de couple (même si peu ou pas de projet commun, pas de désir)* ». Sous-jacentes peuvent apparaître des structures de personnalité fragile, l'entretien alors effleure, respecte et n'insiste pas.

Certaines personnes se sentent dans une urgence de qualité de vie, une disponibilité pour découvrir, essayer diverses activités ou renouer avec des lobbies de jeunesse remisés à plus tard. Ils vivent « *intensément* » et avouent, quasi honteusement, « *être heureux* ».

► Les « *plus* », + de 78 ans, vieillissants ou déjà vieux.

Ils sont organisés dans leur retraite, parfois encore très impliqués dans vie associative, municipale, des loisirs (« *voyager encore mais moins loin* »). Mais ils veulent comprendre le désinvestissement repéré dernièrement, « *le plus envie, la lassitude d'investir ce qui a constitué son premier temps de retraite...* ». Ils veulent connaître et s'entendre confirmer « *leur bon état de santé par rapport à leur âge* » « *où j'en suis par rapport à la moyenne ?* », avec une anxiété sous-jacente et un fort besoin de réassurance. Le corporel rappelle sa prévalence, le ralentissement, la fatigabilité, le vieillissement, une grande crainte d'une possible dépendance à venir. La chute physique possible est fréquemment évoquée, souvent même a été déjà vécue. Beaucoup de proches, familles ou amis sont attaqués par la maladie, ou ont disparu. L'idée de la finitude de la vie apparaît dans le discours, s'y préparer, s'organiser, « *mourir debout* ». On ne parle plus d'avenir mais de « *devenir* », sont questionnés les renoncements à faire au « *seuil des 80 ans* ».

Leur demande peut être très précise (concise « *pas de temps à perdre* ») : être conseillé pour tel problème médical, psychologique ou social, et dégager un ou deux axes prioritaires de soins. Les entretiens sont souvent occasion de rencontre dans l'évocation de parcours de vie riche, pleine d'humanité, ressaisie là et transmise à l'interlocuteur (la petite histoire croise la Grande Histoire), souvent un véritable témoignage de vie, une existence pleine d'enseignement pour les autres générations (la question de l'urgence de la transmission).

Nous repérons que toutes ces personnes reçoivent une offre de « *bilan de prévention* » et s'y inscrivent librement et activement. Ils déclinent donc leurs motivations ainsi :

S'impliquer dans une démarche globale de Santé Publique, effort fait en miroir avec son institution de retraite et à travers cet organisme, le sentiment rassurant d'appartenance (encore ?) à un corps professionnel (substitut de l'employeur d'avant). Venir, montre cette appartenance professionnelle et sociale, une quête de cette identité sociale.

Faire le point sur l'ensemble ou sur une question très précise qui peut être physiologique, psychologique ou relationnelle et qui souvent n'a pas ou jamais été posée ailleurs.

Oser évoquer séparations, accidents ou opportunités de la vie.

Partager et comprendre ce qui engendre tristesse et nostalgie, mal-être, honte ou culpabilité.

S'entendre dire « où ils en sont » par rapport à leur santé, à leur avance en âge, et bien davantage (à eux-mêmes et à leurs proches), et qu'ils vont bien (ou suffisamment bien) pour leur âge, entendus souvent tout ensemble : âge biologique, psychologique, social et subjectif.

Repousser certaines peurs et appréhension de pathologies (Alzheimer, cancer, Parkinson...).

Repérer et comprendre la constellation relationnelle qu'ils vivent, les liens présents, absents, manquants, manqués, pesants, nécessaires et en transformation.

Parler d'un proche qui envahit avec ses changements, ses problèmes de santé ou psychiques, son étrangeté, sa disparition.

Évoquer la peur de la dépendance, des maladies personnifiées à travers un proche atteint.

Faire le constat d'avoir renoncé volontairement ou de manière plus contrainte à des investissements qui tenaient à cœur ou apprivoiser l'idée de renoncer.

Sentir et dire, partager que ce temps dit « *de retraite* » n'est pas plat mais constitué de périodes plurielles et différentes.

Partager l'idée d'une mort en soi qui se profile si proche pour la première fois.

Prendre du temps pour soi avec des professionnels, être écouté et contenu.

Obtenir des renseignements et des préconisations ou orientations personnalisées.

Mais va se révéler en filigrane, au détour d'une phrase, l'authentique « motif » qui fait venir consulter et qui témoigne toujours d'un moment *remarquable*, mobilisateur à leur insu, temps charnière, flottement ou mise en arrêt, une sourde mais insistante sensation, d'un incident de la vie ou d'un changement à peine perceptible déjà là mais repéré après-coup... Parfois entre simple honte signal d'alarme, parfois plus crucialement dans une honte éprouvée.

Les deux temps successifs médical/puis psychologique instaurent un climat de confiance se construisant avec le premier interlocuteur (médecin ou psychologue indifféremment) et se renforçant avec le second professionnel... Il faut ce temps suffisant pour permettre la pose, la décharge des préoccupations immédiates et au fil des questions ou tests, le dévoilement d'autres problématiques parfois plus prioritaires. Très souvent les personnes se montrent ravies et soulagées par cette double consultation, où « *pour la première fois avec moi, on a pris du temps* » (le temps d'écoute, la rigueur du médecin et la cohérence des deux professionnels médecin/psychologue sont notamment souvent soulignés par le consultant). La consultation unique semble générer une forme de liberté de paroles ... Le consultant n'est pas amené à revoir le professionnel, cela peut avoir un effet facilitateur de mise en mots, de prise de parole, et inhibiteur de la honte possible. « *Oser dire, partager* ». Pour le professionnel, ce temps unique consacré à cette personne, permet une écoute active à moindre risque d'envahissement. L'accueil pour le professionnel est comme dans tout entretien d'évaluation d'accueillir suffisamment/pas trop.

Cette clinique riche, véritable observatoire de la santé éclaire des engagements dans le vieillir avec leurs multiples facettes et singularités et pose la question du partage et du traitement de la honte « *à entrer ou faire partie des vieillissants ou déjà vieux* ». Avec ce paradoxe : honte de ces marques du temps qui font d'avoir été invités à la consultation, d'y être, d'en être et honte d'oser au fil des entretiens se vivre, se reconnaître, se dire, cabossés, blessés, mais aussi, heureux, désirants, vivants.

Il nous semble que deux formes de honte peuvent être repérées dans les entretiens : une « *honte signal d'alarme* » qui aide à vivre au quotidien, protège le narcissisme, pare au décamponnement et à la perte des liens aux autres ; mais peut-être plus souvent une « *honte éprouvée* » (quand échec de la honte signal d'alarme) qui peut déborder graduellement les défenses du moi.

Être touché par un bouleversement mais parvenir à l'intégrer.

Être davantage touché et essayer de « *faire bonne figure* » mais enfouir cette honte, ce qui peut entraîner détournement ou réorientation pesante de son trajet de vie.

Être débordé et aller du côté de mouvements dépressifs, voire vers des désorganisations psychosomatiques graves.

Le mouvement va du dévoilement, à la disqualification, jusqu'au déni...

« *La honte signe un rejet hors de la communauté, mais elle est aussi, en contrepoint, ce qui permet de renouer le lien intersubjectif. La capacité d'éprouver la honte avec un ou plusieurs autres semblables, et non de façon solitaire, constitue l'enjeu essentiel du travail d'accompagnement. La condition nécessaire de l'intégration de la honte est un transit en*

direction d'un autre semblable, bienveillant ami ou thérapeute dans le cadre d'une relation de confiance. Elle implique fondamentalement que le regard d'autrui habille la nudité. La honte éprouvée par le sujet lui-même possède donc une fonction organisatrice, humanisante et « ré-humanisante ». (A. Ferrant, A. Ciccone, 2008).

La honte rime avec regard, miroir vivant, accordage affectif dans l'ici et maintenant et par le passé dans la construction de l'être.

Vieillir : une aventure à risques majeurs de souffrance narcissique identitaire

Soulignons la profondeur des transformations et les fragilisations qui peuvent marquer ces périodes : transformation du corps modifié dans son action ou sa séduction, image du corps en reconstruction, amour de soi en doute, devenir et proportion des pulsions Eros/Thanatos en jeu, commerce objectal et narcissique déréglé, libido en quête d'objet, remaniement fondamental du moi avec les instances héritées d'identifications passées, moi idéal/idéal du moi/surmoi ; assise et repères socio-identitaires en rupture, réorganisation de la dualité passivité/activité, prise de conscience des limites temporelles et symboliques de son existence...

Vieillir, si programmé ou plutôt si déterminé soit-il, prend toujours la forme d'une maladie, ou d'une sorte d'accident, d'une forme d'aléa. Il nous semble que le sentiment de vieillir (« *le coup de vieux* ») surgit quand intervient la conjonction de deux éléments: une grande difficulté à un réinvestissement objectal après une perte imposée par la réalité et une sidération imposée par un changement somatique. Comme si le bouleversement était provoqué par cette simultanéité. Un authentique travail psychique, un « *travail du vieillir* » devient nécessaire.

On ne vieillit pas sur un front général, c'est quelque chose de particulier qui « *se dégingue* » et produit le vieillissement.

« *Quand cela se dégingue, cela ne se reglingue jamais* » m'évoque Mr S. 80 ans atteint malgré lui, touché dans son corps et son narcissisme, position de passivation honteuse. « *J'ai honte de moi, de ce que je deviens* ».

La honte est, du point de vue intrasubjectif, éprouvée devant l'idéal du moi, avec un sentiment d'être petit, incompetent, impuissant, humilié ou indigne. Elle est, par ailleurs, amplifiée par le fait d'être exposé au regard de l'autre, et pousse à éviter le regard.

« *Vieillir... Ça se voit que j'ai vieilli ?* » Voir/être vu/se voir.

La honte signe une situation de tension entre le moi et l'idéal du moi. Elle témoigne de l'échec du moi au regard de son projet narcissique. Dans la honte, le moi est indigne (et non fautif comme dans la culpabilité). La honte découle du sentiment d'être disqualifié, rejeté,

« abjecté » par l'objet. Elle est donc plus narcissique, sinon plus archaïque que la culpabilité (qui suppose une situation psychique plus élaborée). Les formes primaires de la honte et de la culpabilité sont cependant difficiles à distinguer. On peut très globalement avancer que la culpabilité est liée à la perte traumatique de l'objet alors que la honte est liée à la perte du sujet.

Vieillir présente le risque vertigineux de se perdre soi-même.

En paradigme dans le vieillir, la Chute, le faux-pas redouté, révélateur, honteux.

Chuter n'est pas jouer... Entre le déjà vécu ou le risque à vivre, faire un faux-pas et chuter est particulièrement redouté dans l'avance en âge... C'est entendu répétitivement dans les consultations et un atelier « *Équilibre, anticiper pour rester dans le mouvement* » est souvent préconisé.

« *Je me cramponne* », « *Je fais extrêmement attention* ».

Impossible de ne pas évoquer cette interrogation omniprésente de l'Homme Debout dans le vieillir... Certes à trop vous parler et écrire sur la « chute » donnerait à croire qu'on est tombée dedans toute petite ?... Partage d'affect et honte au rendez-vous ? Justement, un des traitements de la honte est son retournement en exhibition, une transformation salvatrice et créatrice en son contraire.

Quelques phrases saisissantes, cueillies dans divers récits : « *Je suis tombée par mes propres moyens* », « *Le plus terrible dans la chute est de ne pas pouvoir pour la première fois se relever seule* », « *Je me suis relevée déjà vieille* ».

Chuter, tomber, s'étaler, s'affaler, se scratcher, se tomber, « *je me suis tombée* », s'effondrer, s'écrouler, se ramasser, se casser la gueule, s'écraser, bref « *tomber comme une merde* » osera me confier un homme à peine vieillissant. C'est une histoire sans parole mais avec maux, raté dans l'ajustement à l'espace, passage par l'acte qui n'a pas de présent, et n'est que saisissement, retournement, passivation.

« *La honte !* »

La chute fait mal, physiquement, psychiquement, elle n'est jamais normale, banale ni à banaliser. Elle donne à vivre la peur. Fracturante ou non dans le corps, elle blesse le narcissisme. Tomber comme un enfant, touche l'estime de soi, la confiance en sa valeur, en ses capacités. Se rappellent la dépendance, les limites, le manque, la fragilité corporelle et la mort toujours possible, l'impuissance et la petitesse. Mais surtout ne pas pouvoir se relever c'est échec de l'emprise (A.Ferrant, 2001), le surgissement de la honte. Imre Hermann (1943) lie la honte aux expériences de « *décramponnement* » (la crainte d'être exclu, décramponné de la mère et du groupe, la honte est aussi une conséquence de l'exclusion.)

« *N'être que ça !* » La chute en l'exposant suscite la honte. L'image de soi se déchire brutalement.

La chute est chaque fois un « *désaccord d'âge* » : entre ce que la tête veut encore et ce que le corps ne peut plus. Elle met en scène, donne à voir. Elle fait rupture, elle immobilise le sujet et mobilise l'entourage, elle blesse et marque, elle révèle, elle fait signe ou elle impose. Une chute peut en cacher plus d'une autre ... La chute, entre répétition et préfiguration, est un événement qui a la même fonction qu'une interprétation sauvage. De manière de plus en plus prégnante dans les étapes du vieillissement quand elles surviennent elles font balance, en un écho singulier et spécifique, entre les chutes passées et les probables chutes à venir, dont la redoutable toute dernière, la « *bascule finale* », « *le grand saut* » Elles font signe qu'une première moitié de vie est passée, ou elles révèlent un vieillissement déjà là et peuvent même préfigurer une fin de vie possible très proche

Ni honteux, ni idéal, vieillir est une nouvelle aptitude à être au monde, oser continuer autrement,...

Parcours en construction dans une société au jeunisme impitoyable « *qui fout la honte* », face à un sujet « *honteux* » et peu bienveillant vis-à-vis de lui-même, fragilisé par des injonctions externes, limité voire mis à terre par son propre corps. Un pas qui hésite, un faux-pas, est-ce une vie ou un lien qui se dérobe dans un dé cramponnement, une déprise à risque ?

Le travail clinique en consultation d'évaluation ou en milieu hospitalier, auprès de sujets dans des « *sauts d'âge* » ou dans les dernières étapes de vie, m'a donné à entendre que ce n'est pas « *à la vie* » que l'on s'agrippe mais « *aux autres* », présents comme supports intériorisés, ou à défaut, objets présents dans l'immédiat espace « *à portée de mains* ».

La rencontre avec l'objet dans l'instant est déterminante.

L'avance en âge dans ses mises en arrêt, ses butées, ses achoppements, questionne violemment le sujet sur ce qui le fait tenir debout, ce qui le motive à aller plus loin, sur ses supports internes et externes. Elle l'interroge sur sa capacité corporelle (le moi avant tout corporel est porteur intrinsèquement de sa propre destructivité), mais aussi sur la solidité, la fiabilité de ses soubassements psychiques, de ses liens, et de ses « *attaches* ». Profondément se réinterrogent et donc s'actualisent, la relation au corps et au psychisme maternel, ses modalités de présences, son assise, la solidité de cet arrière-fond, ses lâchers et les conduites d'agrippement, de cramponnement, d'emprise qui en résultent de part et d'autre.

Dans « *l'ici et maintenant* » de l'accueil, de l'écoute, des soins et du soutien des sujets vieillissants vacillants, se rejoue plus ou moins fortement cette partition avec ses accords (d'âges), ses dysharmonies, ses fausses notes ou sa mélodie.

Comme pour d'autres temps de vie mais plus crucialement dans le vieillissement, nous l'avons souligné, des formes de hontes surgissent, s'enfouissent, s'éprouvent, se retournent, se projettent tyranniquement sur autrui...

Qu'elles soient honte signal d'alarme, honte éprouvée (la plus rencontrée), honte d'être, honte originaire, elles appellent une attitude d'écoute contenant, d'accueil bienveillant et compréhensif des situations, « *en l'état* ».

L'expérience des consultations de prévention témoigne de l'importance d'un espace dans lequel, auprès d'autres, on peut se raconter, relire et relier, se ramasser, se recentrer, oser dire « *pour la première fois* », exprimer ce qui affecte dans son histoire et ses transformations liées au vieillissement, être compris au sens de contenu, reconnu. Ces consultations demandent d'être pleinement là, implication et partage. Le « *partage d'affect* » (A. Ferrant, A. Ciccone, 2008) ne signifie pas sentir la même chose de la même façon et au même moment, il implique une complémentarité, une harmonisation et une échoïson.

Ces consultations sont étonnantes souvent dans ce qu'elles génèrent de rencontre, de contact émotionnel, de confiance éclairante, d'accordage, d'accord'âge ? Sur un temps si court mais si dense. Ces temps d'écoute sont riches et porteurs pour les psychologues engagés dans ce travail.

Ces espaces permettent-ils la mise au travail de la honte à travers son éprouvé avec un ou deux autres semblables ? Traitement signifiant et reliant à la communauté humaine ? Permettent-ils de renouer du lien, de donner du sens, d'être autorisé, de se permettre ? Nous laisserons cette question en ouverture....

Se rencontrer au travers d'autres, devenir Soi, se transformer au fil du temps, en appui sur un monde intérieur habité, habitable, dicible, lisible à travers certains traits ou métamorphoses, se prolonger en d'autres, transmettre... avec juste ce qu'il faut de signaux de honte protectrice et humanisante. Il s'agit d'une aventure coûteuse en énergie, toujours unique, en mouvement, en création jusqu'aux confins de l'existence humaine. Trajets à reconnaître, apprivoiser, soutenir, contenir. La qualité de portance des professionnels peut ou non favoriser, en écho aux premiers pas, aux cramponnements ratés ou réussis, l'acquisition d'un sentiment de portance, certes jamais définitive, mais permettant un sentiment d'unité et d'identité personnelle trouvée ou retrouvée, et le plaisir mêlé d'effroi qui accompagne le sentiment de voler de ses propres ailes.

Bibliographie

Aragon L.

1963 « J'arrive où je suis étranger », *Le fou d'Elsa*, Gallimard, 2002

Brel J.

1963 « Les vieux »,

Cicccone A., Ferrant A.

2009 *Honte, Culpabilité et Traumatisme*, Paris, Dunod

Eluard P.

1946 « Le dur désir de durer »

Œuvres complètes, Tome II, Gallimard, La Pléiade (1968)

Emde R.N., Oppenheim D.

1995 « La honte, la culpabilité et le drame oedipien : considérations développementales à propos de la moralité et de la référence aux autres » trad. fr. *Devenir*, vol. 14, n°4, 2002

Janin C.

2007 *La honte, ses figures, ses destins*, Paris, PUF

Maisondieu J.

2002 « Du désir à la répulsion, le syndrome de Tithon », *Psychiatrie française* n°2

Pellerin J.

2005 « Avoir honte de vieillir »,

Les Tribunes de la santé, n° 7, Presses de Sciences Politiques

Platier-Zeitoun D., Polard J., Azoulay J.

2009 *Vieillir... Des psychanalystes parlent*, Toulouse, Erès

Puijalon B.

2007 « Que c'est-il passé ? La vie et je suis vieux », *Gérontologie et Société*, n°121

Roos C.

1992 « Paysages insoutenables », *Fascicule 9^{ème} Journée d'Etude, ARAGP, Lyon*

2003 « Maladie et/ou travail du vieillir, quelle voie possible ? » *Fascicule 17^{ème} Journée d'Etude, ARAGP, Lyon*

2008 « Des chutes en abîme, une chute peut en cacher une autre... »

Champ Psychosomatique, octobre n°49

Tisseron S.

2006 « De la honte qui tue à la honte qui sauve »

Secret, honte et violences, Le Coq Héron, n°184, Toulouse, Erès

Trincaz J., Puijalon B., Humbert C.

2008 « La lutte contre le vieillissement », *Gérontologie et Société*, n°125

BIEN OU MAL VIEILLIR, ENJEU DE LA CULTURE FAMILIALE

Martine MARGAT ²⁴

Si les représentations, tant du bien vieillir que du mal vieillir, sont relativement communes et en lien avec une culture partagée pour une aire géographique et temporelle donnée, elles sont portées, adaptées, accommodées par ce que nous pouvons appeler la culture familiale, celle qui se tisse de génération en génération, véritable idéologie groupale spécifique, sorte d'interface, d'espace intermédiaire, entre le sujet et le groupe social dans lequel elle s'inscrit.

L'idéologie familiale et la censure familiale

En référence au concept d'idéologie groupale développée par R. Kaës, F. Aubertel²⁵ propose de penser une idéologie spécifique au groupe familial²⁶ en articulation avec les mécanismes de censure familiale qu'elle a conceptualisé avec F. André Fustier²⁷.

Authentique culture groupale, l'idéologie familiale est une méta-organisation « qui définit le bien et le mal, parfois au détriment de la réalité », qui « organise les modes de pensée et de se représenter le monde et les rapports avec lui, qui structure les modalités de liens, d'être et de penser au niveau de l'appareil psychique familial ». Réelle matrice familiale, « elle exerce un contrôle pour assurer le maintien en dépôt dans le cadre, suffisamment muet, des éléments archaïques indifférenciés de *l'histoire commune*, qu'un évènement potentiellement traumatique viendrait réactualiser ».

²⁴ Psychologue clinicienne, Thérapeute familiale psychanalytique.

²⁵ Docteur en psychologie clinique, thérapeute familiale psychanalytique

²⁶ Censure, Idéologie, Transmission et Liens Familiaux – F. AUBERTEL - in L'inconscient dans la famille – Jean-Georges Lemaire et al. – DUNOD – Paris 2007 – col. Inconscient et Culture – pp. 135 à 188

L'ensemble des citations de ce paragraphe est issu du texte de F. AUBERTEL.

²⁷ La censure familiale : une modalité de préservation du lien – F. ANDRE FUSTIER, F. AUBERTEL – Revue de la S.P.P.G. n°22, p. 47 à 59.

Organisation de crise, elle fonctionne en arrière fond et prend le devant de la scène, traversant les psychismes individuels, dès que nécessaire.

Elle est toujours prête à se réactualiser dans les rencontres familiales, qu'elles soient festives ou douloureuses.

L'idéologie familiale a donc une fonction de cadre contenant, d'enveloppe familiale et de pare-excitations. Elle exerce une fonction défensive nécessaire et vitale qui autorise le repli régressif des membres de la famille lorsqu'il lui faut se protéger d'évènements douloureux ou très forts. Protectrice de la cohésion du groupe, elle peut devenir pathogène et mortifère si elle ne s'infléchit pas dans le sens de la reprise de l'individuation des sujets du groupe, une fois la menace passée.

L'idéologie familiale a également une fonction organisatrice. Elle distribue les rôles, places et statuts de chacun dans le groupe familial et les générations, en fonction des contrats narcissiques et des pactes dénégatifs, fondateurs du lien. Elle limite l'imprévisible et maintient un certain équilibre. Elle est « traduction-représentation » de la réalité, un « fond commun d'interprétation », cette sorte d'habitude de penser qui s'imposent aux membres de la famille, comme la marque du lien familial, voire le fondement de l'identité groupale. En ce sens, elle génère, développe et maintient l'organisation de la représentation.

Ce fonctionnement faisant de l'idéologie familiale une « omniscience qui se substitue à la réalité », selon R Kaës, repose sur des communautés de dénis, qui organisent, tiennent à l'écart les réalités angoissantes, afin de maintenir la permanence de l'alliance en ayant recours au mécanisme de censure familiale.

Celle-ci peut être décrite comme « un processus de tri effectué familialement, en deçà de ce qui opérera ultérieurement dans le mécanisme du refoulement » au niveau individuel.

Le tri s'opère à partir des instances groupales idéologiques pour maintenir une image familiale idéalisée, et assurer la permanence des valeurs et des interdits familiaux, en référence à une « idéalité familiale » (sorte de moi idéal et de surmoi familial). La censure a pour charge de contenir, dans le négatif, ce qui ne doit pas être mis à disposition des psychismes individuels sous peine de rupture des pactes dénégatifs. « En ce sens, l'idéologie et le mécanisme de censure familiale qui en est l'agent, fonctionnent comme gardiennes de l'alliance fondatrice de la famille ».

Dans son rôle organisateur, la censure accompagne donc les psychés individuelles dans leur accession à la maturité et à l'individuation, distillant les contenus à l'aune de la capacité de traitement des sujets. Elle est au service de la fonction pare-excitante de l'idéologie familiale.

Mais elle a aussi une fonction défensive qui vise à la préservation des dénis fondateurs de l'alliance. Dénis qui vont produire des « récits » dont il est interdit de trop s'éloigner. Il en va ainsi des secrets de famille, chargés de préserver une histoire familialement correcte, pour

repousser la honte, ou les doutes sur les origines. Secrets de famille dont F. Aubertel dit qu'ils ont aussi pour fonction d'organiser et de maintenir le lien dans un serrage qui n'autorise pas la pensée et l'accès à la représentation individuelle. La fonction défensive de la censure peut alors devenir pathogène.

L'idéologie familiale, la honte et le vieillissement

L'idéologie et la censure familiales vont être mises à l'épreuve dans l'accompagnement du vieillissement des membres de la famille, de ceux qui sont placés en position d'ancêtres, pour tenir la continuité et la permanence du lien. La question de la transmission est au cœur de cette problématique tant pour le sujet âgé que pour le groupe. Il va falloir absorber, non seulement les angoisses liées à la dépendance et à la mort, mais aussi les effets des pertes réelles liées aux dégradations tant physiques que psychiques, les relations nouvelles de dépendance qu'elles appellent et leurs conséquences, notamment l'inversion des rôles et le retournement du pivot oedipien, et la mort bien sûr, tout en maintenant une suffisante idée de l'humain qui soutienne les « idéautés » individuelles.

Nous pouvons penser que, tant que le cours de la vie se fait sans heurt conséquent, le groupe familial, selon ses capacités adaptatives, contiendra les mouvements de vie et de mort sans rigidité excessive, malgré les souffrances individuelles, en autorisant les replis régressifs nécessaires et les reprises tout aussi indispensables d'individuation. Mais qu'advienne un événement à fort pouvoir désorganisateur, qui, d'une façon ou d'une autre, trouble la familiarité et la sécurité du prévisible par son irruption brutale, ou/et son caractère trop éloigné de ce qui est attendu dans ce groupe-là, introduisant ainsi du trop d'étrangeté et la menace de rupture de l'enveloppe et du lien familial, alors ce qui était silencieux se fait bruyant, ce qui était discret, voire invisible, se montre. La transitionnalité du lien et l'ambivalence sont mises à mal.

L'organisation de crise de l'idéologie se met en ordre de défense pour faire face et maintenir le lien et la cohésion du groupe, notamment dans le serrage (un seul corps, une seule psyché), les relations s'exprimant dans la fusion ou, au contraire, dans l'évitement et la fuite. Ces événements potentiellement désorganisateurs peuvent être générés par le déploiement d'une pathologie, telle la maladie d'Alzheimer, mais ils peuvent aussi faire irruption au décours de la vie, sans connotation pathologique particulière, comme une simple expression d'une trajectoire désirante nouvelle ou d'un réaménagement tardif des liens amoureux, par exemple.

En témoigne cette vignette clinique que j'ai intitulée :

Les parents indignes

Je reçois Mr et Mme B, dans le cadre d'une thérapie de couple. Ils sont respectivement âgés de 46 et 43 ans. Chacun a encore ses deux parents. Ceux de Mr sont âgés de 73 ans pour son père et de 72 pour sa mère. Les parents de Mr sont très attachés à la famille et à leur couple, mais ils sont persuadés, au contraire des parents de Mme, qui ont une idée traditionnelle du couple, qu'il est nécessaire à chacun des partenaires de se réaliser tant professionnellement qu'affectivement et sexuellement, y compris en dehors du couple. Et cela au bénéfice de leur couple. Mr se sent lui-même assez proche de ses parents et ne comprend pas toujours les attitudes de ses beaux-parents. Mais voilà, qu'à la huitième séance, l'air embarrassé d'abord, puis franchement gêné, et finalement en colère, Mr se lance dans une tirade acerbe et douloureuse :

« Autant vous l'avouer tout de suite, parce qu'il faudra bien en parler, mes parents, ils vendent la maison. Ils font tout valser pour aller chacun de leur côté. Vous vous rendez compte, à leur âge !! Passe encore quand on a de la vie devant soi, mais là ! Comment on va faire comprendre ça à nos enfants, leurs petits enfants ? C'est ridicule. Ils s'en fichent, nous on n'ose même pas le dire à nos amis, ça nous promet une drôle de vieillesse, ça ! Oui, quand ils seront vraiment vieux, ça va faire comment, qu'est-ce qu'ils vont inventer encore ? »

Ce qu'exprime Mr B est tout autant du désarroi, de l'incompréhension que de la honte et une insécurité importante. D'une part, ni son père ni sa mère ne semblent excessivement malheureux de cette situation, ce qu'il ne peut comprendre, lui qui pensait que ce qui venait de l'extérieur du couple était au service du renforcement de ce couple et non pas à celui d'une dilution de ce lien. D'autre part, aux dires de ses parents, il semble que cette séparation tardive du couple ait été mûrement et longuement réfléchie, ce qu'il n'avait pas pressenti, et donc pas anticipé. Enfin, cette séparation ne lèserait aucun des deux, chacun ayant des objets d'investissement de son côté, ce qui vient, en quelque sorte, invalider la représentation du couple parental, organisé sur le mode d'une tendresse amoureuse tranquille, aux intérêts amoureux sublimés.

Mr B. n'est pas inquiet quant aux aspects financiers, sa mère et son père ayant toujours été indépendants sur ce plan. Mr B. est bouleversé.

L'annonce de la séparation du couple parental, vécue comme soudaine, vient effracter le cadre jusqu'alors muet de l'enveloppe familiale et bouleverser les places, introduire du brouillage générationnel, attaquer l'idéologie familiale et les représentations idéalisées. Elle provoque une vraie rupture à potentialité traumatique.

Au moment où Mr B. s'interroge douloureusement sur sa propre vie de couple, il prend appui sur celle de ses parents, celle qui a permis de maintenir une continuité sécurisante en contournant les aléas du quotidien. Idéalisée et tenue dans un espace organisé par une forme de déni, effet de la censure familiale, la représentation du couple, lien immuable, soutenait Mr et donnait sens pour lui à son engagement dans la thérapie. C'est à une chute de l'idéal que Mr a à faire. La déception concerne autant les modalités du lien que les partenaires de ce lien, qui l'ont en quelque sorte trahi. Et au-delà de la déception, un réel désertage, presque un décamponnage, s'opère. Mr B est lâché.

Par ailleurs, cette séparation convoque Mr B. à la rencontre d'un tabou, heurtant l'interdit oedipien, l'obligeant à prendre en compte la sexualité parentale, alors que l'avancée parentale dans l'âge lui avait donné comme l'assurance qu'il n'avait plus à s'en préoccuper. L'enfant, Mr B, est invité à une scène primitive complexe, mobilisant de nouveau les pulsions partielles, prégénitales, de l'infantile sexuel, pervers polymorphe, normalement refoulé. Sexualité d'autant plus difficile à se représenter qu'elle ne peut être réellement fantasmée comme acceptable, dans l'ordre des choses, parce qu'elle est précisément tardive « vous vous rendez compte à leur âge, passe encore quand on a de la vie devant soi ». Tardive, hors d'âge, obscène, elle provoque du coup la honte : « il faut vous l'avouer », « nous, on n'ose même pas le dire à nos amis », « c'est ridicule ».

Cette courte vignette n'est pas sans faire penser aux réactions de familles, c'est-à-dire d'enfants de vieilles personnes, vivant en institution ou non, et qui nouent une relation avec un nouveau partenaire.

Si « le désir n'a pas d'âge » comme le dit G. Le Goues²⁸, il faudrait peut-être ajouter, « pour le sujet », parce que pour sa famille, et en particulier, ses enfants, le désir a un âge certain. Son expression chez le sujet âgé et les voies de sa réalisation ont bien un âge, du fait même de l'évolution vitale et pulsionnelle, comme le dit aussi G. Le Goues, mais également du fait de ce qui est pensable et représentable, admissible au plan familial, et social.

Je pense à l'une de mes anciennes patientes, âgée de 80 ans, en grande souffrance dans ses liens familiaux, notamment dans son lien avec la plus jeune de ses filles. Peut-être parce qu'elle était entrée en bagarre ouverte avec son mari qui l'avait beaucoup trompée, rompant en cela un pacte dénégatif : celui qui permettait de maintenir une représentation idéalisée d'un père Don Juan, à qui tout pouvait être pardonné comme à un éternel adolescent séducteur, et d'une mère valeureuse, tirant sa dignité de son silence courageux. Cette vieille dame se prenait à rêver de partir vivre ailleurs, avec une amie, ou même seule, disait-elle. La pensée, qui venait aussitôt après avoir exprimé ce désir, était qu'elle serait vite rattrapée par la certitude familiale de sa déficience ou de sa démence, « parce que, disait-elle, à mon

²⁸ Psychopathologie du sujet âgé – G. FERREY – G. LE GOUES – Paris – 1989 – Masson – pp. 198

âge, il faut faire attention à ce que l'on désire, on est vite prise pour une vieille folle, et on vous fait taire comme ça ! C'est dangereux d'avoir certaines envies quand on est vieux ».

Lorsque la place et le rôle attendus par le groupe familial de l'ancêtre ne sont plus remplis, des éléments du cadre muet deviennent bruyants, l'émergence des contenus tenus à l'écart par les pactes dénégatifs menace, et au-delà de la souffrance individuelle des membres du groupe, ce sont les liens mêmes, lien d'affiliation, lien de filiation, lien généalogique, qui sont malmenés. Les sentiments de sécurité et d'identité de base peuvent alors être en jeu. Le réveil d'angoisses archaïques (d'abandon, de laisser tomber, de persécution par ex.) est possible selon l'histoire préalable du lien, et la déliaison peut découvrir la haine. Les éprouvés bruts sont au rendez-vous, les enjeux narcissiques sur le devant de la scène familiale. Ce sont parfois de réels règlements de compte qui se jouent, plus sur le mode de la violence fondamentale, que sur celui de la rivalité oedipienne. Des ruptures de relations peuvent alors intervenir, dont nous pouvons supposer qu'elles permettent paradoxalement de protéger encore quelque chose du lien, en le mettant à l'écart, à l'abri, de l'épreuve de réalité et du temps.

Ces ruptures évoquent souvent des problématiques de séparation impossible, d'individuation psychique compliquée, parfois résultat d'un long processus, ou bien, effet d'un aléa de la vie qui entraîne à une régression du lien, dans les rencontres avec le traumatique par exemple.

La famille et la honte originare

Le traumatique peut être représenté par les aspects réellement pathologiques du vieillissement du parent.

Lorsque celui-ci est aux prises avec les effets délétères de la démence, ses enfants et son entourage familial sont, eux, confrontés à la représentation de « l'ancêtre insuffisamment bon » dont C. Joubert²⁹ a développé et analysé les caractéristiques et les répercussions sur le groupe familial. L'analyse des liens familiaux marqués par la pathologie démentielle a été développée depuis longtemps, notamment par M. Myslinski³⁰, ce dont ses nombreuses contributions témoignent, puis par C. Joubert et P. Charazac³¹ entre autres.

Il a été évoqué l'attaque des liens par la démence et les affects de honte que l'on rencontre quasiment toujours dans l'écoute des membres de la famille de la personne démente.

Certes, honte d'être l'enfant de ce parent devenu aussi peu familial dans la réalité, et aussi loin de la représentation interne du parent étayant, soutien de l'idéal du moi et du surmoi.

²⁹ Paradigme familial et du lien – P. CHARAZAC, C. JOUBERT – in Cinq Paradigmes Cliniques du Vieillessement – J-M. TALPIN et al. – DUNOD – Paris, 2005 – coll. Inconscient et Culture – pp. 47 à 78.

³⁰ Un Œdipe si vivace : les conséquences de la maladie d'Alzheimer sur la relation mère-fille – M. MYSLINSKI – Actualités Psychiatriques – 1987 – n° 8 - pp.50 à 56.

³¹ Psychothérapie du Patient Agé et de sa Famille – DUNOD – Paris – 1998 – coll. Thérapies – pp. 169.

Mais, honte d'avoir honte comme le soulignent A. Ciccone et A. Ferrant³² lorsqu'ils évoquent la honte des parents devant leur enfant handicapé, et la honte de leur honte même.

Honte de ne pas pouvoir supporter d'être l'enfant de ce parent qui a désappris les comportements sociaux, qui nous entraîne du côté du « déshumain », qui se décontenance et qui nous fait partager la régression libidinale, de la génitalité à l'analité et l'oralité, ramenées au plaisir d'organe, et à la découverte corporelle et des fonctions d'autoconservation, telle que l'ingestion et l'excrétion. Ce parcours nous invite dans les sphères de l'indifférencié et de l'archaïque, accompagné des angoisses qui y sont attachées. Le sujet se perdant, il y a de la désubjectivation à l'œuvre dans le lien. Le groupe familial, pour sauvegarder sa cohésion, assurer la pérennité de son enveloppe, satisfaire son idéal doit pouvoir investir cette régression, et s'en défendre tout à la fois. Parce que cette régression et ce qu'elle implique dans son accompagnement au plus près des besoins du parent, renvoie ou risque de renvoyer à la honte originaire, tenue à l'écart des psychismes individuels par la censure.

A. Ciccone et A. Ferrant, en appui sur les travaux de C Janin³³, développent le concept de « honte originaire » en référence à l'origine cloacale de l'humain. Ils nous disent : « Elle est présente dans toutes les formes de groupement et se construit d'abord au sein de l'espace familial ». Elle y est tenue muette par un pacte dénégatif. Elle participe à l'« hominisation », processus où s'élaborent les catégories de l'intime et du social. Ce qui est de l'intime concerne, dans notre culture, sur laquelle s'appuie la culture familiale, ce qui touche au corps, au sexuel et au récit de l'histoire du sujet. Tout dévoilement brutal, imprévu de ces différents aspects convoque plus ou moins la honte. « La transparence et la nudité ainsi exposées dévoilent toujours l'abjection, c'est-à-dire fondamentalement le cloacal et l'informe en nous ».

Il pourrait y avoir, alors, de la honte à l'investissement même de l'accompagnement d'un parent dément et dépendant, non seulement parce qu'il exige d'être en relation avec un corps et un psychisme qui ne peuvent plus se parer de l'intime, mais encore, parce que ce parent, en raison même de la pathologie, échappe à la distinction de l'intime et du social. Il nous confronte à être témoin et acteur « passif » ou « passivé » d'une sorte de transparence de l'être aux risques de « déshominisation ». Lui-même, décontenancé, ne peut plus toujours tenir au-dedans ce qui appartient à l'intime, au caché, découvrant malgré lui les pactes silencieux, voire les secrets nichés au plus profond du lien.

L'affect de honte éprouvée serait alors ici garde-fou, honte signal, pour prévenir du retour de la honte originaire, retour catastrophique, désorganisateur.

³² A. CICCONE, A. FERRANT Honte, Culpabilité et Traumatisme, DUNOD - Paris – 2009 - pp 249.

³³ Pour une théorie psychanalytique de la honte – C. JANIN – RFP – n°5, déc. 2003, Tome LXVII, Spécial Congrès – P.U.F. – Paris – pp. 1657 à 1742.

Mon expérience auprès de groupe dit d'aidants familiaux m'a fait rencontrer un enfant, le plus souvent, ou un conjoint, qui après avoir dit : « vous ne saurez jamais ce que j'ai dû faire », explique en détails les toilettes qu'il a dû effectuer, les changes, les selles qu'il a dû extraire, les repas qu'il a dû donner à la becquée ou à la pipette, comme dans une sorte de retournement de la honte « vous ne saurez jamais », en exposant « ce que j'ai dû faire », ceci plongeant les autres membres du groupe dans une gêne proche du malaise. Nous pouvons penser qu'il s'agit, pour ce parent, d'une tentative de traiter ces affects de honte, générés par cette déconstruction régressive, (qui bafoue les tabous issus de la résolution oedipienne), en les faisant, en quelque sorte, porter par le groupe dans une communauté de ressentis et d'éprouvés, peut-être dans l'espoir de pouvoir les mettre en représentation alors partageable, et ainsi tenir à distance la honte originaire.

Certains placements en institution pourraient être compris comme l'expression de cette tentative de se protéger d'une trop grande proximité avec la menace d'un retour à l'informe cloacal vécu par le groupe familial, mettant à l'écart l'objet du lien, lien qui par identification à l'objet générateur de honte devient lien honteux.

Avec pour conséquence des modalités relationnelles différentes selon les groupes familiaux et leur organisation préalable : de l'évitement phobique de l'institution hébergeante, et donc quasiment l'abandon du parent placé, à son envahissement en emprise, agressif et revendicatif, ou, au contraire, plein d'une sollicitude qui entraîne de la confusion dans les rôles et les places entre les soignants et la famille. Le parent n'est alors plus le centre de ce contre investissement ou surinvestissement, mais c'est l'espace qui le contient qui en est l'objet.

Dans tous les cas, et comme cela a été développé et mis en œuvre par beaucoup de professionnels, il est nécessaire de prendre en compte les différentes expressions du lien familial souffrant. Ces modalités, aussi paradoxales soient-elles, sont des façons de se défendre de l'angoisse anéantissante de la rupture du lien, lien constitutif, fondamentalement, de l'identité de base de chacun.

Les dispositifs groupaux, groupes de parole, groupes de familles, d'aidants familiaux, consultations de famille, en offrant un cadre suffisamment structuré, sécurisant, donc pare excitant, propose une sorte d'enveloppe de prothèse à ces liens malmenés.

Le travail du groupe sera alors précisément d'accueillir, entre autres, ces ressentis et éprouvés de honte pour rendre possible un partage d'affects qui permette progressivement de les nommer pour faciliter leur mise en représentation. Nous pouvons penser que puisse se retisser un maillage de représentations de l'intime et du partageable socialement acceptables, fortifiant ainsi la sécurité de base de chacun et autorisant le déploiement de ses capacités de contenance et de penser, à partir de l'intériorisation de cette « néo enveloppe » groupale par les membres des familles en présence.

BIBLIOGRAPHIE

BERGER M.

1978 Soins aux mourants, in *Psychothérapies médicales*, J. GUYOTAT, Paris, Masson

BLETTERY V., ZACHARY N.

2008 Conflits aux urgences, in *Conflits et conflictualités dans le soin psychique*, M. SASSOLAS, Ramonville-Saint-Agne, Erès

HUGONOT R.

1998 La vieillesse maltraitée, Paris, Dunod.

2007 Violences invisibles, Paris, Dunod.

JEAMMET P., REYNAUD M., CONSOLI S.

1996 Psychologie Médicale, Paris, 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

DESTINS DE LA HONTE DANS LE TRAVAIL DE SUPERVISION D'EQUIPE AUTOUR DE PATIENTS AGES

Évelyne GRANGE-SEGERAL ³⁴

Introduction : La honte en partage

Dans notre contexte socio culturel ce qui est somme toute un phénomène naturel comme le vieillir devient honteux : il s'agit de vieillir en restant jeune et beaucoup s'épuisent dans la conformation à cette prescription sociétale.

D'une manière générale, la honte témoigne de l'échec du moi au regard de son projet narcissique avec un sentiment d'être incompetent, impuissant, humilié, indigne, ce que tout humain peut ressentir à l'approche du « vieillir ». Ces affects honteux attaquent la capacité de penser des soignants aussi bien que celle des patients et des familles. En effet, avec l'affaiblissement de la personne âgée, les enfants se trouvent brusquement convoqués à regarder dans les affaires des parents, à toucher à des choses qui leur étaient jusque-là interdites dès qu'intervient l'heure de l'entrée en institution. Les soignants, quant à eux, vont se trouver confrontés à une intimité parfois ravagée par la bruyance des symptômes ou la désorganisation de la personne âgée et de ses liens.

Voici une petite scène d'entretien familial en maison de retraite provenant d'un travail de supervision :

Une personne âgée dépressive ne veut pas rester à la maison de retraite : « *Je suis mal ici, je veux aller ailleurs, je sais ça fait cher, mais j'ai déjà regardé* ».

³⁴ Psychologue, Thérapeute familiale psychanalytique, maître de conférences Université Lyon 2, membre de l'Association pour le développement du soin psychanalytique familial (ADSPF)

Sa fille : « *maman, écoute, il faut que tu fasses un effort, on ne peut pas te changer d'endroit, ou alors, si on peut, on vend nos maisons et on retourne en location, c'est comme tu veux....Tu as vécu, maintenant c'est à notre tour !* ».

La mère répond : « *tu es comme ton père et je te crains...* » Elle exprime le souhait qu'un tuteur gère son argent. Sa fille répond alors : « *si tu fais ça, ne comptes plus sur moi pour revenir te voir, réfléchis bien maman ! Pour moi cela voudra dire que tu n'as plus confiance* ».

La patiente en a assez de toujours devoir demander et la fille lui rétorque : « *je t'ai toujours donné quand tu m'as demandé, parfois je ne peux pas, ça va vite l'argent et quand on a payé la maison de retraite, il ne reste plus grand chose pour nous !* »

Ainsi le placement ou l'hospitalisation ouvre un chapitre de l'histoire familiale au cours duquel les équipes vont se constituer en témoins partenaires ou coupables, dépositaires de désirs et de craintes générateurs de honte pour autrui qui s'y confronte.

L'immersion dans la détérioration et la nécessaire réorganisation des liens familiaux ne se font pas sans dommage. Les tensions et les modifications des liens familiaux de la personne âgée ont des retentissements et créent des alliances, des pactes inconscients et des clivages au sein des équipes soignantes. Cet environnement soignant tour à tour vivant ou mortifère trouve à déposer et à représenter ce qui l'affecte dans les espaces de supervision quand ils existent au sein de leur institution. Car, ce qui, de la transmission familiale n'a pas été traité durant le temps de l'âge adulte, vient se précipiter dans des figurations confuses, condensées, énigmatiques et donner des scènes cryptiques que les équipes soignantes interprètent au gré de leur capacité d'identification et du moment de l'histoire institutionnelle.

Une homologie formelle : Impuissance de l'âgé et manquements du soignant à sa tâche

Comme pour chaque institution, le cas clinique abordé de manière récurrente en supervision charrie et tente de traiter aussi les stases de l'histoire institutionnelle entrées en collusion avec les données de cette situation clinique. La résonance avec les différentes problématiques rencontrées va s'effectuer sur la base des manquements à la tâche des professionnels, leur impuissance étant proche de celle des hospitalisés, leurs vécus d'abandon par la hiérarchie ou l'administration assimilables à ceux des patients placés ou hospitalisés, leur colère et leur dépression s'illustrant à travers le récit des frasques et des effondrements des patients. Il existe ainsi une sorte d'homologie formelle entre les vécus des

patients et ceux des soignants : cette homologie s'effectue par un désir de reconnaissance, reconnaissance du patient dans ce qu'il est malgré sa déchéance et reconnaissance du soignant dans sa capacité et sa souffrance à s'occuper d'autrui.

Familles et soignants en miroir

Au cœur de la question du placement et de l'hospitalisation du patient âgé et dément, se trouve une concentration potentielle de blessures narcissiques :

En premier lieu, la blessure des enfants ou de l'entourage qui se sentent impuissants à restaurer leur patient et se placent volontiers en rivalité voire en juges vis-à-vis des positions prises par les soignants.

En deuxième lieu, la blessure des soignants liée aux critiques et aux attaques ressenties dans leur offre de soin compte tenu de leurs investissements inconscients et de la mission dont ils sont porteurs. La réaction à ces attaques pourra prendre une allure défensive et se manifester par des contre-attaques ou par une rigidité excessive dans les attitudes imposées aux patients ou aux familles. Lorsqu'il devient conscient au cours des supervisions, cet excès de rigidité donne lieu à des vécus de honte et de culpabilité dépressive.

Rappelons en effet, que le choix d'une profession d'aide que ce soit dans le travail social ou dans le soin s'enracine sur une préoccupation à l'égard de soi, des autres et sur une activité de réparation de ce qui a pu faire défaut dans sa propre histoire. C'est en partie pour cette raison que le professionnel risque de vivre les attaques du lien d'aide comme le mettant en échec dans sa professionnalité et dans ses tendances réparatrices. Le ressenti sera celui d'être détruit dans ses actes mais aussi dans son être. La proximité avec la souffrance et la désorganisation humaines expose quotidiennement le professionnel à de nombreux écueils face auxquels il doit chaque jour remettre en œuvre ses croyances, ses investissements narcissiques, ses capacités d'illusion et d'espoir tout en composant avec ses vécus de honte.

Les risques d'intrusion des familles à l'égard des soignants et réciproquement l'intrusion des soignants dans les logiques familiales, les risques de séduction et de fascination par le malheur et la folie, de manipulations elles aussi réciproques, guettent le travail à longueur de temps. L'échec des familles et des patients peut parfois être confondu avec celui du professionnel aux yeux de tous, de même toute amélioration ou toute réussite sera implicitement revendiquée comme une plus-value narcissique pour le professionnel ou pour l'équipe.

On le voit, l'ensemble patient-famille-soignants est affecté à des degrés divers par la souffrance et la diminution narcissique du patient hospitalisé. On doit à J. Bleger la mise en évidence heuristique du fait que les institutions finissent par se construire sur le modèle de ce qu'elles sont censées traiter. Les services d'hospitalisation jouent ainsi le rôle de surface de projection et sont contaminés par les problématiques qu'ils accueillent non seulement parce qu'ils se positionnent en réponse défensive et réactive, mais aussi sous les effets des identifications pour comprendre ce qu'ils doivent traiter. S'identifier à l'autre, aux autres, permet de les comprendre, mais, fait courir le risque en cas d'absence d'espace d'analyse et de construction des états émotionnels du soignant, d'en rester là sans écart et de reproduire les dysfonctionnements qu'on déplore chez les autres.

Dis-moi qui tu fréquentes...

S'occuper de personnes âgées, défaillantes, déficientes, déchéantes témoigne d'un certain courage voire d'une vocation, mais fait aussi courir le risque de la stigmatisation. En effet, s'ajoutent à la souffrance liée au contact direct avec le patient et sa famille, le regard porté par les autres services hospitaliers et l'identification que véhiculent ces autres services lorsqu'ils assimilent les personnels de ces structures aux pathologies accueillies : certains services jouent ainsi pour d'autres un rôle de « déchetterie » permettant par clivage de se sentir du bon côté de l'inscription professionnelle au sein d'un même hôpital.

L'ensemble de ces constats permet de comprendre comment dans tous les services s'occupant de déments ou de vieillissement pathologique, l'idéal professionnel est atteint et la honte jamais bien loin : « notre service fait vieux, on doit sentir l'odeur du vieux au dehors » sont des remarques que l'on entend en supervision, remarques traduisant comment les identifications collent à la peau des soignants. La honte est donc d'une certaine manière toujours présente et la question se pose de sa transformation en outil de travail.

Comment transformer la honte en outil de travail ?

Les occasions d'avoir affaire à la honte autour du vieillissement difficile ou pathologique sont multiples et pas toujours conscientes ni vraiment éprouvées. Nous pouvons les sérier ainsi :

1- Quand la honte provient d'une conversion d'un vécu d'impuissance

L'impuissance se convertit en honte de ne pas assurer son mandat social :

Cette honte n'est pas seulement due à la confrontation avec son potentiel propre de vieillissement, mais à l'ignominie de traiter « l'encore vivant » dans une perspective économique c'est-à-dire eu égard aux services qu'il peut encore rendre, au pronostic d'amélioration que l'on peut encore en espérer.

Comment porter, sans en être effondré, la mission d'accueillir la vieillesse pathologique, les torsions familiales activées, la souffrance générée et le tout dans un temps pas trop long et dans un contexte où les lieux d'accueil et les financements manquent ?

Les équipes oscillent ainsi entre la plainte et la dénonciation des termes de ce contrat intenable pour faire entendre leur souffrance et la honte de ne pas honorer ce contrat social, de faillir à la mission de réparation qu'elles se sont fixée. La complexité des questions soulevées par la fin d'une vie, l'imminence de la démence et de la mort et la demande d'aide à mourir par certains patients provoquent un vécu de paradoxalité chez les professionnels. Si cette paradoxalité paralysante n'est ni repérée, ni élaborée, surgit alors une baisse de l'estime de soi groupale jugulée par des conflits intra-équipes ou inter-équipes qui vont se déposer dans l'espace de la supervision. On assiste alors à des absences, retards, silences, honte à dire, clivages et exclusions entre professionnels : ceux qui travaillent et les autres, ceux sur qui on peut compter et ceux qui se rendent coupables d'abandon et nous laissent dans la solitude et la confrontation avec la déchéance et la douleur, ceux qui donnent un coup de main et les absents. L'absence d'un personnel pour maladie ou congé devient également source de honte car elle entrave la tâche des autres et les laisse seuls et démunis face, par exemple, aux nécessaires réorganisations des temps de travail.

La lutte contre la honte et la mauvaise estime de soi liées aux vécus d'abandon dépressifs peut trouver à se combattre dans des activités de dopage narcissique à versant maniaque : les équipes relatent des moments dans lesquels elles font « tout toutes seules » sans utiliser les renforts qui pourtant seraient à ce moment là nécessaires et ce jusqu'à épuisement.

2- La honte liée à un « trop de puissance » :

Les équipes se vivent souvent comme possédant un pouvoir de vie et de mort sur les patients, dans le fait qu'elles vont agir, décider et faire à leur place sans savoir vraiment ce qu'ils désirent. En cas d'hospitalisation transitoire, elles ont aussi le pouvoir de les garder plus longtemps ou de les éloigner au gré des places disponibles et au gré moins dicible de leur tolérance aux angoisses et aux dysfonctionnements provoqués par tel ou tel. On entend parfois en supervision, le terme d'« externements abusifs » de patients lorsque l'équipe ne peut plus prolonger leur hospitalisation, mais se doit de les re-diriger vers des établissements offrant plus une activité de gardiennage que de soin !

-Le sentiment de posséder trop de pouvoir s'exprime aussi dans le maniement des diagnostics : l'existence et l'utilisation du diagnostic peuvent jouer un rôle calmant pour le patient, sa famille et l'équipe. Parfois, le diagnostic et ses composantes pronostiques servent à éloigner, voire suturer les questions liées à la manière dont tel sujet présente et utilise des symptômes, dans une adresse ou non à l'autre. Dans ce cas, le diagnostic permet d'occulter la présence du sujet sous la maladie, de ne plus réfléchir à la manière dont maladie et vieillesse s'articulent pour tout sujet humain en fonction des dimensions de son histoire personnelle. Les comportements du sujet ne seront plus rapportés qu'à sa maladie, à son diagnostic, sans considération de sa singularité et de la manière dont il habite et vit sa maladie. Nous évoquons plus haut les phénomènes de collusion entre problématique institutionnelle et problématique des patients ainsi que l'existence de contrats inconscients entre familles et équipe qui vont se nouer particulièrement autour de la question du diagnostic. En effet, certaines familles désarmées ou déstabilisées ne peuvent plus entendre la souffrance de leur membre vieillissant et découragent les équipes lorsque celles-ci tentent de donner sens à ses manifestations comportementales. L'ensemble composé par les professionnels et les familles va abandonner de concert et par excès de souffrance l'idée d'entendre le patient au-delà de ce qu'il donne à voir sous le diagnostic : le sens risque alors de se perdre au profit d'une diminution de l'angoisse et des conflits mais non de la culpabilité.

-Un autre sentiment de puissance et de honte accompagne la crainte et le désir de prendre la place de la famille auprès du patient. La question est celle des limites au-delà desquelles l'équipe ne peut aller dans sa présence auprès du patient sans démettre la famille de ses fonctions et de ses compétences ?

S'occuper bien du patient peut placer l'équipe en rivalité directe avec certains membres de la famille, alors que ce même patient apparaît objectivement en état d'abandon. *A contrario*, l'équipe peut se voir reprocher de ne pas accompagner un patient chez le coiffeur, par exemple, alors qu'elle espérait voir la famille prendre en charge ce moment particulier qui ne

fait pas forcément partie de la tâche soignante. Autour du patient âgé, les limites de chaque groupe sont, à chaque cas, convoquées dans la paradoxalité (en faire trop ou pas assez mais jamais de façon satisfaisante), dans le conflit, la confusion ou la complémentarité entre famille et équipe soignante. Ainsi, la décision d'envoyer en maison de retraite est toujours prise dans un contexte d'ambivalence selon le lieu indiqué et la réputation dont il bénéficie. L'équipe doit parfois assumer la culpabilité d'envoyer des personnes affaiblies dans ce qui fantasmatiquement est vécu par les personnels comme des lieux de destruction au service d'un business social. Dans ces moments de supervision, l'image des orphelinats pendant la guerre surgit comme celle d'un « monde à part » sous le seau de l'exclusion et du rejet.

La proximité de la déchéance et de la mort suscite des mouvements contradictoires soit du côté d'une culpabilité franche et assumée soit du côté d'un traitement opératoire de la gestion des places. Ainsi à l'occasion du décès d'un patient par exemple, on peut entendre qu'au fond, il n'y a pas d'inquiétude ou d'angoisse majeures à éprouver puisqu'un lit se libère et qu'il s'agit de remplacer un patient par un autre. D'autres fois, lorsque le taux d'angoisse présent dans le service est minimal, le rituel consistant à ménager un temps de deuil est conservé pour l'équipe et les autres patients et le remplacement différé. Cette dernière procédure d'attente compense le sentiment d'inhumanité parfois exprimé qui serait celui de n'être que des « vautours » attendant la libération d'un lit à destination d'un autre patient.

3- La honte dans les soins face à la déchéance des patients : un questionnement de l'humanité.

Est-on encore humain lorsque vieillesse et déchéance provoquent chez l'autre tant de sentiments ambivalents, allant de l'indifférence au mépris et au rejet ? Comment rester en contact avec un être qui va vivre ce que nous redoutons tous ? On pourrait dans le fond comparer le vieillissement à la période de l'adolescence puisque, après tout, il s'agit aussi d'un passage. Ce passage est certes bien moins excitant que l'éclosion de la puberté qui semble passionner tant de gens, de chercheurs et de praticiens, mais pourquoi ne pas parler de « vieillesse », terme moins connoté que celui de sénescence ?

L'idée de comparer vieillissement et adolescence peut être suggérée, d'une part, en se remémorant le film « Tatie Danielle » et, d'autre part, à l'audition de récits cliniques en supervision. Les différences d'appréhension de ces deux moments de la vie sont cependant manifestes : l'adolescent en devenir provoque empathie et fascination alors que ce sont l'effroi et parfois le dégoût que le vieillissement inspire dans notre contexte actuel.

Et pourtant ! On imagine toujours le vieillard comme un être affaibli, fragile et calme ce qui est souvent le cas. Cependant, le vieillard à l'hôpital est parfois très tonique : certains peuvent être psychopathes, séducteurs, hystériques. D'autres développent des anorexies,

des comportements d'opposition ou de violence provisoire, des états régressifs massifs qui miment la démence. Le patient dont le corps est objet de soin passif, peut vouloir retrouver une indépendance et une maîtrise par la seule chose qui lui reste possible à savoir l'opposition pour exister et pas seulement pour ennuyer le soignant. Si l'opposition est classique et supportée chez l'adolescent, elle est très mal tolérée et honteuse chez la personne vieillissante. Face au portrait de « Tatie Danielle », nous nous trouvons effectivement bien loin des images d'Epinal idéalisant des grands-parents sages et bienveillants, acceptant avec courage les blessures et les pertes que la vie leur inflige. Témoignent de ce malaise face à la personne âgée délinquante ces réflexions entendues dans les équipes :

« Quand il faut sauter à 3 ou 4 sur un papy déchaîné dit une soignante, c'est autre chose, on est mal à l'aise ».

Alors, en tant que soignant, est-on encore humain quand on s'en prend à une grand-mère ou un grand-père pour le ou la calmer ? Les provocations sado-masochistes ou démentes sont sources de culpabilité honteuse, quand la honte est exportée du patient chez le soignant. Certains patients se placent de telle manière que les soignants soient amenés à leur faire mal pour les attraper ou leur administrer des soins. Ces formes de relation libidinale où l'attention demandée est automatiquement source de violence sont particulièrement redoutées et provoquent la haine et la honte des soignants car elles les placent d'emblée en contradiction avec leur tâche première de « prendre soin » tout en les rejetant du côté d'une maltraitance redoutée. Et pourtant, les provocations masochistes ne sont-elles pas encore une manière de vérifier l'investissement de l'environnement, en exportant chez l'autre, chez le soignant, la haine et la colère, la détresse et la crainte du désinvestissement total ? Penser au-delà des confrontations quotidiennes à la souffrance et à la violence nécessite des espaces de construction des états émotionnels des équipes de soin comme le sont les supervisions. En effet, dans la vie de tous les jours le surgissement massif des affects du soignant qu'il tente de réprimer en empêche la reconnaissance ou la simple prise de conscience.

Une soignante disait en évoquant les soins et toilettes obligatoires : *« je fais de la violence toute la journée avec les mains dans la merde et le pipi »*. Cette forme d'intimité bousculante apparaît de prime abord comme sordide. *« Une patiente s'est mise nue et a émiétté sa couche durant une visite familiale alors qu'une autre qu'on avait détachée s'est jetée au sol en bavant »*. Spectacle éprouvant, honteux, qualifié par l'équipe de « débandade » donnée à voir à une famille en visite et engageant l'estime et le narcissisme du service. Ces derniers exemples concernent l'ordinaire de la vie des services de psychiatrie. Les blessures narcissiques et la perte du sentiment d'humanité sont convoquées chaque jour. Des plaisanteries fusent et travaillent ce sentiment d'inhumanité en développant par exemple le

fantasme d'avoir des fléchettes anesthésiantes comme celles qu'on utilise pour calmer les animaux. L'humour vrai différent de l'ironie constitue également un mode d'expression et de transformation de la honte éprouvée dans le travail quotidien.

Conclusion

La « viellissance » et l'adolescence présentent des similitudes en ce qui concerne la question du corps et du somatique. Les transformations corporelles de l'adolescent ne peuvent parfois être intégrées ni par lui-même ni par son entourage et c'est le cas aussi dans le vieillissement. Comment entendre l'unité psyché soma lorsque le soma fait des siennes et semble se désolidariser du psychisme ou entraîner le psychique dans sa chute ? Où entendre la souffrance ? Comme lors de l'utilisation du diagnostic, le rabattement sur les données des analyses ou des imageries médicales va permettre parfois de faire cesser provisoirement la souffrance et la culpabilité liées à l'impuissance. Cependant, bien que n'ayant rien d'objectif, le patient va pourtant mourir de manière inexplicable. La culpabilité ou la honte de l'impuissance voire de la non-assistance vont parfois se transformer et trouver une expression pulsionnelle à l'intérieur de conflits inter-professionnels. Les équipes semblent alors en recherche de coupables afin d'y loger leurs vécus de détresse, leurs désaccords sur la conduite qu'il aurait fallu tenir. Ces phénomènes sont fréquents lorsque, par exemple, la mutation d'un patient dans un service somatique spécialisé aurait permis qu'il ne meure pas dans les lieux mais serait revenu à l'abandonner au lieu de le garder dans l'angoisse et de subir sa mort passivement. Nous pouvons penser ces conflits comme une tentative de mise en forme des affects paradoxaux et des torsions liés à la souffrance du patient qui ressent dans son corps des phénomènes non repérables. Ces douleurs et ces anomalies fonctionnelles du corps sont probablement en rapport avec des traces de souffrances incorporées et cryptiques anciennes qui font retour en fin de vie. On pourrait les décrire comme des formes de liaisons somato-psychiques brutales, occultes et mortifères qui ont comme conséquences de précipiter la mort tout en laissant l'entourage soignant désespéré et /ou coupable de son propre soulagement. C'est ainsi le corps soignant qui subirait le contre-coup et les secousses de ces liaisons somato-psychiques brutales ultimes conduisant à la mort. L'inexplicable de ces situations et la culpabilité de n'avoir pas su les prévoir et les accompagner va entrer en résonance avec les désirs de mort qui traversent les services et rejaillir pour se faire traiter dans la dynamique des équipes sous forme de conflits, de clivages, voire même de souffrances somatiques et d'arrêt maladie.

Confrontés à des êtres humains présentant une importante dégradation physique et psychique, les soignants se trouvent inévitablement renvoyés à leur propre intégrité, leur

propre vieillissement et aux angoisses afférentes. Ils sont confrontés à une confusion possible entre l'humain et le non humain (patients qui évoquent des « légumes, des plantes ») et doutent parfois de leur propre humanité. La honte se développe alors pour le patient et ses comportements, la honte est celle d'avoir un tel patient, la honte est aussi celle du dégoût et de la haine qui peuvent parfois saisir le soignant dans les rencontres, et enfin il y a la honte d'avoir honte alors qu'on est soignant.

Nous espérons avoir montré combien il est important de développer des espaces de traitement collectif (espaces de détoxication) de cette honte et plus globalement des souffrances engendrées par la fréquentation du vieillissement et de la démence. Ne pas prendre en compte la souffrance engendrée par le contact avec cette réalité, peut laisser libre cours à une défense collective par la réaction violente dans les équipes entre elles et dans la relation aux patients. Ces réactions de violence sont à mettre en rapport avec la nécessité de se défendre de manière active contre l'effondrement vécu en identification aux patients. Il s'agit de se défendre contre la souffrance, la honte, et la détresse surgissant au cours de la tâche complexe d'accompagner à plusieurs ce que chacun de nous redoute au plus haut point : la perte de l'autonomie, la dégradation et la mort.

Les équipes montrent en supervision qu'elles sont touchées, ébranlées, révoltées parfois par les soins qu'elles prodiguent et par la surdité qu'elles imposent dans certains cas à leurs ressentis et à leur sensibilité. La supervision permet une reconnaissance et un partage des affects de haine, de mépris, de jouissance... contraires à l'idéal soignant. Elle rend possible une construction collective des   tats émotionnels, d  ni  s, refoulés et honteux et leur implication dans la conflictualité des équipes, elle ouvre aussi sur la dimension de l'humour vrai qui comporte une alliance heureuse et précieuse entre les tendances agressives et l'empathie.

23ème JOURNEE D'ETUDE élaborée et organisée par

Véronique CHAVANE, Florence DIBIE-RACOUPEAU,

Cédric GRANET, Michèle MYSLINSKI, Sébastien RICHER,

Catherine ROOS, Jean-Marc TALPIN et Mireille TROUILLOUD

avec la contribution d'**Amandine GRIOT** et d'**Elodie RONJON** (secrétariat A.R.A.G.P.)

Remerciements

au Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu